



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Narrative review

Patologia artrozică a genunchiului în practica medicului de familie: de la prevenție la tratament multidisciplinar

Dr. Diana-Alexandra Moldovan^{1,3}, Asist. univ. dr Rodica Sorina Pop^{1,2,3,4}, Conf. univ. dr. habil. Aida Puia^{1,2,3}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca „Iuliu Hațieganu”, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Medicină de familie, ⁴Geriatric și gerontologie

Primit: 10.08.2026 • Acceptat pentru publicare: 31.08.2026

Rezumat

Context: Artroza este o problemă globală de sănătate aflată într-o creștere rapidă atât din cauza creșterii speranței de viață, cât și a tendinței globale de creștere a indicelui de masă corporală, reprezentând o povară socio-economică majoră. Ghidurile internaționale recomandă educația, automanagementul, terapia prin exercițiu fizic și normalizarea masei corporale ca tratamente de primă linie în practica medicului de familie, însă aplicarea acestora rămâne insuficientă.

Scopul: Identificarea și descrierea caracteristicilor metodelor de diagnostic, ale modelelor de îngrijire și ale opțiunilor terapeutice în practica medicului de familie pentru tratamentul non-chirurgical al gonartrozei.

Materiale și metode: A fost analizată literatura de specialitate cuprinsă între 2019 - 2026 din baza de date PubMed, fiind identificate 15 studii ce descriu atât modele de îngrijire integrată implementate în asistența primară, intervenții specifice non-farmacologice și farmacologice, cât și dificultățile întâlnite în practica clinică.

Rezultate: Modelele de îngrijire centrate pe asistența primară, cum ar fi Programele de Management al Artrozei - OAMPs și Modele de consultație pentru artroză – MOACs, eficientizează triajul și îmbunătățesc aderența la recomandările ghidurilor. Terapia fizică structurată și activă reprezintă standardul de aur, oferind beneficii asupra durerii și funcției articulare. Ghidurile internaționale recomandă de primă intenție măsurile non-farmacologice, AINS în doze mici asociate cu SYSADOA (Symptomatic Slow-Acting Drugs in Osteoarthritis), evitarea opioidelor pe termen lung și utilizarea intervențiilor chirurgicale doar în cazuri selecționate.

Concluzii: Există un interes global crescut pentru implementarea modelelor de îngrijire integrată a gonartrozei în medicina primară. Pentru optimizarea rezultatelor este necesară depășirea barierelor de implementare, instruirea medicilor de familie și promovarea unei abordări multidisciplinare axate pe exercițiu fizic și educație.

Cuvinte cheie: medic de familie, artroza genunchiului, prevenție și tratament modele de îngrijire, abordare multidisciplinară

MEDICAL PRACTICE

Narrative review

Osteoarthritis of the knee in family doctor practice: from prevention to multidisciplinary treatment

Abstract

Background: Osteoarthritis is a rapidly growing global health issue driven by both increasing life expectancy and the global rise in body mass index, representing a major socio-economic burden. International guidelines recommend education, self-management, exercise therapy, and weight optimization as first-line treatments in primary care practice; however, their clinical implementation remains insufficient.

Objective: To identify and describe the characteristics of diagnostic methods, care models, and therapeutic options in family medicine for the non-surgical management of knee osteoarthritis.

Materials and Methods: A review of specialized literature published between 2019 and 2026 was conducted using the PubMed database. Fifteen studies were identified, describing integrated care models implemented in primary care, specific non-pharmacological and pharmacological interventions, as well as the barriers encountered in clinical practice.

Results: Primary care-centered care models (such as Osteoarthritis Management Programs – OAMPs and Model Osteoarthritis Consultation Services – MOACs) streamline triage and enhance adherence to guideline recommendations. Structured, active physical therapy represents the gold standard, providing significant benefits for pain relief and joint function. International guidelines emphasize non-pharmacological measures, whereas pharmacological options include low-dose NSAIDs combined with SYSADOA (Symptomatic Slow-Acting Drugs in Osteoarthritis), strictly avoid long-term opioids, and utilize interventional procedures only in selected cases.

Conclusions: There is a growing international interest in implementing integrated care models for knee osteoarthritis in primary care settings. Optimizing patient outcomes requires overcoming implementation barriers, providing targeted training for general practitioners, and promoting a multidisciplinary approach focused on exercise therapy and patient education.

Keywords: general practitioner, knee osteoarthritis, prevention and treatment, models of care, multidisciplinary care

Keywords: differences of sex development, SRY gene, congenital adrenal hyperplasia, atypical developmental

Introducere

Artroza este o problemă de sănătate globală, afectând un procent semnificativ din populația lumii și generând o povară socioeconomică substanțială (1). Dintre toate articulațiile, genunchiul este cel mai frecvent afectat, fiind o sursă importantă de dizabilitate la nivel populațional. Având în vedere îmbătrânirea populației și creșterea prevalenței obezității, gonartroza a devenit una dintre principalele cauze de limitare funcțională (1).

Ghidurile clinice internaționale de consens recomandă în mod unanim ca primă linie de tratament la nivelul cabinetului medicului de familie măsuri generale: educația pacientului în ceea ce privește prevenția și recunoașterea primelor simptome, accesul la informații privind auto-managementul bolii, terapia prin exerciții fizice și, acolo unde este cazul (pacienți supraponderali sau obezi), consilierea nutrițională pentru scăderea în greutate (1,2). Cu toate acestea, implementarea acestor recomandări în practica zilnică a cabinetelor de medicină de familie rămâne deficitară, existând anumite lipsuri în ceea ce privește calitatea actului medical și aderența pacientului la tratament.

Factorii care contribuie la această slabă implementare includ organizarea deficitară a sistemelor de sănătate, politicile publice, lipsa infrastructurii adecvate, nivelul de formare profesională al medicilor și gradul scăzut de implicare activă a pacienților. În acest context, dezvoltarea sau preluarea unor „Modele de Îngrijire” în asistența medicală primară, precum și colaborarea multidisciplinară eficientă, reprezintă o necesitate. Un model de îngrijire este definit ca o strategie bazată pe dovezi care descrie modalitatea optimă în care îngrijirea specifică pentru o patologie trebuie explicată, structurată și aplicată pacienților (1,2,3).

Scopul

Această revizie narativă își propune să evalueze și să sintetizeze, din perspectiva practicii medicului de familie, dovezile științifice internaționale privind modelele de îngrijire și opțiunile terapeutice dezvoltate în asistența medicală primară pentru tratamentul conservator al gonartrozei. Scopul este de a identifica componentele esențiale ale acestor modele, rolul echipei multidisciplinare coordonate de medicul de familie și modul în care aceste strategii pot fi implementate eficient pentru a reduce trimerterile premature către alte specialități. La finalul acestei analize, vom răspunde la următoarele întrebări:

- Care sunt principalele tipuri de modele de îngrijire și componente ale managementului de bază pentru gonartroză utilizate în asistența primară ?
- Cum poate fi structurată o abordare multidisciplinară?
- Care sunt barierele care stau în calea implementării recomandărilor din ghiduri în practica medicului de familie?

Material și metode

Acest studiu este un reviziu narativă, pentru redactarea căruia s-au căutat date din literatura medicală publicată între anii 2019 și 2026 în baza de date internațională PubMed.

Criteriul principal de includere a studiilor selectate a fost menționarea posibilității de îmbunătățire a prevenției și a tratamentului conservator al gonartrozei în cabinetul medicului de familie, în colaborare cu specialitățile conexe. Au fost incluși pacienți cu gonartroză incipientă sau moderată. Nu au fost incluși pacienți cu patologie artrozică avansată care necesitau intervenție chirurgicală de protezare, fără a se ține cont de genul pacienților sau de zona geografică (Tabelul 1).

Strategia de căutare a folosit următoarele cuvinte-cheie: „gonarthrosis”, „primary care”, „family medicine”, „general practitioner”, „prevention”, „management”, „treatment”, „models of care”.

Tabel 1. Criteriile de selectare a articolelor

Criteriu	Includere	Excludere
Perioada de timp	2019-2026	Articole mai vechi de 2019
Limba	Engleza	Alta limbă
Populația țintă	Pacienți cu gonartroză în stadiu incipient sau boală moderată	Pacienți cu artroză avansată care necesită intervenție chirurgicală
Tipuri de intervenții	Modele de îngrijire primară, management non-farmacologic, fizioterapie, farmacoterapie	Intervenții chirurgicale de rezecție sau artroplastie totală

Rezultate

Au fost identificate 15 articole care au urmărit rolul medicului de familie, modelele de îngrijire și abordările terapeutice în prevenția, diagnosticul și tratamentul gonartrozei, respectând criteriile de eligibilitate. Studiile incluse cuprind ghiduri de practică clinică (1, 2), meta-analize (4), trialuri clinice randomizate (5), review narativ (6,7,8,9), studii de cohortă (3,10), analize calitative (11,12) și consensuri internaționale (13,14,15).

1. Modele de îngrijire în asistența primară

Literatura de specialitate identifică o varietate de modele de îngrijire concepute pentru a eficientiza managementul gonartrozei în asistența primară și a reduce trimerile nejustificate către chirurgia ortopedică (3) sau specialități conexe. Analiza acestor modele relevă trei mari categorii:

- **Programele de Management al Artrozei (Osteoarthritis Management Programs - OAMPs):** reprezintă cel mai frecvent model de îngrijire, fiind bazat pe pachete de automanagement ghidat, educație pentru pacienți și exerciții fizice structurate. OAMPs sunt adesea coordonate de medici de familie în colaborare directă cu kinetoterapeuți și asistenți medicali instruiți (2,3). Automanagementul include recunoașterea perioadelor de acutizare a durerii (limitarea temporară a efortului, aplicarea de comprese reci, utilizarea la nevoie a AINS topice sau orale), scăderea în greutate (minim 5% din greutatea corporală) pentru reducerea sarcinii mecanice asupra genunchiului și exerciții fizice precum mersul pe jos, bicicletă, înot, dar și cele pentru întărirea musculaturii (cvadriceps în special). O creștere ușoară sau moderată a durerii în timpul sau după exercițiu este acceptabilă și sigură, cu condiția ca durerea să revină la nivelul de bază în decurs de 24 de ore.

- **Modelul de consultație pentru artroză (Model Osteoarthritis Consultation - MOAC):** Acest model se axează pe optimizarea primei consultații la medicul de familie. MOAC pune un accent deosebit pe instruirea specifică a medicilor de familie pentru a efectua o evaluare holistică, a oferi informații structurate încă de la prima consultație și a stabili, împreună cu pacientul, un plan individualizat de tratament (3,15). Consultația evaluează nivelul de durere, funcționalitatea articulară, impactul asupra somnului, capacitatea de muncă și comorbiditățile asociate (1,2).

- **Trasee de îngrijire multidisciplinară:** Aceste modele stabilesc circuite clare de trimitere și colaborare între asistența primară și cea secundară. Traseele de îngrijire trebuie să prioritizeze accesul precoce la intervenții multidisciplinare non-farmacologice (echipa formată din fizioterapeuți și profesioniști în recuperare) pentru a preveni escaladarea nejustificată a tratamentului medicamentos către analgezice cu risc crescut de reacții adverse (opioide) (3,15).

În ciuda succesului teoretic al acestor modele, studii populaționale de implementare arată că doar o mică parte dintre acestea includ o instruire formală și continuă a medicilor de familie, aspect ce limitează extinderea lor la scară largă (3,12).

2. Factori de risc pe parcursul vieții și diagnosticul timpuriu în medicina primară

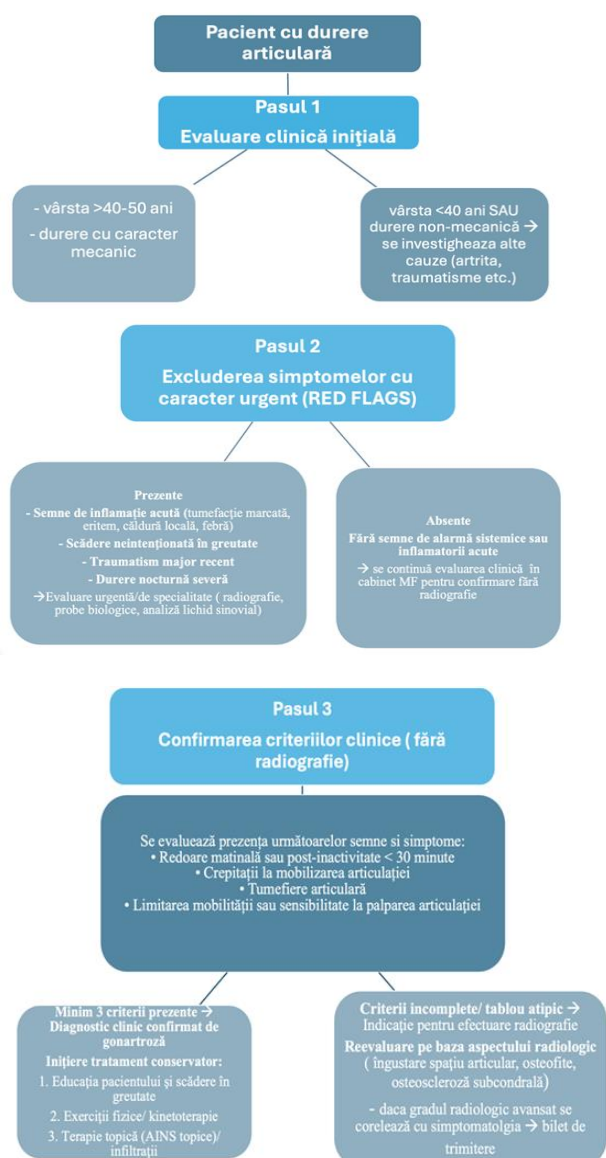
Afectarea artrozică a genunchiului este rezultatul acumulării mai multor factori de risc de-a lungul vieții și a unor semne și simptome de intensitate ușoară sau moderată care ar putea ajuta la prevenția gonartrozei și/sau la diagnosticul precoce (Tabel 2).

Tabel 2. Factorii de risc și semnele clinice ale gonartrozei

Factorii de risc pentru gonartroză (5)	Manifestări clinice ale gonartrozei (9)
- vârsta înaintată - indicele de masă corporală (IMC) crescut - traumatismele articulare în antecedente - solicitările mecanice ocupaționale	- durerea mecanică episodică la efort - rigiditatea articulară matinală de scurtă durată - senzația de instabilitate sau disconfort la urcatul și coborâtul scârilor

Pentru stabilirea diagnosticului în medicina primară, fără a apela la investigații imagistice, un grup de experți a propus un algoritm de diagnostic simplu (14,15) (Figura 1). Acesta permite medicului de familie să pună diagnosticul pe baza semnelor și simptomelor clinice (durere articulară mecanică, vârstă peste 45-50 de ani, rigiditate matinală scurtă), rezervând radiografia sau RMN-ul doar pentru cazurile atipice sau cu evoluție rapid nefavorabilă.

Figura 1. Algoritm de diagnostic clinic pentru gonartroză



3. Tratamentul non-farmacologic: ghidurile internaționale și exercițiul fizic

Toate ghidurile internaționale majore, inclusiv actualizările OARSI (Osteoarthritis Research Society International) (1) și EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) (2), plasează măsurile non-farmacologice în centrul schemei terapeutice din cadrul modelelor de îngrijire. Acestea includ:

- Educația pacientului și încurajarea acestuia pentru automanagement (1,2,3);
- Terapie prin exerciții fizice adaptate (1,2,6);
- Controlul greutății corporale la pacienții supraponderali sau obezi (1,2);
- Recomandarea de încălțăminte adecvată și a dispozitivelor ajutoare (ex. baston, orteze) (1,2).

Kinetoterapia supravegheată și activă este considerată, de consensul de specialitate, drept standardul actual (6).

Analiza relației dintre exercițiu și reducerea durerii în gonartroză demonstrează o legătură directă (5). Atât exercițiile de întărire a musculaturii, cât și cele aerobice determină îmbunătățiri semnificative pe termen lung în ceea ce privește calitatea vieții și funcția articulației genunchiului (4).

Consensul internațional OARSI subliniază că programele de exercițiu fizic trebuie să fie individualizate, crescute progresiv și aplicate fie individual, fie în grupuri mici, având ca scop creșterea complianței pe termen lung (14).

4. Tratamentul farmacologic și opțiunile intervenționale

Ghidurile clinice recomandă un management farmacologic etapizat, menit să completeze măsurile non-farmacologice (1,2):

- AINS și SYSADOA

Pentru controlul simptomatologiei se recomandă utilizarea AINS topice ca primă linie, urmate de AINS orale, în doze mici, pe durată limitată (1). Un exemplu de antiinflamator frecvent folosit în cadrul puseelor acute de durere este Diclofenac, recomandat a fi utilizat pe perioade cât mai scurte, ideal sub 7-14 zile în doza totală de 150 mg/zi divizată în 2-3 prize (7), iar ca utilizare continuă se recomandă cea mai mică doză eficientă (ex: 75–100 mg/zi) cu asocierea obligatorie a unui inhibitor de pompă de protoni (IPP) pentru protecție gastrică și monitorizarea tensiunii arteriale și a funcției renale (1). Asocierea cu SYSADOA (Symptomatic Slow-Acting Drugs in Osteoarthritis), cum ar fi sulfatul de glucozamină sau condroitină oferă beneficii terapeutice suplimentare și permite reducerea consumului de AINS, minimizând efectele adverse gastrointestinale și cardiovasculare (8).

- Evitarea opioidelor

Un studiu populațional extins arată că prescrierea opioidelor pentru gonartroză este asociată cu riscuri substanțiale și beneficii clinice limitate, motive pentru care utilizarea lor cronică este ferm descurajată de ghidurile actuale (1,9).

- Managementul acutizărilor și opțiunile intervenționale

În cazul puseelor acute de durere, infiltrațiile intraarticulare cu analgezice/antiinflamatoare (precum ketorolacul sau corticosteroizii) pot oferi o ameliorare rapidă a simptomelor pe termen scurt (10). Pentru pacienții cu durere cronică persistentă la nivelul genunchiului, refractară la tratamentul conservator uzual, terapiile intervenționale avansate (ex. proceduri de radiofrecvență sau ablația nervilor geniculați) reprezintă opțiuni validate de ghidurile de specialitate din terapia durerii (11).

- Managementul puseelor de acutizare

Gonartroza se caracterizează printr-o evoluție cronică însoțită de fenomene de acutizare (7). Acestea se manifestă prin intensificări bruște ale durerii, însoțite adesea de tumefacție articulară, căldură locală și afectare funcțională semnificativă (7). Recunoașterea acestor episoade de către medicul de familie este esențială pentru reajustarea temporară a tratamentului (ex. repaus relativ, aplicare de gheață, ajustarea dozelor de AINS sau infiltrații intraarticulare) (7).

6. Bariere de implementare a modelelor de îngrijire în medicina primară

Deși recomandările ghidurilor și principiile modelelor de îngrijire sunt clar fundamentate științific, transpunerea lor în practica zilnică a medicilor de familie întâmpină dificultăți majore. Implementarea ghidurilor internaționale și a programelor de îngrijire în practica primară înregistrează o aderență variabilă în rândul cadrelor medicale și o complianță scăzută a pacienților față de recomandările non-farmacologice (3).

Un studiu calitativ recent evidențiază barierele întâmpinate de medicii de familie (12):

- lipsa timpului în timpul consultației;
- lipsa de formare specifică privind modelele de consiliere în automanagement;
- accesul limitat la servicii de fizioterapie decontate;
- costuri suportate de pacienți;
- așteptări nerealiste ale pacienților (focalizate adesea pe investigații imagistice complexe sau prescriere de analgezice puternice în detrimentul exercițiului fizic).

Discuții

Rezultatele acestei revizii subliniază necesitatea implementării unor schimbări în managementul gonartrozei: de la un model pasiv, centrat pe prescrierea de analgezice, la modele de îngrijire active, integrate și multidisciplinare (1,2,3).

Medicul de familie joacă un rol esențial, fiind primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate și coordonatorul traseului terapeutic (15).

Implementarea structurată a modelelor de îngrijire permite o abordare standardizată, dar individualizată (3,15). Identificarea precoce a simptomelor inițiale (13) și utilizarea algoritmilor clinici de diagnostic (14,15) evită investigațiile inutile și permite inițierea rapidă a măsurilor de bază (1,2). Exercițiul fizic structurat nu este doar o recomandare adjuvantă, ci constituie o măsură esențială în oricare model de îngrijire, cu dovezi solide privind relația cauzală cu reducerea durerii (4,5,6).

Cu toate acestea, diferența dintre recomandările ghidurilor (EULAR, OARS) (1,2) și practica clinică reală din cabinetul medicului de familie rămâne o provocare. Medicii de familie au nevoie de resurse educaționale dedicate pentru a putea furniza o consultație cât mai eficientă și de protocoale clare de colaborare cu kinetoterapeuții și reumatologii (12). De asemenea, optimizarea tratamentului farmacologic prin utilizarea AINS în doze mici și SYSADOA (8), evitând în același timp utilizarea cronică a opioidelor (9), asigură un profil de siguranță adecvat populației vârstnice afectate de această boală.

Concluzii

Modelele de îngrijire centrate pe asistența primară, oferă un model structurat și eficient pentru tratamentul conservator al gonartrozei.

Managementul nonfarmacologic (educația, auto managementul, scăderea în greutate și kinetoterapia activă) reprezintă prima linie de tratament în toate modelele de îngrijire validate.

Terapia prin exerciții fizice are o eficacitate dovedită în ameliorarea durerii și în îmbunătățirea funcției articulare pe termen lung.

Depășirea barierelor de implementare din medicina primară necesită instruirea continuă a medicilor de familie în aplicarea modelelor de îngrijire, educarea pacienților și facilitarea accesului la echipe multidisciplinare de îngrijire.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARS guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(11):1578-1589. Available from: doi: 10.1016/j.joca.2019.06.011.
2. Moseng T, Vliet Vlieland TPM, Battista S, Beckwée D, Boyadzhieva V, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(6):730-740. Available from: doi: 10.1136/ard-2023-225041.

3. Thorlund JB, Turkiewicz A, Prieto-Alhambra D, Englund M. Opioid use in knee or hip osteoarthritis: a region-wide population-based cohort study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(6):871-877. Available from: doi: 10.1016/j.joca.2019.01.005.
4. Duong V, Abdel Shaheed C, Ferreira ML, Narayan SW, Venkatesha V, Hunter DJ, et al. Risk factors for the development of knee osteoarthritis across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2025;33(10):1162-1179. Available from: doi: 10.1016/j.joca.2025.03.003.
5. Øiestad BE, Årøen A, Røtterud JH, Østerås N, Jarstad E, Grotle M, et al. The efficacy of strength or aerobic exercise on quality of life and knee function in patients with knee osteoarthritis. A multi-arm randomized controlled trial with 1-year follow-up. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1):714. Available from: doi: 10.1186/s12891-023-06831-x.
6. Skou ST, Roos EM. Physical therapy for patients with knee and hip osteoarthritis: supervised, active treatment is current best practice. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37 Suppl 120(5):112-117.
7. Øiestad BE, Årøen A, Røtterud JH, Østerås N, Jarstad E, Grotle M, Risberg MA. The efficacy of strength or aerobic exercise on quality of life and knee function in patients with knee osteoarthritis. A multi-arm randomized controlled trial with 1-year follow-up. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1):714. Available from: doi: 10.1186/s12891-023-06831-x.
8. Henriksen M, Runhaar J, Turkiewicz A, Englund M. Exercise for knee osteoarthritis pain: Association or causation? *Osteoarthritis Cartilage*. 2024;32(6):643-648. Available from: doi: 10.1016/j.joca.2024.03.001.
9. Kiel J, Applewhite AI, Bertasi TGO, Bertasi RAO, Seemann LL, Costa LMC, et al. Ketorolac Injections for Musculoskeletal Conditions: A Narrative Review. *Clin Med Res*. 2024;22(1):19-27. Available from: doi: 10.3121/cmr.2024.1847.
10. King LK, Mahmoudian A, Liew JW, Wang Q, Stanaitis I, Schiphof D, et al. OARSI Early-stage Symptomatic Knee Osteoarthritis Initiative. Elucidating the initial symptoms and experiences of knee osteoarthritis: An international patient survey. *Osteoarthritis Cartilage*. 2025;33(9):1147-1152. Available from: doi: 10.1016/j.joca.2025.05.008.
11. Vanneste T, Belba A, Oei GTML, Emans P, Fonkoue L, Kallewaard JW, et al. Chronic knee pain. *Pain Pract*. 2025;25(1):e13408. Available from: doi: 10.1111/papr.13408.
12. Sim HS, Ang KXM, How CH, Loh SYJ. Management of knee osteoarthritis in primary care. *Singapore Med J*. 2020;61(10):512-516. Available from: doi: 10.11622/smedj.2020147.
13. Migliore A, De Lucia O, de Sire A, Šajbidor A, Šenolt L, Szántó S, et al. Low dose NSAIDs and sysadoas in the management of knee osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res*. 2025;37(1):317. Available from: doi: 10.1007/s40520-025-03221-2.
14. Martel-Pelletier J, Maheu E, Pelletier JP, Alekseeva L, Mknsi O, Branco J, et al. A new decision tree for diagnosis of osteoarthritis in primary care: international consensus of experts. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(1):19-30. Available from: doi: 10.1007/s40520-018-1077-8.
15. Holden MA, Metcalf B, Lawford BJ, Hinman RS, Boyd M, Button K, et al. Recommendations for the delivery of therapeutic exercise for people with knee and/or hip osteoarthritis. An international consensus study from the OARSI Rehabilitation Discussion Group. *Osteoarthritis Cartilage*. 2023;31(3):386-396. Available from: doi: 10.1016/j.joca.2022.10.009.