

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Höftledsartros – proteskirurgi

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper:

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin
RPO Hälsofrämjande
RSG Strukturerad vårdinformation
RSG Upphandling
RSG Metodrådet
RPO Endokrina sjukdomar
RSG Uppföljning och analys
RPO Äldres hälsa
RPO Primärvård

1. Beskrivning av vårdförlopp

1.1 Om höftproteskirurgi

1.2 Omfattning

RSG Strukturerad vårdinformation

Det stämmer inte helt att vårdförloppet tar vid där det första slutar. Om detta vårdförlopp börjar redan vid beslut om remiss överlappar det med åtgärder i vårdförlopp höftledsartros del 1. Åtgärderna beskrivs inte helt lika mellan de två vårdförloppen och detta måste åtgärdas, exempelvis genom att slå ihop dem till ett vårdförlopp. Det behöver tydliggöras vad som gäller.

1.3 Vårdförloppets mål

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

- ”Välinformerad patient inför operation” är ett viktigt mål som genomsyrar hela vårdförloppet. I nuläget är det dock något oklart hur detta mål ska utvärderas och följas upp, knyter inte tydligt an till någon indikator.

Förslag på tilläggs punkt:

- ”... främja delaktighet OCH tydliggöra patientens ”ansvar” kring rehab, rekommendationer, vardagsmotion etc.”

RSG Strukturerad vårdinformation

Skulle kunna formuleras tydligare som mål, tex.

- minimerade väntetider (“onödiga” behöver förtydligas då det är subjektivt)

- patienterna upplever att de är delaktiga i sin vård
- minskad risk för oönskade händelser (länka till definition av detta)
- patienterna upplever förbättrad hälsorelaterad livskvalitet efter höftproteskirurgi

1.4 Ingång och utgång

RPO Primärvård

Rimliga kriterier som utgör indikation för remiss till opererande enhet.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

- Hade varit visuellt tydligare om pilen till vänster avseende sår-kontroll inom 1-2 veckor hade varit kortare, inte som nu längre än pilen till höger som avser upprättande av rehabiliteringsplan inom 4 veckor

- Uppföljning och sårkontroll av opererande enhet. Men vem ansvarar för upprättande av rehabiliteringsplan, uppföljning av mål etc.?

Ansvar för upprättande av rehabplan samt uppföljning bör ligga på primärvårdens ansvar men kan behöva förtydligas.

RSG Strukturerad vårdinformation

I utropsteckensrutan står det som i 1.4 beskrivs som en utgång. Ska det vara en utgång eller en "paus"? Och hur ska "paus" hanteras i förhållande till uppföljning av åtgärder inom en viss tid?

Ingången benämns inte likadant som i 1.4 där det står "beslut tas inom primärvården om remiss till ortopedisk enhet". Det måste överensstämma mellan 1.4 och 1.5.

Utgången: "Remissen avslås" - ska det täcka både de fall där remissen behöver kompletteras och de fall där operation inte är indicerat? Påverkar mätningen av indikator. Det är viktigt att indikatorerna mäter kvalitet för patienten.

Generell kommentar för alla vårdförlopp: Det blir otydligt när den generella utgångsbeskrivningen används. Det blir tydligare om respektive utgång benämns i flödesschemat såsom de benämns i 1.4.

RPO Äldres hälsa

(I) Preoperativ patientinformation

Saknas information ang. hur man ska hantera informationen om patienten har kognitiv svikt (vilket inte är ovanligt för målgruppen)

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

- (A) Vilket stöd har patienten för att gå ned i vikt, vara fysiskt aktiv? Nätet? 1177? Främst är det primärvårdens ansvar.

- (A) Misstänker att tidsaspekt kommer efterfrågas, avseende hur länge grund- och tilläggsbehandling enligt behandlingspyramiden ska genomförts – är ju såklart högst individuell men går det att uttrycka någon nivå av rådgivning? Alternativt i punktlistan- avseende ”Innehåll i för remiss”; tillsammans med ”behandling som prövats för artrosbesvären - ange en tidsaspekt för att detta ska kunna värderas vid remissbedömningen.
- (B) Patientperspektivet – vid avslag på remissen, vilken åtgärd uppmanas patienten till? återkoppling och förnyad kontakt med primärvården?
- (I) Finns digital info? Vi har idag Operationskollen med digital info. Information på olika språk behöver utvecklas i regionen.
- (N) Vårdförloppet innefattar inga rekommendationer, eller hänvisningar kring det initiala hemträningsprogrammets innehåll och syfte, inklusive t ex frekvens, intensitet och duration. I dagsläget råder stora lokala skillnader. Alternativt förtydliga att det bör vara individuellt utprovat, vilket nog är sällsynt i dagsläget.
- (N) Förtydligande gällande att postoperativ information om eventuella rörelserestriktioner bör vara både skriftlig och muntlig.
- (O) Hälso- och sjukvården erbjuder daglig egen träning enligt program. Är inte det patientens ansvar?
- (O/R) Regionen har uppföljning 4–6 v? I de fall det bedöms att patienten är i behov av sjukgymnastkontakt tidigare rekommenderas patienten att kontakta sin vårdcentral tidigare alt skickas det remiss.
- (P) Uppföljning 3 månader postoperativt på den opererande enheten görs ej rutinmässigt i alla regioner. Det brukar endast göras vid revisioner eller om operatören är ny.

Kan medföra en ökad resursåtgång.

- (Q) På vilka indikationer ska patienten återkoppla till opererande enhet? Behöver kanske förtydligas?
- (Q) Oklart vad det uppföljande besöket efter 3 månader, på opererade enhet ska innehålla förutom långsiktiga problem med proteser. Bör kunna punktats upp på likande vis som åtgärder i samband med preop utredning. Uppföljning av dokumenterad preop funktionsnivå.
- (R) Var ligger ansvaret för den första postoperativa kontakten (inom 4 v.) hos fysioterapeut?
- (S/T/U/V/X/Y) Vem ansvarar för att upprätta rehabiliteringsplanen? Den ska sedan följas upp inom 3 mån. Är det specialistvården som ska följa upp den eller är det PV:s ansvar att följa upp och avsluta planen? Det står ju att den kan sträcka sig över lång tid. Vad indikerar kontakt med ortopederna för bedömning?

Om specialistvården ska ansvara innebär det en betydande ökad resursåtgång där det inte är så idag.

RSG Strukturerad vårdinformation

(A) överlappar med vårdförlopp del 1. Kriterier som utgör indikation för remiss - dessa skiljer sig mellan vårdförlopp 1 och 2. Dessa måste synkas alternativt att de enbart nämns i det ena vårdförloppet. Vi kan inte ha olika beskrivning av kriterierna!

Även beskrivningen av levnadsvaneutredning skiljer sig. Behöver synkas!

“Innehåll i remiss till ortopedisk enhet:” - det som listas här kräver att dessa informationsmängder har fångats i vårdförlopp 1. - Gör de det? Det behöver vara synkat!

Vi föreslår att vårdförlopp 2 i stället börjar med remissbedömningen/mottagande av remissen, och att det som nu står i åtgärd A läggs in i del 1 som en revidering. Även appendix A och B borde i så fall flyttas härifrån till del 1.

Generell kommentar för alla vårdförlopp: Det blir otydligt när den generella utgångsbeskrivningen används. Det blir tydligare om respektive utgång benämns i åtgärdstabellen såsom de benämns i 1.4.

(F) och (G) Länkar båda till Appendix C. Stämmer det verkligen att appendix C beskriver rekommenderade åtgärder för preoperativ utredning respektive Preoperativ bedömning?

RPO Primärvård

Rimliga informationskriterier i remiss till den ortopediska enheten. Det bör dock betonas att man bör kunna hitta aktuell information i patientens journal för att minska mångdokumentation. T.ex. bör det räcka att läkemedelslistan är uppdaterad samt att man bör kunna hänvisa till allmänt status i journalen. Vi motsätter oss att det för varje vårdförlopp skapas behov av så kallade remissmallar med obligatoriska fält då detta skulle innebära mångdokumentation och ökad administrativ arbetsbörda för primärvården som står inför införandet av många vårdförlopp.

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

- Det finns i dagsläget ingen tydlighet kring rutinen med överenskommelser/patientkontrakt på regionens ortopedkliniker. Frågor som då framkommer är bl.a.:

- Vad behöver vi förbättra som personal för att tydliggöra?
- Kan tvärprofessionellt dokument till patienten underlätta?
- Vilken "utbildning" behöver vi som personal?
- Ska patienter tillfrågas i hur patientkontraktet ska användas/formuleras?

2. Uppföljning av vårdförlopp

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

RSG Metodrådet

Bra utgångsläge. Önskvärt att uppföljning kan optimeras regionvis och nationellt.

RSG Uppföljning och analys

I möjligaste mån har indikatorer valts där data kan hämtas från Svenska Ledprotesregistret (tidigare Svenska Höftprotesregistret). Täckningsgraden i Svenska Ledprotesregistret är hög (99 %). För några av indikatorerna saknas idag andra datakällor än lokala journaldatasystem.

För de indikatorerna där det saknas nationella datakällor kommer arbete med hur det ska tas ut ur respektive regions journaldatasystem vara den mest utmanande uppgiften och ske i samverkan med regionerna. Det är ofta svårt att skapa en samsyn kring definitionen av datauttag och kommer att

kräva en hel del arbete. För flera av de största regionerna med många privata utförare kan detta vara svårt, men krävs om det ska gå att jämföra nationellt.

En utmaning är antalet indikatorer i ett större systemperspektiv, ett stort antal vårdlopp på väg att införas innebär ett stort antal indikatorer att följa på övergripande nivå. Det skulle därmed vara lämpligt med någon sorts gradering av indikatorerna - Vilken/vilka är viktigast? Detta skulle det dels underlätta för övergripande ledning, dels vara stöd i prioritering av utvecklingsinsatser.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

- Det verkar vara av största vikt att vi använder KVÅ-kod AW020 för insamlande av data.

RSG Metodrådet

Bra utgångsläge. Möjligen med utökad rapportering till Svenska Ledprotesregistret, t ex med uppgifter som BMI och hög alkoholkonsumtion.

Andel patienter med individuell rehabiliteringsplan och uppföljning av dem behöver få ett lägsta acceptabelt värde. Inte bara ”Hög andel eftersträvas”

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

RSG Metodrådet

Bra presentation av aktuellt evidensläge

3.3 Arbetsprocess

4. Referenser

Appendix

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

Avgörande är VAR rehabiliteringen ska bedrivas efter höftoperationen. Hamnar ansvaret på specialistvården i regionen kommer det innebära betydande ökad resursåtgång.

RPO Endokrina sjukdomar

Synpunkt på punkt:

B. Riskfaktorer som bör optimeras

Diabetes: Behandlingen av diabetes bör vara optimerad inför ledproteskirurgi med övre gränsvärden för HbA1c på 53 – 64 mmol/l [5, 6].” Betyder det att patienter som av olika anledningar inte når 64 i HbA1c inte får operera höften? Föreslår formuleringen ”Behandlingen av diabetes bör vara optimerad inför ledproteskirurgi där bästa möjliga metabola kontroll skall

eftersträvas. Ett målvärde avseende HbA1c <53 – 64 mmol/l är eftersträvansvärt beroende på patientens individuella förutsättningar.”

C. Läkemedel

Kortikosteroider: Sträva efter lägsta fungerande dos, om möjligt ≤ 10 mg prednisolon per dygn. Avstå intraartikulära steroider i led som ska opereras minst sista 3 månaderna före kirurgi [16]. Överväg att ordinera extra dos av Solu-Cortef under och efter operationen i samråd med reumatolog. Föreslår tillägg: Vid kortisonbehandling pga. hormonell svikt rekommenderas extra kortison såväl peroperativt som i det postoperativa omhändertagande. Följ lokala rutiner och diskutera med ansvarig läkare/endokrinolog vid behov

Perorala diabetesläkemedel: Metformin bör sättas ut 48 timmar före operationen för att minska risken för postoperativ njursvikt [18]. Förslag tillägg: Övriga perorala diabetespreparat pausas normalt operationsdygnet. Överväg insulin/glukos-dropp vid typ 2-diabetes och ge det alltid vid typ 1 i samband med fasta.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RSG Upphandling

I stycke 2.5 nämns några områden med potentiellt ökade kostnader vid införande av föreslaget vårdförlopp. Att beakta ur ett inkösperspektiv:

- Ökade vårdbesök kan ev. innebära att regioner väljer att ta stöd av privata vårdaktörer, eventuellt behöver då upphandling genomföras lokalt eller regionalt inom SÖR. För detta krävs framförhållning med tydligt uppdrag till RSG Upphandling.
- Ev ökade behov av fysioterapeuter behöver jämföras med tillgänglig kapacitet hos upphandlade leverantörer, riskerar att bli en flaskhals.
- Eventuell vidareutveckling av IT-stöd behöver skriftligen regleras med resp. lev av text journalsystem
- Handlar det om väsentlig ökning av materialförbrukning, behöver förväntade volymer stämmas av med upphandling, då ev. takvolym angivna i ramavtal vara otillräckliga, vilket kan medföra att avtalen kan ogiltigförklaras vid granskning.

RSG Metodrådet

Mycket bra presentation gällande omfattning, variationer mellan regioner, behov av; tydlig ansvarsfördelning, gemensam målbeskrivning, bra patientinformation, lika hjälpmedelshantering, ansvar för sårkontroll etc., etc.

Viktig aspekt i den etiska bedömningen är ”hur långt kan hälso-och sjukvården driva frågan om beteendeförändringar”

Ändrad verksamhetsorganisation och (därmed?) ökade kostnader kommer att drabba de enheter/regioner som i dag ligger långt sämre jämfört med de bästa presterande organisationerna. Gäller inte minst kostnader för utbildning och kompetensförsörjning.

Konsekvensbeskrivningen är väl beskriven. Även om kostnader förväntas sänkas på sikt påvisas dock initialt ökade kostnader (utbildning, fortbildning, ökade resurser för rehabilitering), något som ger upphov till utmaningar vid implementeringar av vårdförloppet.

Svårt att avgöra nyttan eftersom det inte specificeras vilken annan typ av kirurgi man riskerar att undantränga.

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

RPO Rehab, habilitering och försäkringsmedicin

Kommentar på sammanfattningen: I inledande stycke står att grundbehandling innebär ”ökad fysisk aktivitet”, stämmer förvisso - men främst individuellt anpassad fysisk träning – bör förtydligas (referens: National guidelines for musculoskeletal disorders: Osteoporosis, osteoarthritis, inflammatory spinal disease and ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis: Support for planning and management <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/rorelseorganens-sjukdomar/> (date last accessed 14 December 2021)).

I sammanfattningens inledande rader bör det även framgå att operation inte är aktuell enbart utifrån grad av besvär och påverkan på livskvalité utan att detta ska förekomma i kombination med en röntgenverifierad artros – viktigt!

Höftledsartros – proteskirurgi del 2:

Sid 11: Saknar något om alkoholstopp 6 w före och 6 w efter kirurgi. (står sedan på sid 33)

Sid 14: Under preoperativ information; informera om sjukskrivningsbehov beroende på patientens arbetsuppgifter, hel/deltid. Planera sjukskrivning, vid pågående sjukskrivning – involvera rehabkoordinator (sjukskrivning står på sid 18 väldigt kortfattat vid utskrivning)

Sid 18 I samband med utfärdande av sjukintyg – planera för heltid, gärna deltid i slutet på sjukskrivningsperioden.

Sid 19: Uppföljning på opererande enhet. Om sjukskrivningen blir längre än förväntat bör koordinerande insatser/rehabkoordinering övervägas. Koordineringsinsatser kan vara personligt stöd, intern samordning och extern samverkan för att stödja patienten med fokus på hållbar återgång i arbete.

RPO Hälsöfrämjande

Vårdprogrammet är genomarbetat och tar höjd för många olika perspektiv. Möjligen skulle eventuellt behov av psykiskt stöd, exempelvis vid bestående smärta eller mindre lyckad operationsutgång etc. kunna tas upp i högre utsträckning.

RSG Strukturerad vårdinformation

Åtgärderna beskrivs inte helt lika mellan de två vårdförloppen och detta måste åtgärdas, exempelvis genom att slå ihop dem till ett vårdförlopp. Det behöver tydliggöras vad som gäller. Kan del 1 behöva revideras innan detta vårdförlopp släpps?

RSG Metodrådet

För att öka tydligheten bör under titeln på försättsbladet dvs i textmassan ”Vårdförloppet inleds vid beslut bör även nämnas att innan dess har PV genomfört en inledande bedömning, utredning och optimering.

Möjligen skall också i inledningen nämnas riskfaktorerna rökning och hög alkoholkonsumtion och inte enbart rek om viktnedgång.

RPO Primärvård

Inga särskilda synpunkter. Åtgärder som berör från primärvården definieras men beskrivs tydligare i annat dokument som mer specifikt berör höftartros i primärvård.