

Konsekvensbeskrivning för Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros-proteskirurgi

Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

| Datum | Beskrivning av förändring |
|------------|---------------------------|
| 2021-11-11 | Öppen remiss |
| | |

Innehållsförteckning

| | |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Sammanfattning | 4 |
| 1. Om konsekvensbeskrivningen | 5 |
| 2. Konsekvenser | 5 |
| 2.1. Omfattning | 5 |
| 2.2. Nyttan eller risker för individen | 6 |
| 2.3. Etiska aspekter | 9 |
| 2.4. Verksamhet och organisation | 10 |
| 2.5. Kostnader | 11 |
| 2.6. Kompetensförsörjning | 13 |
| 2.7. Påverkan på andra kunskapsstödjare | 14 |
| 2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården | 14 |
| 2.9. Uppföljning | 14 |
| 2.10. Övriga konsekvenser | 15 |
| 3. Referenser | 15 |

Sammanfattning

Detta dokument beskriver de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården till följd av införandet av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros – proteskirurgi.

De senaste åren har lokala projekt drivits för att effektivisera höftproteskirurgin, men nationella vårdprogram saknas vilket kan bidra till att vården inte uppfattas som jämlik. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros – proteskirurgi tar vid där Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros – primärvård avslutas. De övergripande målen med detta vårdförlopp är att skapa en välorganiserad vårdkedja som minimerar onödiga väntetider och optimerar tillgängliga resurser genom att öka kunskapen om omhändertagandet av patienter i behov av höftproteskirurgi bland hälso- och sjukvårdspersonal och patienter. Vårdförloppet förväntas bidra till en mer jämlik vård av patienter i behov av höftproteskirurgi. Genom hela vårdförloppet tas hänsyn till patientens egna resurser och begränsningar. Beslut och åtgärder ska i möjligaste mån genomföras i dialog med patienten. Både patientkontrakt och rehabiliteringsplan lyfts fram i vårdförloppet med syftet att göra patienten mer delaktig.

Väntetider för höftproteskirurgi varierar stort i landet. Ett led i att minska väntetider är smidig överföring av patienter från primärvård till specialiserad vård. Vårdförloppet föreslår kriterier för när remiss till specialiserad vård bör skrivas och hur patienten bör förberedas i primärvården inför överföringen. Det väntas leda till minskat antal återsända remisser och minskat behov av ytterligare utredningar och behandlingar som kan leda till förseningar senare i förloppet. Enhetliga kriterier för remiss till specialiserad vård och för beslut om proteskirurgi bör även bidra till en mer jämlik konsumtion av höftprotesoperationer i landet. Åtgärden bedöms inte innebära någon kostnadsökning då rutiner för remiss från primärvård till specialiserad vård redan finns i flera regioner.

Vårdförloppet föreslår noggrann information och patientutbildning för att patienten ska vara delaktig i beslut och förberedelser inför operationen, så att hen är väl förberedd på operationsdagen och första tiden efter operationen. Detta väntas bidra till färre sent inställda operationer och att en majoritet av patienterna kan skrivas ut från sjukhuset inom ett dygn efter höftprotesoperationen. När resurser utnyttjas effektivt kan patienter med större vårdbehov också få en större del av resurserna. Åtgärden kan innebära ökade kostnader och behov av kompetensförsörjning i regioner där preoperativ patientutbildning inte finns idag.

I vårdförloppet finns information om riskfyllda levnadsvanor, tillstånd och sjukdomar som utgör riskfaktorer i samband med proteskirurgi och rekommendationer för hur dessa bör optimeras inför operation. Bättre preoperativ optimering av patienterna väntas leda till färre sent inställda operationer och färre komplikationer. I regioner som idag inte erbjuder behandling för riskfyllda levnadsvanor inför operation väntas denna åtgärd innebära ökade kostnader och behov av kompetensförsörjning.

Enligt generisk modell för rehabilitering ska patienter som är i behov av rehabilitering få tidig individuell bedömning, upprättande av rehabiliteringsplan, evidensbaserade åtgärder och uppföljning. Tidig rehabilitering efter proteskirurgi motverkar negativa fysiologiska effekter av immobilisering och reducerar ineliggande vårdtid. Vårdförloppet rekommenderar kontakt med rehabiliteringsteamet samma dag, men senast 24 timmar efter operationen och att det första uppföljande besöket i primärvården sker inom fyra veckor. I många regioner sker redan besök på

rehabiliteringsmottagning efter höftproteskirurgi och då innebär denna åtgärd främst en anpassning av tidpunkten för besöken. I regioner som inte erbjuder rehabilitering under handledning kommer åtgärden att innebära ökade kostnader och behov av kompetensförsörjning.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) rörelseorganens sjukdomar ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) för Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – proteskirurgi har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med vårdprogrammet. Arbetsgruppen har inkluderat professionsföreträdare från specialiserad vård och primärvård samt patientföreträdare. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Konsekvensbeskrivningen färdigställdes 8 november 2021.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Enligt Svenska Höftprotesregistret har incidensen för total höftproteskirurgi stadigt ökat i Sverige de senaste 40 åren [1]. Under 2019 utfördes 19 692 primära totala höftprotesoperationer, vilket motsvarar 373 ingrepp per 100 000 invånare 40 år och äldre [1]. Detta är en ökning med 3,5 procent jämfört med 2018 [1]. Höftproteskirurgi är vanligare hos kvinnor. Medelåldern för operation är ca 67 år för män och 69 år för kvinnor [1]. Medelåldern för kirurgi har haft en nedåtgående tendens vilket också påverkat incidensen [1]. Vid utgången av 2019 var 3,6 procent av befolkningen 40 år och äldre höftprotesbärare [1].

Produktionen av höftprotesoperationer i en region mäts genom antalet höftprotesoperationer per 100 000 invånare i regionen, oavsett i vilken region den som opererats bor. Konsumtionen av höftprotesoperationer i en region mäts genom antalet höftprotesoperationer per 100 000 invånare i regionen, oavsett i vilken region som operationen utförts. Både produktionen och konsumtionen av höftprotesoperationer uppvisar stor variation mellan regionerna (privata vårdgivare är inkluderade i den region där de är verksamma) [1]. Produktionen varierar mellan 151–300 operationer per 100 000 invånare och konsumtionen varierar mellan 147–292 per 100 000 invånare [1]. Det innebär att den region som producerar mest har dubbelt så hög produktion jämfört med den region som producerar minst [1].

Väntetider för höftproteskirurgi varierar stort i landet. Medelväntetiden i januari 2021 var ca 130 dagar i landet, men regionerna med bäst tillgänglighet har en medelväntetid på drygt 40 dagar medan regioner med sämre tillgänglighet har en väntetid på över 150 dagar [2]. En liten skillnad kan ses mellan män och kvinnor, där kvinnor har något längre väntetid [2]. Det finns också en liten skillnad gällande ålder, där åldersgruppen 65–84 år har något längre väntetid än åldersgruppen 18–64 år [2].

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder, från beslut inom primärvård för remiss till ortoped för ställningstagande till proteskirurgi, fram tills postoperativ rehabilitering är avslutad eller som längst tolv månader efter operation. Vårdförloppet omfattar verksamheter inom både specialiserad vård och primärvård.

2.2. Nyttan eller risker för individen

Omhändertagande på rätt vårdnivå och samlat omhändertagande

Med klart avgränsade ansvarsområden och upparbetade samarbetsrutiner kan överföringen av patienter mellan primärvård och specialiserad vård och mellan olika specialiteter inom vårdkedjan fungera smidigare [3]. Vårdförloppet kan bidra till att dubbelarbete och onödiga konsultationer kan undvikas, vilket förväntas leda till en smidigare process för patienten samtidigt som väntetiderna kan minskas [3]. Vikt har lagts vid att varje del i processen görs vid rätt tidpunkt, av rätt kompetens och på rätt vårdnivå för en effektiv och säker vårdkedja med en trygg patient. I Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – primärvård beskrivs den grundbehandling som patienter med höftledsartros bör erbjudas inom primärvården. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – proteskirurgi föreslår kriterier för när remiss till specialiserad vård bör skrivas för de patienter som bedöms vara i behov av proteskirurgi. Vidare beskriver vårdförloppet hur patienten bör utredas och förberedas i primärvården inför överföringen till specialiserad vård. Patientens delaktighet lyfts fram genom att utgå från individuella behov och önskemål och att patienten görs delaktig i teamet. Vårdförloppet innehåller rekommendationer för hur patientinformation kan utformas. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras [4]. Exempel på tekniska lösningar är mobiltelefonapplikationer med exempelvis checklistor för förberedelser, träningsupplägg och stöd för förändring av levnadsvanor. Vårdförloppet föreslår även utarbetade rutiner för hur ansvaret för kompletterande utredningar fördelas mellan ortoped, anestesilog och vid behov övriga konsulterade specialiteter.

Nyttan för individen:

- Väntetider kan minskas.
- Patienten är välinformerad om vilket ansvar som åligger vården respektive patienten själv, vilket bör bidra till god delaktighet och trygghet i vård och behandling [5].
- Om behov av kompletterande utredning och optimering identifieras tidigt i förloppet finns det möjlighet att dessa åtgärdas i tid och onödiga väntetider kan undvikas.

Risker för individen:

- Individer som av olika skäl inte klarar av att fullfölja grundbehandlingen eller att genomföra rekommenderade livsstilsförändringar riskerar att inte bli remitterade till ortopedisk enhet.

Operation i rätt tid med hänsyn till medicinsk prioritet och anmälningsdatum

Den åldersstandardiserade konsumtionen av höftprotosoperationer varierar mellan regionerna mellan cirka 170–260 ingrepp per 100 000 invånare [1]. En bidragande orsak till dessa skillnader kan vara en variation i indikationer för proteskirurgi och värderingen av kontraindikationer i landet. Vårdförloppet föreslår enhetliga kriterier för remiss till ortopedisk enhet och beslut om höftproteskirurgi samt ger vägledning i hanteringen av kontraindikationer. Utfallet efter höftprotosoperationer beror bland annat på graden av preoperativ smärta och funktionsinskränkning samt grad av artrosförändringar på röntgen [6-8]. Patienter som rapporterar mycket smärta och funktionsinskränkning före operationen har goda chanser att uppnå förbättring efter en höftprotosoperation [7, 8]. Vid alltför mycket smärta och funktionsinskränkning ökar dock risken att man inte uppnår ett lika gott resultat efter operationen [8].

Andelen patienter som får höftproteskirurgi inom 90 dagar från operationsbeslut (lagstadgad vårdgaranti) varierar mellan regionerna [9]. Där tillgängligheten är sämre får drygt 18 procent av

patienterna kirurgi inom 90 dagar medan regionen med bäst tillgänglighet kan erbjuda 100 procent av patienterna kirurgi inom 90 dagar [9]. Med tydliga kriterier för remiss till ortoped samt optimering av hela processen är vårdförloppets målvärde att 90 procent ska erbjudas kirurgi inom 90 dagar. Mer förutsägbara väntetider bör även leda till minskad oro för patienterna.

Nytta för individen:

- Tillgängligheten till höftprotesoperation väntas bli mer jämlik oavsett individuella förutsättningar, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.
- Tydlig indikation för höftprotesoperation minskar risken för operation för tidigt i sjukdomsförloppet.
- Tydlig indikation för höftprotesoperation minskar risken för att operationen skjuts upp oskäligt länge.
- Det blir mindre lidande för patienten genom ett snabbare vårdförlopp.
- Information om förväntat väntetid till patienten väntas bidra till minskad oro och färre vårdkontakter.

Risker för individen:

- Med ökat fokus på operation inom 90 dagar från operationsbeslut finns det risk att vissa aktörer väljer ut patienter utan samsjuklighet, vilket kan medföra en undanträngningseffekt för patienter med fler samtidiga sjukdomar. Region Stockholm skriver i sitt vårdprogram att friskare patienter opereras på enheter utanför akutsjukhusen och har med stor sannolikhet blivit opererade inom vårdgarantin, medan de som kräver akutsjukhusets resurser drabbats av inställda operationer och därmed fått längre väntetid till operation [10].
- En ökning av antalet patienter som får höftproteskirurgi inom 90 dagar kan leda till undanträngning av patientgrupper i behov av annan kirurgi.

Kortare slutenvårdstider

Vårdtiden (utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum) har successivt minskat de senaste åren och inte minst i takt med att effektiviserade vårdkedjor införts för ledprotesoperationer. 2018 var medelvårdtiden cirka 2,25 dagar [1]. Implementering av vårdförloppet väntas leda till att processen vid höftproteskirurgi blir effektiv och välorganiserad, patienten blir väl förberedd och oförutsedda händelser kan minimeras. Vårdförloppet föreslår att utskrivning bör ske inom ett dygn efter operationen.

Nytta för individen:

- Kortare vårdtid innebär mindre risk att drabbas av vårdrelaterade infektioner [11].
- Tidig mobilisering efter höftproteskirurgi är central för att korta tiden i slutenvård och motverkar även negativa fysiologiska effekter av immobilisering [5].
- Många patienter upplever det positivt att stanna kort tid på sjukhus.

Risker för individen:

- Oro och stress kan finnas inför snabb utskrivning. Det är viktigt med välinformerade patienter. Patienter med samsjuklighet kan utifrån individuell bedömning behöva längre vårdtid.
- Det finns risk att patienter med psykisk sjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga har svårt att följa råd och rekommendationer. Det ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen [12].

Ohälsosamma levnadsvanor och andra riskfaktorer för komplikationer

Inför remiss och fram till operation bör tiden utnyttjas för att i dialog med patienten skapa en plan för att patienten ska vara så väl förberedd som möjligt [11]. Enligt Socialstyrelsens (2018) bedömning av ohälsosamma levnadsvanor är daglig rökning en riskfaktor vid kirurgi, med försämrad sårhäkning och ökad infektionsrisk [12]. Alla som röker dagligen bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal om rökning [12]. Vårdförloppet föreslår rökstopp fyra till åtta veckor före och efter kirurgi. Vårdförloppet rekommenderar också identifiering av övriga riskfyllda levnadsvanor samt att vid behov inleda behandling. Övervikt och malnutrition är riskfaktorer för infektion i samband med ledproteskirurgi [13]. Hjälp med preoperativ viktredgång bör erbjudas till patienter med BMI > 40 kg/m² [13]. Även högriskkonsumtion av alkohol ökar risken för ledprotesrelaterad infektion [13] och vårdförloppet rekommenderar att rådgivande samtal ska erbjudas de som har ett riskbruk [12].

Begreppet oönskade händelser efter höftproteskirurgi innefattar alla former av återinläggning som kan förmodas ha samband med det genomförda ingreppet såsom lokala komplikationer, allmänna komplikationer och död [1]. Genom vårdförloppet optimeras omhändertagandet av patienten för att minska risken för postoperativa komplikationer, exempelvis genom identifiering av riskfaktorer, pre- och postoperativ sårvård, protesval samt rekommendation kring antibiotikaproxylax.

Nytta för individen:

- Samtal och åtgärder kring levnadsvanor ger hälsovinster och eventuellt kan förändringen påverka levnadsvanor även på lång sikt [12].
- Genom att tidigt identifiera och vid behov inleda åtgärder mot riskfyllda levnadsvanor minskar risken för att operationen måste skjutas upp.
- Minskad risk för komplikationer.

Risker för individen:

- Eventuellt kan patienten uppleva samtalen kring levnadsvanor som integritetskränkande. Enligt Socialstyrelsen är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen är lyhörd och respekterar patienten, men ändå inte undviker ämnet. Vidare ansvarar hälso- och sjukvårdspersonalen för att ge adekvat information om riskerna med ohälsosamma levnadsvanor i samband med kirurgi och för att erbjuda och motivera patienten till behandling. [12]
- Det finns risk att patienter med psykisk sjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga har svårt att följa råd och rekommendationer. Det ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen [12].

Ändrade riktlinjer för rehabilitering

Enligt generisk modell för rehabilitering ska alla patienter som är i behov av rehabilitering få ett strukturerat omhändertagande med tidig individuell bedömning, upprättande av rehabiliteringsplan, evidensbaserade åtgärder och uppföljning [14]. Evidens finns för att påbörjad rehabilitering inom 24 timmar efter kirurgi reducerar ineliggande vårdtid vilket i sin tur förbättrar livskvalitet och dessutom innebär en kostnadsbesparing för vården. Kontakt med rehabiliteringsteamet rekommenderas samma dag men senast 24 timmar efter kirurgi [15]. Ingen evidens för när ett första uppföljande besök till fysioterapeut bör göras har identifierats, men en rekommendation finns om att handledd träning bör påbörjas inom fyra veckor efter kirurgi [16]. Vårdförloppet rekommenderar att första besöket bör göras inom fyra veckor efter kirurgi, och i samband med det ska en rehabiliteringsplan upprättas. Vid bristande eller utebliven förmåga till egen träning bör besök till fysioterapeut planeras

inom en vecka efter kirurgi. Under hela vårdförloppet, som sträcker sig tolv månader, ska patienten ha möjlighet till kontakt med fysioterapeut om behov finns.

Nytta för individen:

- Tidig och evidensbaserad rehabilitering motverkar negativa effekter av immobilisering [5] och kan bidra till förbättrad livskvalitet.
- Individen får ökat ansvar och delaktighet i vård och behandling genom rehabiliteringsplan.

Risker för individen:

- Ökat antal besök på rehabiliteringsmottagning innebär ökade kostnader för den enskilde patienten.

2.3. Etiska aspekter

Nedan beskrivs vilka konsekvenser vårdförloppet bedöms ha utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården.

Människovärdesprincipen

Vårdförloppet bedöms inte ha några uppenbara konsekvenser utifrån människovärdesprincipen.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Vårdförloppet definierar tydliga kriterier för remiss till ortoped, såsom att patienten först ska ha genomgått grundbehandling, att patienten är positivt inställd till kirurgi samt att hänsyn tagits till riskfaktorer. Andelen ofullständiga remisser och remisser avseende patienter som inte uppfyller kriterierna för operation förväntas minska. Det ökar tillgängligheten till ortopedisk öppenvård för patienter med större behov. Införande av kortare vårdtider bör medföra att resurser kan prioriteras till patienter som har större behov och eventuellt behöver kvarstanna något längre inom slutenvård. Eftersom hälsan inte är jämnt fördelad bör en hälso- och sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov [12].

Kostnadseffektivitet

Kortare vårdtider och färre komplikationer leder till en mer kostnadseffektiv vård.

Övriga etiska aspekter

Vårdförloppet förväntas ge individen mer kunskap kring höftproteskirurgi och tillhörande rehabilitering, vilket bör bidra till att individen upplever sig mer delaktig och kan påverka sin egen vård. Socialstyrelsen skriver i Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor att det finns ett stort intresse hos befolkningen att tala om levnadsvanor med hälso- och sjukvårdens personal. Samtidigt kan det leda till etiska överväganden och man lyfter frågeställningen hur långt hälso- och sjukvården kan driva frågan om beteendeförändringar hos en enskild patient i de situationer där patientens levnadsvanor kan påverka utfallet av en planerad åtgärd. Här har hälso- och sjukvården ett ansvar att ge adekvat information om risker samt erbjuda och motivera till rekommenderad behandling. I de fall patienten inte följer rekommendationerna, är det behandlande läkares ansvar att göra en bedömning av för- och nackdelar med det kirurgiska ingreppet [12]. Diskussioner förs huruvida det bör finnas en övre BMI-gräns för att bli opererad med

höftledsprotos, men att sätta en sådan gräns anses inte rimligt eftersom personer med övervikt eller fetma kan ha lika stor nytta som normalviktiga av en ledprotosoperation.

Ett av vårdförloppets övergripande mål är att vården blir mer lika utformad över landet och därmed mer jämlik. Förhoppningen är att vårdförloppet ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder som ska gälla samtliga patienter i hela landet. I nuläget ser regelverken för till exempel hjälpmedelshantering och material för preoperativ tvätt olika ut över landet vilket resulterar i olika kostnader för patienten.

Vårdförloppet föreslår att opererande enhet ansvarar för sårkontroll. Långa avstånd och samsjuklighet kan medföra att patienten önskar att detta görs närmare bostadsorten. Beroende på erfarenhet och frekvens kan det finnas risk att tidiga infektionstecken inte noteras på samma sätt vilket kan ge större risk för komplikationer.

Ett ökat fokus på fysioterapi efter operation skulle kunna få undanträngningseffekter för andra patientgrupper i primärvården.

2.4. Verksamhet och organisation

Implementering av vårdförloppet kommer sannolikt innebära förändring i flödet på flera enheter. Rutiner behöver ses över för samordning av åtgärder. Flera enheter har redan idag infört koncept för effektiviserad vårdkedja för höftproteskirurgi och där ses vikten av att samtliga aktörer i vårdprocessen optimerar sin del i processen, vilket även krävs för implementering av detta personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Enheter som tidigare infört effektiva förlopp betonar vikten av att patienten får tydlig information om sin vårdtid, och att samtliga inblandade i processen ger samma information. Således behöver alla aktörer ha kunskap om varandras insatser. Regionala programområden eller processteam bör finnas som stöd för implementering av vårdförloppet.

Primärvården behöver uppdatera sig gällande kriterier för när remiss ska skickas för kirurgi. Detta väntas leda till minskat antal återsända remisser och minskat behov av ytterligare utredningar och behandlingar som försenar förloppet.

Primärvården har det samordnande ansvaret för kvalificerad rådgivning gällande levnadsvanor. Kvalificerad rådgivning innebär omfattande åtgärder, ofta med flera kontakter, och förutsätter att personal är utbildad i den metod som används [12]. I vissa regioner är det lämpligt att resursen finns inom primärvården medan den i andra regioner finns inom den specialiserade vården.

Preoperativ undervisning och information till patienten bör ges av ett multidisciplinärt team. Det görs redan idag på flera enheter, men där detta saknas krävs förändring av rutiner och samordning av resurser. Patienten ska få information om operation, anestesi, standardförlopp före, under och efter kirurgi samt om vad patienten själv förväntas förbereda. Enheter behöver också arbeta fram skriftlig information med detta innehåll.

Inom 24 timmar efter operation ska patienten träffa rehabiliteringsresurs på opererande enhet. Inom flera enheter finns idag inte rehabiliteringsresurs tillgänglig under helger vilket måste tas hänsyn till när verksamheten organiseras. Postoperativ rehabilitering efter utskrivning sker idag i både primärvård och specialiserad vård. Vårdförloppet innebär inte att denna ansvarsfördelning behöver

förändras, men däremot ska uppföljning göras tidigare än vad vissa enheter gör idag, och det ska också finnas möjlighet att följa patienten under en längre tid om behov finns. Riktlinjer avseende uppföljande rehabilitering behöver vara tydliga så att samtliga patienter får träffa fysioterapeut och får hjälp med rehabilitering.

Optimering av vårdkedjan för höftproteskirurgi gör att resurser utnyttjas mer effektivt och bidrar till större patientgenomströmning. Resurser kan också frigöras till patienter med större vårdbehov. För att tillgodose jämlik vård för patienter med samsjuklighet och större vårdbehov behöver satsningar göras på bemanning och kompetens [10].

2.5. Kostnader

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros - proteskirurgi innehåller rekommendationer för kriterier för remiss till ortopedisk enhet och indikation för höftproteskirurgi, åtgärder för minskade väntetider till operation, patientinformation och åtgärder för att minska risken för komplikationer. På lång sikt väntas införandet av vårdförloppet medföra minskade kostnader för hälso- och sjukvården, då vårdkedjan effektiviseras med operation i rätt tid samt att vårdtiderna i slutenvård kortas. Även vårdförloppets åtgärder i samband med förberedelse för proteskirurgi antas på sikt leda till minskade kostnader då välinformerade och trygga patienter antas ha behov av färre kontakter med vården. Initialt kan dock kostnaden öka till följd av ett ökat behov av utbildning, fortbildning och eventuellt ökat behov av resurser på rehabiliteringsmottagningar.

Ett av vårdförloppets mål är att patienter ska få höftprotesoperation på rätt indikation och i rätt tid. När indikation för höftprotesoperation är fastställd är det mer kostnadseffektivt att utföra operationen jämfört med att inte utföra någon operation [17]. Det är också mer kostnadseffektivt att operera i nära anslutning till att beslut om operation tagits, än att avvakta [18]. Kortare väntetid till kirurgi bör innebära att längden på eventuella sjukskrivningar förkortas.

Under 2019 utfördes 19 692 primära totala höftprotesoperationer i landet [1]. Medelvårdtiden var 2018 ca 2,25 dagar [1]. Vårdförloppet har som målsättning att över 70 procent av patienterna skall skrivas ut från slutenvård inom ett dygn efter höftprotesoperationen.

Vårdförloppet innehåller rekommendationer som skall bidra till att minska risken för oönskade händelser i samband med operation. Begreppet oönskade händelser inbegriper alla former av återinläggning som kan förmodas ha samband med det genomförda ingreppet. Risken för oönskade händelser inom de första 90 dagarna efter höftproteskirurgi ligger på cirka fem procent [1], vilket innebär cirka 900 extra vårdtillfällen per år. Minskat antal komplikationer innebär färre kontakter och lägre kostnader för vården [19]. De vanligast förekommande kirurgiska komplikationerna som leder till reoperation inom två år är infektion, fraktur och luxation [1]. Vårdkostnaden för en djup protesinfektion som kräver operativ åtgärd har beräknats till över en halv miljon kronor per patient [20]. Vårdförloppet beskriver åtgärder för hur risken för infektion kan minimeras. Risken för periprostetiska frakturer ökar hos individer över 65–75 år vid användning av ocementerade jämfört med cementerade höftproteser [21, 22]. För yngre individer är livstidsrisken för reoperation lägre om man använder ocementerade jämfört med cementerade höftproteser. Vårdförloppet innehåller rekommendationer om protesval för olika patientgrupper för att minska risken för komplikationer.

Tabell 1. Översikt över hur kostnader kan påverkas av vårdförloppet

| Område för kostnadsförändring | Kommentar kring hur kostnaden väntas förändras på kort respektive längre sikt |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lokaler och material | Kostnader för lokaler bör vara oförändrade. Vårdförloppets införande förväntas inte medföra ökade materialkostnader men kostnader för material kan väntas öka i takt med ökat antal operationer. |
| Utrustning | Oförändrat. |
| IT-system | Kostnader för IT-system och digitala lösningar förväntas öka: <ul style="list-style-type: none"> Vårdförloppet innehåller rekommendationer för hur patientinformation kan utformas. Utveckling och förvaltning av digitala lösningar och mobiltelefonapplikationer med till exempel informationsmaterial och egenregistrering är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras. Utveckling behövs av förbättrad kommunikation mellan journalsystem för förbättrade elektroniska remisser, gemensam läkemedelslista och smidigare överföring mellan primär- och slutenvård. Uppföljning behövs av vårdförloppets indikatorer med automatisk överföring av data från ledprotesregistret till Vården i siffror. Det behöver ske överföring av data från journal till ledprotesregistret. |
| Personal | Kostnaden för personal förväntas öka. Det finns behov av ökat antal vårdpersonalresurser med kvalitetssäkrad kompetens för kvalificerat rådgivande samtal till exempel rökavvänjare, kostrådgivare och rådgivning kring fysisk aktivitet. Åtgärden sker oftast inom primärvården men det finns olika lokala lösningar. Professionstillhörigheten beror på den lokala tjänstens utformning men är vanligen sjuksköterska, dietist, fysioterapeut eller arbetsterapeut. Resursökning av fysioterapeuter behövs för att kunna genomföra bedömning, träning och uppföljande besök enligt vårdförloppet. |
| Utbildning | Kostnader för information och utbildning väntas öka i samband med implementeringen av vårdförloppet. Kostnader omfattar kontinuerlig kompetensutveckling av berörd personal i vårdförloppet. |
| Utredning och diagnosättning | Kostnader för utredning och diagnosättning förväntas inte påverkas av vårdförloppet, men kan förväntas öka i takt med ökat behov av höftproteskirurgi i befolkningen. |
| Behandling | Vårdförloppets införande förväntas inte medföra ökade kostnader för läkemedel, proteser eller operationsmaterial. Vårdförloppet har som målsättning att minska slutenvårdstiden och färre dagar i slutenvård ger minskad kostnad. Antalet behandlingsbesök på rehabiliteringsmottagning väntas öka vilket leder till ökade kostnader. |
| Uppföljning | Vårdförloppet rekommenderar sårkontroll via opererande enhet inom en till två veckor efter operationen. Detta medför ökade kostnader för enheter som inte gör detta idag. Vårdförloppet rekommenderar uppföljning av läkare eller fysioterapeut på opererande enhet cirka tre månader efter operationen. Detta kan leda till kostnadsförändringar beroende på hur det är organiserat idag. Antalet uppföljningsbesök på rehabiliteringsmottagning kan förväntas öka vilket leder till ökade kostnader. |

2.6. Kompetensförsörjning

Regionala planer för implementering av Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – proteskirurgi är en förutsättning för genomförandet. Vårdförloppet förutsätter ett välfungerande samarbete mellan primärvård och slutenvård. Det kommer behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner. För läkare inom primärvården krävs kompetensutveckling kring förberedelser inför remiss samt kriterier för remiss till ortopedisk enhet. För fysioterapeuter inom primärvården krävs kompetensutveckling avseende ökade krav på träning. Om alla patienter som bedömts för proteskirurgi ska kunna erbjudas fysisk träning enligt rekommendationer i vårdförloppet, behöver insatser från fysioterapeuter som arbetar med detta öka. Detta kan ske till exempel genom omfördelning, genom nya tjänster eller genom att erbjuda digitala lösningar för monitorering vid träning. För sjukvårdspersonal inom slutenvård krävs information om vårdförloppet och de rekommenderade åtgärderna. Vårdförloppet rekommenderar implementering av patientkontrakt. Det kommer att krävas information och utbildning kring detta. Se tabell 2 för en mer övergripande lista på behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp höftledsartros-proteskirurgi.

Tabell 2. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförloppet

| 1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet vid höftledsartros-proteskirurgi? | 2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven? | 3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Öka kunskap hos professionen och patienter om Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – proteskirurgi | Information och utbildning på nationell och regional nivå, riktad till läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och andra relevanta professioner samt patienter | <ul style="list-style-type: none"> • NPO rörelseorganens sjukdomar • Sjukvårdsregionerna • Svenska Höft- och Knäförbundet • Reumatikerförbundet |
| Öka kunskapen om kriterier för remiss och proteskirurgi | Information och utbildning på nationell och regional nivå, riktad till läkare inom primärvård- och specialiserad vård | <ul style="list-style-type: none"> • Sjukvårdsregionerna • NPO rörelseorganens sjukdomar • Svenska Höft- och Knäförbundet • Nationellt primärvårdsråd |
| Öka kunskapen om riskfyllda levnadsvanor i samband med proteskirurgi | Information och utbildning på nationell och regional nivå, riktad till hälso- och sjukvårdspersonal samt patienter | <ul style="list-style-type: none"> • Sjukvårdsregionerna • NPO rörelseorganens sjukdomar • Svenska Höft- och Knäförbundet • Nationellt primärvårdsråd |
| Öka kunskapen om tillstånd eller sjukdomar som utgör riskfaktorer i samband med proteskirurgi | Information och utbildning på nationell och regional nivå, riktad till läkare och sjuksköterskor | <ul style="list-style-type: none"> • Sjukvårdsregionerna • NPO rörelseorganens sjukdomar • Svenska Höft- och Knäförbundet • Nationellt primärvårdsråd |
| Öka kunskapen om preoperativ patientinformation | Information och utbildning på nationell och regional nivå, riktad till läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, | <ul style="list-style-type: none"> • NPO rörelseorganens sjukdomar • Sjukvårdsregionerna |

| 1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet vid höftledsartros-proteskirurgi? | 2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven? | 3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | arbetsterapeuter och andra relevanta professioner samt patienter | |
| Öka kunskapen om pre- och postoperativ träning hos fysioterapeuter inom primärvård | Specifika fortbildningar för fysioterapeuter inriktade på proteskirurgi | <ul style="list-style-type: none"> • Sjukvårdsregionerna • NPO rörelseorganens sjukdomar |
| Öka kunskap om vinsterna med införande av ett nationellt vårdförlopp vid proteskirurgi | Prioritera resurser för att kunna initiera implementering. Informera om vinsterna på individnivå och samhällsekonomisk nivå | <ul style="list-style-type: none"> • Sjukvårdsregionerna • Vårdgivare (specialistenheter, primärvårdsmottagningar) |

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

En förutsättning för ingång i detta vårdförlopp är att patienten har genomgått Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – primärvård.

Detta vårdförlopp kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade rutiner för omhändertagande av personer som genomgår höftproteskirurgi.

Vårdförloppet för knäledsartros är till delar parallellt med detta vårdförlopp.

Vårdförloppet för levnadsvanor överlappar delvis detta vårdförlopp.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet lyfter patientens ansvar i processen, där beslut tas i dialog mellan vården och patienten. Samtidigt anpassas vården utifrån individens behov. Således främjar vårdförloppet arbetssättet Nära vård, vilket SKR beskriver som ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Nära vård ska också bidra till jämlik hälsa, trygghet och självständighet samt grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit [20]. En välfungerande och välbemannad Nära vård är en förutsättning för att vårdförloppet ska fungera i alla delar.

2.9. Uppföljning

Uppföljning av indikatorer planeras via Svenska Ledprotesregistret samt KVÅ-kodning i lokala dokumentationssystem.

2.10. Övriga konsekvenser

Utveckling av digitala lösningar, som exempelvis textavsnitt, filmer och bilder för att tillgängliggöra information och träningsprogram, kan underlätta för patient och närstående att ta del av information. Detta ökar patientens delaktighet i vård och behandling. Man bör arbeta för att information finns tillgänglig på olika språk.

Gemensam dokumentation mellan vårdgivare är en förutsättning för trygg och säker vård.

Regelverk och brister i samverkan mellan regionfinansierad vård, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård samt socialtjänst kan redan idag försena utskrivning från slutenvård. Med kortare vårdtider kan detta problem öka ytterligare.

Allmänhetens kunskap om artrossjukdom behöver öka för bättre egenvård samt för att kontakta vården i rätt tid.

3. Referenser

1. Kärrholm, J., et al., *Swedish Hip Arthroplasty Register: Annual Report 2019*. 2020: Gothenburg.
2. Sveriges Kommuner och Regioner. *Väntetider i vården*. 2021; Available from: www.vantetider.se
3. Södra sjukvårdsregionen. *Vårdprogram Artros*. 2016; Available from: www.sodrasjukvardsregionen.se/download/regionalt-varldprogram-for-artros/?wpdmdl=17635&refresh=60cb9bf35e38c1623956467
4. Statens offentliga utredningar SOU 2016:2, *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso och sjukvården*. 2016: Stockholm.
5. Wainwright, T.W., et al., *Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations*. Acta orthopaedica, 2020. **91**(1): p. 3-19.
6. Judge, A., et al., *Clinical tool to identify patients who are most likely to achieve long-term improvement in physical function after total hip arthroplasty*. Arthritis Care Res (Hoboken), 2012. **64**(6): p. 881-9.
7. Weber, M., et al., *Predicting Outcome after Total Hip Arthroplasty: The Role of Preoperative Patient-Reported Measures*. Biomed Res Int, 2019. **2019**: p. 4909561.
8. Berliner, J.L., et al., *John Charnley Award: Preoperative Patient-reported Outcome Measures Predict Clinically Meaningful Improvement in Function After THA*. Clin Orthop Relat Res, 2016. **474**(2): p. 321-9.
9. Sveriges Kommuner och Regioner. *Vården i siffror*. 2021; Available from: www.vardenisiffror.se
10. Region Stockholm. *Regionalt vårdprogram 2019 Ledplastik vid höftartros*. 2019; Available from: www.vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/varldprogram/ledplastik-vid-hoftartros_2019.pdf?IsPdf=true

11. Sveriges Kommuner och Regioner. *Vårdhandboken*. 2021; Available from: www.vardhandboken.se
12. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*. 2018-06-24.
13. PRISS. *Risikfaktorer för ledprotaskrelaterad infektion samt optimering av patient inför elektiv ledprotaskoperation*. 2019-12-15; Available from: www.lof.se/filer/Risikfaktorer-samt-optimering.pdf
14. Sveriges Regioner i Samverkan. *Generisk modell för rehabilitering*. 2021; Available from: www.kunskapsstyrningvard.se
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder*. 2020 04 June; guideline NG157:[Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng157
16. Sundhedsstyrelsen. *Nationell klinisk retningslinje for hofteartrose: Ikke-kirurgisk behandling og genoptraening efter total hoftealloplastik*. 2016; Available from: www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~~/media/64C2665956B24E7CB624E7FF2EA7D892.ashx
17. Higashi, H. and J.J. Barendregt, *Cost-effectiveness of total hip and knee replacements for the Australian population with osteoarthritis: discrete-event simulation model*. PloS one, 2011. **6**(9): p. e25403.
18. Mota, R.E.M., *Cost-effectiveness analysis of early versus late total hip replacement in Italy*. Value in Health, 2013. **16**(2): p. 267-279.
19. Clair, A.J., et al., *Cost Analysis of Total Joint Arthroplasty Readmissions in a Bundled Payment Care Improvement Initiative*. J Arthroplasty, 2016. **31**(9): p. 1862-5.
20. Hernández-Vaquero, D., et al., *Treatment of Periprosthetic Infections: An Economic Analysis*. The Scientific World Journal, 2013. **2013**.
21. Abdel, M.P., et al., *Epidemiology of periprosthetic fracture of the femur in 32 644 primary total hip arthroplasties: a 40-year experience*. Bone Joint J, 2016. **98-b**(4): p. 461-7.
22. Tanzer, M., et al., *Is cemented or cementless femoral stem fixation more durable in patients older than 75 years of age? A comparison of the best-performing stems*. Clinical Orthopaedics and Related Research®, 2018. **476**(7): p. 1428-1437.