

Bilaga J – Rehabilitering i primärvården

Rehabilitering i primärvården bör starta en till två veckor efter operation. Träningen kan ske övervakat individuellt eller i grupp, digitalt, eller på egen hand och utformas efter patientens önskemål, behov och målsättning. Rörlighetsträning bör prioriteras i den tidiga rehabiliteringsfasen då störst förändring avseende ledrörlighet sker under de första tolv veckorna (1). Hänsyn bör tas till sårsläkning och flexion bör inte forceras innan agraffer eller suturer tagits. För att minska postoperativ svullnad och smärta bör tid i stående och gående begränsas, framför allt under de första veckorna efter operationen. Patienten bör informeras om vikten av att vila knät i högläge (2–4).

Träningen bör doseras och progression bör ske individbaserat med hänsyn till patientens målsättning, behov, förutsättningar, symtom och funktionella återhämtning. Tillämpa gärna smärthanteringsmodellen vid dosering och progression av träning. Smärta under träningen bör vara acceptabel och eventuell ökad smärta och svullnad efteråt ska ha återgått inom cirka 24 timmar (5).

Smärthanteringsmodellen



Figur 1. Smärtskala

Funktionsbedömning och rehabiliteringsplan

Bedöm rörelseomfång, funktions- och gångförmåga samt inspektera knät avseende svullnad och eventuella infektionstecken. Statusmall och utvärderingsinstrument finns i bilaga K. Utforma rehabiliteringsplan utifrån patientens behov, tidigare funktionsförmåga och målsättning. I rehabiliteringsplanen bör också tidsplan och omfattning av åtgärder ingå.

Vid första besöket, bedöm följsamhet och utförande av hemträningsprogram som patienten fått i samband med operation.

Rehabilitering

Rörlighetsträning för knäleden

Använd gärna övningar i olika utgångspositioner. Träna en rörelseriktning åt gången, framför allt om patienten har svårt att komma vidare med ökning av rörlighet (1, 3, 6).

Exempel på aktiv rörlighet är:

- släpccykling i ryggliggande alternativt sittande, eventuellt med eget övertryck
- ryggliggande knäflexion med hälar på boll
- ryggliggande knäextension med rulle under knät
- cykling på motionscykel

Exempel på passiv rörlighet är:

- stående knäflexion med fot på pall
- ryggliggande hängande passiv knäextension med yttre vikt på knät
- ryggliggande glidning i knäflexion med foten på vägg

Styrketräning av muskulatur i nedre extremitet

Försiktighet bör tillämpas vid styrketräning då för hög belastning kan påverka läkningsprocessen negativt. Belastningen bör öka successivt utifrån patientens symtom och funktionella återhämtning. För hög belastning kan leda till ökad svullnad som kan påverka rörligheten negativt. Det är viktigt att prioritera rörlighetsträning då styrkan kan förbättras även i ett senare skede av rehabiliteringen. Fokus bör ligga på att patienten tidigt uppnår god muskelaktiveringsförmåga. Beakta även behov av träning för proximala och distala leder och muskulatur (2, 3, 6–8).

Exempel på obelastad styrketräning med tonvikt på quadriceps:

- pressa ner knät mot underlaget
- rakt benlyft i ryggliggande eller sittande
- sittande knäextension
- ryggliggande knäextension med rulle under knät

Exempel på styrketräning med kroppsvikt som motstånd:

- knäböj eller uppresning från stol
- kliv upp och ner på stepbräda
- ryggliggande bäckenlyft
- tåhävningar

Exempel på styrketräning med yttre motstånd med maskiner, fria vikter, redskap eller vatten:

- benpress
- knästräck
- knäböj
- bendrag i dragapparat

Konditionsträning

Patienten bör, vid behov, stödjas i att på sikt nå och bibehålla fysisk aktivitetsnivå enligt världshälsoorganisationens rekommendationer (9). Anpassad konditionsträning bör ske på ett lämpligt sätt utifrån patientens funktionsförmåga och symtom. Konditionsträning kan ske med exempelvis motionscykel, armcykel, roddmaskin eller crosstrainer beroende på vilket skede i rehabiliteringen som patienten befinner sig i.

Gånghjälpmedel och gångträning

Två kryckkäppar eller tidigare använt hjälpmedel med stöd för båda händerna bör användas tills dess att patienten kan gå utan hálta och med acceptabel smärta och svullnad. Patienten bör träna på att gå så normalt som möjligt och använda rörligheten i knäleden. Ofta behöver gånghjälpmedel användas 6–8 veckor postoperativt för att uppnå detta. Gånghjälpmedel avvecklas successivt utifrån patientens förmåga. Byte till gångstavar kan vara en lämplig övergång (10, 11).

Balansträning

Om patienten har nedsatt balansförmåga och ökad fallrisk bör träning av balans ingå i rehabiliteringen. Exempel på åtgärder finns på [Tips för att förhindra fallolyckor - Socialstyrelsens webbplats](#)

Patientutbildning

Lämpligt innehåll i patientutbildning kan vara:

- Smärthanteringsstrategier, som till exempel innehåller läkemedel, kylbehandling och högläge.
- Aktivitetsbalans eller aktivitetsmodifiering.
- Optimera dos och belastning av träning
- Återgång till aktivitet

Strategier för att främja följsamhet till rehabilitering

För att stötta patientens följsamhet till rehabilitering och främja goda levnadsvanor kan följande strategier tillämpas:

- handledd träning

- träningsdagbok
- stegräknare
- påminnelser, till exempel i mobilen
- Fysisk Aktivitet på Recept, FaR
- uppföljning, fysisk eller digital.

Mer information finns på [Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling - 1177 för vårdpersonal](#)

Kompletterande behandling vid behov

I vissa fall kan kompletterande behandling behövas som tillägg till ovanstående förslag. Det kan vara aktuellt om det i ett tidigt skede bedöms att tilläggsbehandling behövs, eller vid utebliven effekt av standardbehandling. Följande åtgärder kan då övervägas (3, 6, 12):

- Kompressionsbehandling, till exempel lårlång kompressionsstrumpa vid svullnad som hindrar framsteg i rehabiliteringen.
- Ledmobilisering eller rörelseuttag av terapeut vid nedsatt rörlighet.
- NMES vid nedsatt förmåga till muskelaktivering, i kombination med aktiv träning.
- Kryoterapi som kompletterande smärtlindring.
- TENS som kompletterande smärtlindring,
- KBT vid rörelserädsla.
- Bassängträning.

Referenslista för Bilaga J - Funktionsbedömning och rehabilitering i primärvården

1. Mehta S, Rigney A, Webb K, Wesney J, Stratford PW, Shuler FD, et al. Characterizing the recovery trajectories of knee range of motion for one year after total knee replacement. *Physiother Theory Pract.* 2020 Jan;36(1):176–85.
2. Ginnetti JG, O'Connor MI, Chen AF, Myers TG. Total Joint Arthroplasty Training (Prehabilitation and Rehabilitation) in Lower Extremity Arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg.* 2022 Jun 1;30(11):e799–807.
3. Jette DU, Hunter SJ, Burkett L, Langham B, Logerstedt DS, Piuze NS, et al. Physical Therapist Management of Total Knee Arthroplasty. *Phys Ther.* 2020 Aug 31;100(9):1603–31.
4. Masaracchio M, Hanney WJ, Liu X, Kolber M, Kirker K. Timing of rehabilitation on length of stay and cost in patients with hip or knee joint arthroplasty: A systematic review with meta-analysis. *PloS One.* 2017;12(6):e0178295.
5. Thomeé R. A comprehensive treatment approach for patellofemoral pain syndrome in young women. *Phys Ther.* 1997 Dec;77(12):1690–703.
6. Krysa JA, Ho C, O'Connell P, Pohar Manhas K. Clinical practice recommendations for prehabilitation and post-operative rehabilitation for arthroplasty: A scoping review. *Musculoskeletal Care.* 2022 Sep;20(3):503–15.
7. Chen X, Li X, Zhu Z, Wang H, Yu Z, Bai X. Effects of progressive resistance training for early postoperative fast-track total hip or knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Surg.* 2021 Oct;44(10):1245–53.
8. Liu H, Cong H, Chen L, Wu H, Yang X, Cao Y. Efficacy and Safety of Lower Limb Progressive Resistance Exercise for Patients With Total Knee Arthroplasty: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021 Mar;102(3):488–501.
9. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 Jan 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. NICE guidelines. (NICE) Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020 [cited 2024 Apr 26]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561385/>
11. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthop.* 2020 Feb;91(1):3–19.
12. Wyatt PB, Nelson CT, Cyrus JW, Goldman AH, Patel NK. The Role of Cryotherapy After Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty.* 2023 May;38(5):950–6.