Region Stockholm

8

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros

VKN 2020-0054

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Medicinsk fortbildning
Leyla Jalilian

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-02-28

VKN 2020-0054

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros

Ärendebeskrivning

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. De ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Nu har nationella arbetsgrupper i regionerna tagit fram remissversioner för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande diagnoser: Höftledsartros, Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), Kritisk benischemi, Reumatoid artrit, Schizofreni – förstagångsinsjuknande, Sepsis, Stroke och TIA. Under 2020 ska minst fem av dessa vårdförlopp implementeras.

Detta ärende hanterar vårdförlopp Höftledsartros.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Vårdförlopp Höftledsartros remissversion
Konsekvensbeskrivning Höftledsartros remissversion

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtandet som nämndens yttrande och överlämnar det till Sveriges Kommuner och Regioner.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattande synpunkter
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppskattar de väl genomarbetade medicinska underlagen och det högkvalitativa arbete som gjorts under mycket snäva tidsramar.

Den övergripande och generella bedömningen av samtliga sju vårdförlopp är dock att konsekvensbeskrivningarna generellt utgör ett otillräckligt underlag. Nuvarande utformning av vårdförloppen kan misstänkas orsaka undanträngningseffekter, och större ekonomiska konsekvenser samt effekter på kompetensförsörjningen än vad som finns beskrivet i vårdförloppen. Det kan finnas påverkan på andra patientgrupper som med nuvarande underlag inte kan bedömas.

Bakgrund
Höftledsartros är en sjukdom som drabbar ledens brosk, mjukdelar samt lednära skelett. Sjukdomen ger symtom i form av smärta, igångsättningssvårigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet. Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet. I nuläget får dessa patienter inte alltid rätt vård i rätt tid och inte i enlighet med de nationella behandlingsriktlinjerna. Ofta remitteras patienter till röntgen i tidigt skede men eftersom artros i tidigt skede inte syns på röntgen kan såväl diagnos som grundbehandling vid artros försenas. Grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet. Därför är det av största vikt att diagnosen höftledsartros konstateras utifrån kliniska tecken så att patienten kan få snabb och effektiv behandling.

Övergripande mål med detta vårdförlopp inom primärvård är att fler patienter ska få rätt vård i rätt tid, lika behandling och öka kunskapen om höftledsartros bland både patienter och hälso-och sjukvårdspersonal. Patienterna ska få en tidig, klinisk diagnos, och därmed även grundbehandling, i ett tidigare skede, vilket bidrar till att minska smärta och öka patientens fysiska funktion.

Överväganden
Remissversionen av vårdförlopp Höftledsartros har behandlats i Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp samt regionens prioriteringsråd. Därtill har synpunkter från RPO Rörelseorganens sjukdomar, RPO Primärvård, RPO Äldres Hälsa och RPO Levnadsvanor beaktats främst utifrån ett systemperspektiv. Vid genomgång av förslaget noterades nedanstående punkter.

Generella synpunkter på samtliga sju vårdförlopp:

Kunskapsunderlaget som grund för prioriteringsbeslut
De sju vårdförloppen har bristande, eller saknar helt eller delvis, hälsoekonomiska underlag för sina föreslagna åtgärder. Därtill finns en tendens att överskatta kostnadseffektiviteten i föreslagna åtgärder och underskatta resursåtgången, särskilt i de fall där hälsoekonomiska analyser helt saknas. Detta i sin tur medför svårigheter i att göra horisontella prioriteringar samt att kunna avgöra om Region Stockholm kan ställa sig bakom de olika förslagen. Otydliga avgränsningar av patientpopulationer medför svårigheter att uppskatta resursbehovet och göra prioriteringar då vårdförloppen kan appliceras på en mycket större population än man utgått från. I vissa avseenden har vårdförloppen istället avgränsat patientgruppen så markant att man utesluter andra patienter med samma diagnos. Båda dessa scenarion försvårar beräkningar av resursbehov och kompetensförsörjning.

Automatiserade system för uppföljning saknas i dagsläget
Tillgång till data för uppföljning är en viktig del i utvecklingen av en jämlik, effektiv och kvalitativ vård som vårdförloppen syftar till. Dock har olika vårdförlopp varierande förutsättningar och tillgång på data. Som regel har ett tiotal indikatorer per vårdförlopp föreslagits. Flertalet är processmått, men även resultatmått förekommer. Även om målet på lång sikt är att använda strukturerad journalinformation och minska registreringsbördan så kommer ett införande i sin nuvarande föreslagna form på kort sikt innebära fler administrativa uppgifter i vården, något som inte är acceptabelt med hänsyn till rådande resurssituation i vården. Region Stockholm kan bara acceptera automatiserad överföring av data för uppföljning av vårdförloppen.

Risk för undanträngning
Det finns en farhåga att en för stor expansion av enskilda vårdförlopp eller för många vårdförlopp så som de beskrivs och arbetas fram idag riskerar att omfatta för stora patientgrupper och orsaka undanträngningseffekter och ökad belastning framför allt i primärvården. Vidare kan också processmått i form av specifika ledtider leda till direkta undanträngningseffekter.
En tydlig plan för att följa upp och åtgärda eventuella undanträngningseffekter behöver finnas.

Personcentrerad vård
Det finns inga typiska patienter vilket innebär att man måste ha en förståelse för att ett stort antal patienter inte kan följa vårdförloppen.

Många patienter är multisjuka och kommer dessutom att ingå i flera vårdförlopp. Hur prioriterar kliniker mellan dessa? Om vårdförloppen ska vara ett stöd till vården och förbättra vården så behöver det finnas utrymme för individuell anpassning av vården efter patientens behov. Försiktighet avseende styrning med för starka resultatmått, särskilt av ekonomisk art, bör iakttas.

Användarvänlighet
Generellt krävs tydligare riktlinjer för hur man gestaltar ingången på ett vårdförlopp då det finns stor variation i hur ingången beskrivs i de olika förslagen. Ett vårdförlopp bör alltid ha sin ingång vid en medicinskt motiverad vårdkontakt. Vidare är formatet på vårdförloppen stundtals svårläst. Region Stockholm behöver ett förtydligande i vem som är dokumentens mottagare. Skall det tolkas ur ett organisatoriskt perspektiv eller av vårdgivare i patientmöte? Om vårdförloppen skall användas av vårdgivare behöver de utformas mer användarvänligt.

Regional anpassning - en förutsättning för implementering
Förutsättningarna för implementering av vårdförloppen kan skilja sig mellan olika regioner. Utmaningar vid implementering kan leda till ett behov av vårdstrukturanpassning över tid i regionerna. Det är därför viktigt att vårdförloppen ger utrymme för regional anpassning samtidigt som det ger ett ramverk för bästa möjliga omhändertagande som baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Befolkningsperspektivet
Ett starkt hälsofrämjande, befolkningsinriktat arbete ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att minska ojämlikheter i hälsa hos befolkningen. Generellt saknas befolkningsperspektivet i vårdförloppen och hälsofrämjande insatser, prevention, stöd till patienter och befolkning i egenvård skulle kunna inkluderas mer.

Synpunkter specifikt på vårdförlopp Höftledsartros:

Vårdförloppet bedöms överlag vara väl genomtänkt och tas emot positivt av såväl Regionalt programområde (RPO) Rörelseorganens sjukdomar, RPO primärvård samt Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp. Anslaget är rätt vård på rätt nivå som ska leda till minskat antal ortopedbesök. Vården förskjuts mot primärvård, vilket antas vara mindre kostsamt, dock saknas vederhäftigt hälsoekonomiskt underlag.

Vårdförloppet föreslår tidig klinisk diagnos och en grundbehandling i ett tidigare skede som ska utföras av fysioterapeuter inom primärvården - stor personalgrupp som behöver fortbildning och som kommer att behövas mer i primärvården. Dock finns det risk för undanträngning om omfattningen av deras insatser inte blir tydlig.

Förhoppningen är att vårdförloppet ska leda till minskat antal omotiverade medicinska åtgärder som tex. röntgenundersökningar. Detta kan försvåras av patienternas förväntningar att få träffa en specialist och riskera resursåtgång om patienten inte godtar vårdförloppet varför fortbildnings- och informationsinsatser till framför allt befolkningen kan behövas. Många sköra äldre patienter kommer även fortsättningsvis behöva röntgen relativt tidigt i utredningen för att utesluta annan allvarlig sjukdom som tex cancer.

Hälsobefrämjande åtgärder och förändrade levnadsvanor är en potential i behandlingen som är underutnyttjad. Konsekvensbeskrivningen har inte tagit höjd för resursåtgång för distriktsköterskor gällande egenvård.

Ekonomiska konsekvenser
Den hälsoekonomiska beräkningen uppfattas positivt då vårdförloppet förväntas leda till minskade kostnader för röntgenundersökningar och ortopedbesök. Dock saknas underlag och hälsoekonomiska beräkningar.

Konsekvenser för patientsäkerhet
En tidig klinisk diagnos och därmed även grundbehandling i ett tidigare skede kan bidra till att minska smärta och öka patientens fysiska funktion. Det kan också leda till att operationer med höftledsprotes i vissa fall kan senareläggas eller undvikas. Vårdförloppet kan innebära risker i form av undanträngning av andra patientgrupper, risk för att patienter med snabbt förlopp i sjukdomen måste vänta länge samt risk för fördröjning av röntgen/eller ortopedbedömning vid annan allvarlig bakomliggande orsak.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Regionala skillnader i vilken vård som erbjuds riskerar att skapa ojämlik vård. Sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp syftar till att skapa förutsättningar för jämlik vård, vilket Region Stockholm välkomnar.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Region Stockholm accepterar inte ytterligare administrativa lager i samband med implementering och uppföljning av de sju vårdförloppen.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Sveriges Kommuner och Regioner

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-02-28

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros

VÅRDFÖRLOPPET INLEDS VID MISSTANKE OM HÖFTLEDSARTROS, ELLER VID FÖRSÄMRING AV TIDIGARE KÄND HÖFTLEDSARTROS, OCH AVSLUTAS VID ACCEPTABEL FUNKTIONS- OCH SMÄRTSITUATION ELLER VID REMISS FÖR ORTOPEDISK BEDÖMNING

VERSION

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för sjukdomsområden ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen som tas fram ska kunna inbegripa flera specialiteter, kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser, kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar, kunna främja hälsa i hela förloppet, utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd samt utformas så de kan följas i de nya digitala vårdstöden som regionerna just nu, eller inom överskådlig framtid, upphandlar.

Patientkontrakt ska tillämpas i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Syftet är att stärka patienten och ge möjligheter till delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering. Detta görs bland annat genom att gemensamt komma överens om vad patienten ansvarar för och vad vården tar ansvar för samt att detta dokumenteras i journalen.

Remissperioden pågår 27 januari–6 mars 2020. Instruktioner och remissvar finns att ladda ned på hemsidan för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – klicka här.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Höftledsartros är en sjukdom som drabbar ledens brosk, mjukdelar samt lednära skelett. Sjukdomen ger symtom i form av smärta, igångsättningssvårigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet. Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet. I nuläget får dessa patienter inte alltid rätt vård i rätt tid och inte i enlighet med de nationella behandlingsriktlinjerna. Ofta remitteras patienter till röntgen i tidigt skede men eftersom artros i tidigt skede inte syns på röntgen kan såväl diagnos som grundbehandling vid artros försenas. Grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet. Därför är det av största vikt att diagnosen höftledsartros konstateras utifrån kliniska tecken så att patienten kan få snabb och effektiv behandling. En annan utmaning är att uppskattningsvis två tredjedelar av de patienter som remitteras till ortopedklinik i dagsläget inte är aktuella för kirurgisk åtgärd. Om patienter kan erbjudas grundbehandling, som innebär ökad fysisk aktivitet och vid behov stöd för viktnedgång, tidigt i sjukdomen kan smärta, viktuppgång, samsjuklighet såsom exempelvis diabetes och hjärtkärlsjukdom förebyggas och höftprotesoperation ibland undvikas eller senareläggas.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om höftledsartros eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros. Det avslutas när patienten har en självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation, eller vid remiss för ortopedisk bedömning. Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och i vilken ordning detta ska ske inom primärvården. Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som inleds med remiss för ortopedisk bedömning kommer att sammanställas i ett nästkommande vårdförlopp del 2.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler patienter ska få rätt vård i rätt tid och att patienter i hela landet ska utredas, behandlas och omhändertas i enlighet med nationella behandlingsriktlinjer samt att öka kunskapen om höftledsartros bland patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till smärta, röntgenundersökning och patientutbildning. Uppföljning planeras genom BOA-registret, Svenska Höftprotestregistret och Primärvårds Kvalitet.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, och detta dokument har utvecklats inom ramen för NPO Rörelseorganens sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från primärvård, specialistvård och patientföreträdare.

REMISSVERSION

Innehållsförteckning

1 Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet höftledsartros - 3 -
1.1 Kort beskrivning av höftledsartros ... - 3 -
1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv ... - 4 -
1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros ... - 6 -
1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros ... - 6 -
2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema - 7 -
2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp ... - 7 -
2.2 Flödesschema ... - 8 -
2.3 Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp höftledsartros ... - 9 -
2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse ... - 13 -
3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp primärvård höftledsartros - 14 -
3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått) ... - 15 -
3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått) ... - 15 -
4 Referenser - 16 -
5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros - 17 -
5.1 Kunskapsunderlag ... - 17 -
5.2 Arbetsprocess ... - 17 -

REMISSVERSION

1 Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros

1.1 Kort beskrivning av höftledsartros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och förekomst av sjukdomen beräknas öka de kommande åren då befolkningen blir äldre, har ett högre BMI och är mer stillasittande än tidigare. Artros är vanligast i knäled, följt av hand- och höftled (1, 2). Artros är en sjukdom som drabbar ledens brosk, mjukdelar samt lednära skelett (3). Uppgiften om incidensen varierar baserad på vilka diagnoskriterier som har används för diagnosställningen (klinisk, radiologisk, självrapporterat). Incidensen av klinisk diagnostiserad artros beräknas vara runt 2.1/1000 personer per år och är något vanligare hos kvinnor än hos män (1).

Höftledsartros ger symtom i form av smärta, igångsättningssvårigheter, nedsatt rörlighet, muskelsvaghet och stelhet (4). Långvariga besvär leder ofta till nedsatt livskvalitet (5). Sjukdomen har ofta ett långsamt fortskridande förlopp. Vid en primär höftledsartros föreligger ingen känd orsak i motsatsen till en sekundär höftledsartros efter till exempel en skada. Riskfaktorer för att utveckla höftledsartros är ålder över 45 år, övervikt, hereditet, ledskada, felställning och ensidig långvarig ledbelastning.

Diagnosen höftledsartros ställs kliniskt efter en sammanvägd bedömning av anamnes, symtom och status. Diagnosen ställas ofta av fysioterapeuter eller allmänläkare inom primärvård. Röntgen blir aktuell vid atypiska besvär eller inför remiss för ortopedisk bedömning för ställningstagande om kirurgisk åtgärd (proteskirurgi). Grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrossjukdomens förlopp och därför är det viktigt med tidig diagnostik även hos yngre patienter. Artros syns inte på röntgen tidigt i sjukdomsförloppet och därför bör röntgen undvikas för att ställa diagnosen artros, eftersom såväl diagnos som grundbehandling då kan försenas. Ytterligare faktorer som påverkar tidig diagnos är väntetider inom vården och patienter som väntar länge med att söka vård.

Patienter med höftledsartros behandlas i första hand inom primärvården. I enlighet med nationella behandlingsriktlinjen följer behandlingen av artros en ”behandlingspyramid”, se Figur 3. Grundbehandlingen ska erbjudas till alla patienter med höftledsartros och består av information och utbildning om artros samt strukturerad och individuellt anpassad handledd träning hos fysioterapeut (t.ex. cirkulationsträning, styrketräning och/eller neuromuskulär träning) (6) och vid behov även stöd för viktnedgång.

Grundbehandlingen kan kompletteras med tilläggsbehandling som smärtlindrande läkemedel och hjälpmedel. Eftersom det i dagsläget inte finns någon behandling som kan bota artros inriktas behandlingen på att minska symtom och behovet av medicinering. Om smärtan trots analgetika är oacceptabel och patienten har vilo- och nattlig smärta, svår funktionsinskränkning och kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling, kan remiss till ortopedklinik komma ifråga.

En stor andel av de patienter som i dagsläget remitteras till ortopedklinik är ej aktuella för kirurgisk åtgärd vid tiden för remiss. En effekt av tidig remiss till ortoped är onödiga vårdkostnader och ökade köer till ortopedklinikerna. Även när höftledsartrosen nått ett skede där operation bedöms nödvändig är träning av stort värde under väntetiden till operation för att minska smärta och risk för viktuppgång.

REMISSVERSION

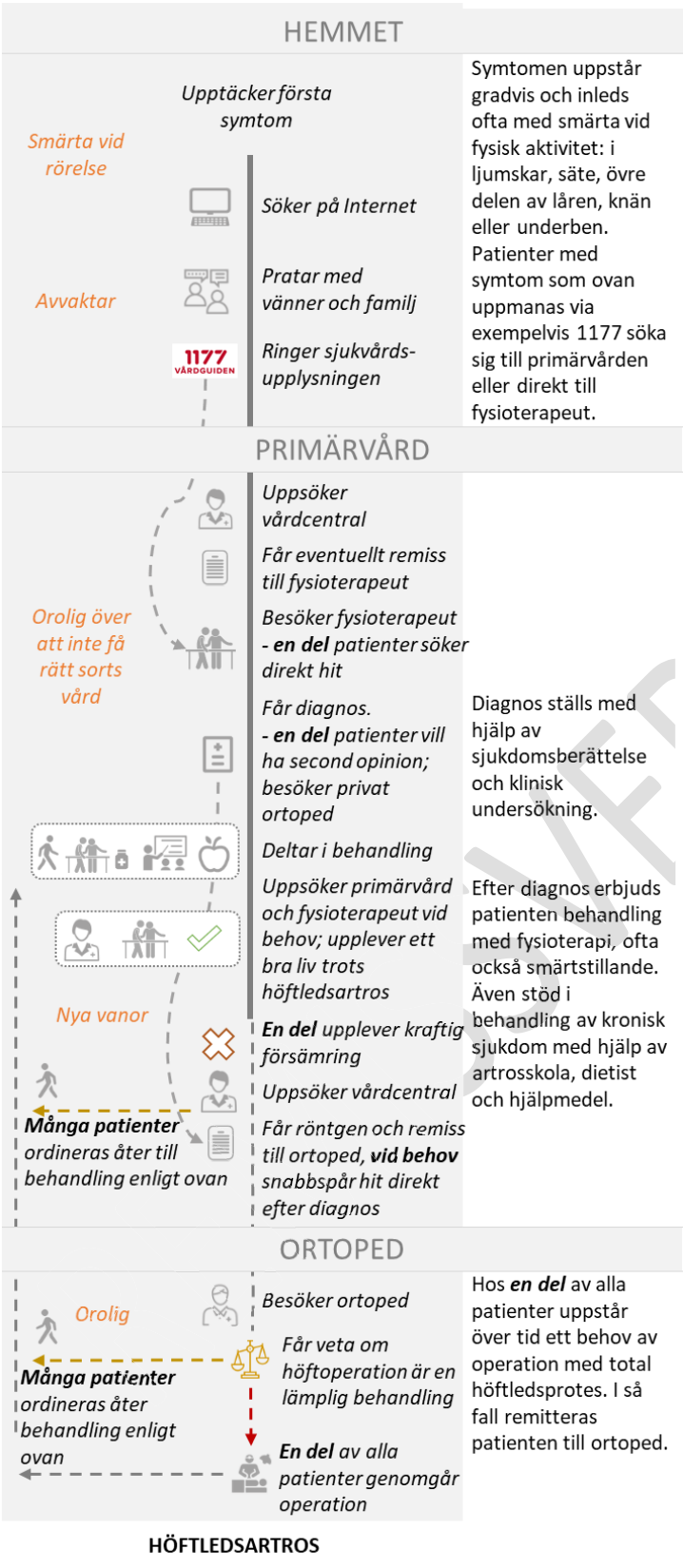
Träning förbättrar även förutsättningar för postoperativ rehabilitering. Väl genomförd grundbehandling kan också förväntas ge samhällsekonomiska vinster till följd av minskad sjukskrivning.

1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv

En typisk patient med artros har en smygande debut med långa perioder av lindriga besvär som avlöses av besvärsfria intervall. När patienten söker sjukvård på vårdcentral eller hos fysioterapeut har besvären ofta tilltagit. Bilden nedan (Figur 1) illustrerar hälso- och sjukvårdsförloppet ur ett patientperspektiv och visualiserar vad som i dagsläget är vanliga händelser och utmaningar, exempelvis:

- Patienten söker ofta vård sent i förloppet och får inte alltid adekvat diagnos eller behandling från start.
- Det finns ett gap mellan patientens förväntningar på framförallt röntgen och operation och den vård som ska erbjudas enligt nationella behandlingsriktlinjer.
- Det finns stora variationer i vården avseende utredning, behandling och omhändertagande.
- Patienten saknar ofta adekvat stöd för att kunna ansvara för sin egenvård eller veta när hen ska söka igen.

REMISSVERSION



Figur 1. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv, för en person med höftledsartros.

1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros

Detta vårdförlopp beskriver åtgärder inom primärvården. Vårdförloppet inleds vid misstanke om höftledsartros eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros. Beskrivning av åtgärder avslutas när patienten har en självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation, eller vid remiss för ortopedisk bedömning.

Målgrupp för vårdförloppet är alla patienter som söker vård för smärtor kring höft där det finns en välgrundad misstanke om höftledsartros. Baserat på anamnes, symtom och status som tyder på höftledsartros enligt Nationellt kliniskt kunskapsstöd för höftledsartros, kan diagnos konstateras kliniskt utan bilddiagnostik (röntgen).

Patienter som har muskulär problematik eller annan höftledssjukdom än höftledsartros exkluderas ur vårdförloppet. Det behövs ytterligare ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som tar vid där detta slutar. Det bör inledas med remisskriterier för ortopedisk bedömning och sträcka sig fram till postoperativ rehabilitering.

1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros

Övergripande mål med vårdförloppet är att:

- fler patienter ska få rätt vård i rätt tid
- patienter i hela landet ska utredas, behandlas och omhändertas i enlighet med nationella behandlingsriktlinjer
- öka kunskapen om höftledsartros bland patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.

Målen ska uppnås genom:

- Att öka kunskapsnivån om höftledsartros i befolkningen och i vården.
- Tidig klinisk diagnos höftledsartros, oavsett ålder.
- Tidig behandling enligt behandlingspyramiden, där individuellt anpassad träning och information är grundbehandling och operation är tilläggsbehandling vid behov.
- Tydligt dokumenterad behandlingsplan för samordning och fortsatt egenvård.
- Att patienten är aktivt involverad och får stöd.

REMISSVERSION

2 Beskrivning av åtgärder och flödesschema

1.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier för vårdförloppet är patienter med misstanke om höftledsartros eller patienter med försämring av tidigare känd höftledsartros.

Patienten bör ha såväl en anamnes, symtom och status som tyder på höftledsartros enligt Nationellt kliniskt kunskapsstöd för höftledsartros.

Symtom

- Belastningsrelaterad smärta i ljumske, på utsidan av höften och/eller utstrålning ner mot knät.
- Igångsättningssmärta.
- Morgonstelhet och stelhet efter vila som går över inom 30 min när patienten kommit igång.
- Nedsatt funktion – svårigheter att gå eller att ta på strumpor.
- Mekaniska besvär – upphakning och eller låsning som kan begränsa gångförmåga.
- I ett senare skede har patienten även vilosmärta, nattlig värk och hälta.

Status

- Ändrat gångmönster, eventuellt hälta.
- Inskränkt rörelseomfång och smärta vid passiv inåtrotation, abduktion och flexion.
- Krepitationer, låsningar och upphakningar kan förekomma.
- Benlängdsskillnad kan förekomma.

Utgång

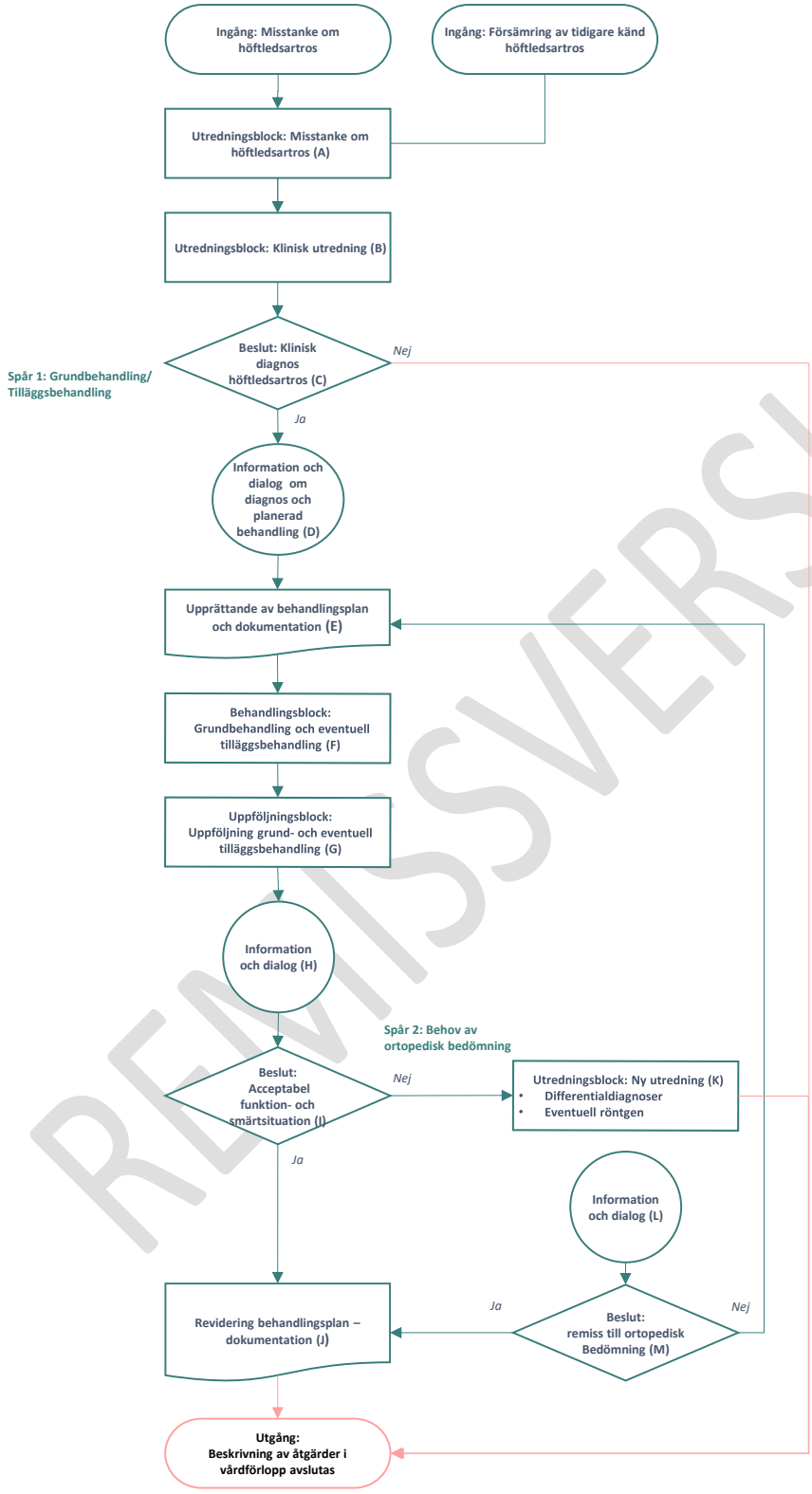
Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas:

- om patienten har en självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation.
- vid remiss för ortopedisk bedömning.

REMISSVERSION

2.1 Flödesschema

I flödesschemat nedan (Figur 2) beskrivs de åtgärdsblock som ingår i vårdförloppet. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1 .



REMISSVERSION

Figur 2. Flödesschema.

2.2 Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp höftledsartros

Åtgärderna i vårdförloppet är baserade på nationella behandlingsriktlinjen och följer en ”behandlingspyramid” (Figur 3). Behandlingspyramiden inkluderar grundbehandling som består av information, träning och stöd vid behov av viktnedgång. Vid behov kan behandlingen kompletteras med tilläggsbehandling såsom smärtlindrande läkemedel och hjälpmedel. En andel av patienterna får så stora besvär att proteskirurgi behövs.



Figur 3. Behandlingspyramid för höftledsartros

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Beskriv särskilda åtgärder som patienten efter sin förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket
Utredningsblock: Misstanke om höftledsartros (A) • Första kontakt med vården t.ex. via 1177, telefonrådgivning vård-/hälsocentral, drop-in, digital vårdkontakt. • Ställningstagande till fortsatt vårdbehov med hjälp av beslutsunderlag/checklistor – Ta anamnes – Utesluta differentialdiagnoser – Bedöm när det är lämpligt med ett fysiskt besök • Vid misstanke om höftledsartros/ospecifik höftsmärta triageras patienten i första hand till en fysioterapeut för vidare utredning och bedömning	• Sök vård/fysioterapeut • Gör digital anamnes/ checklista för diagnos

REMISS

Utredningsblock: Klinisk utredning (B) • Ställ klinisk diagnos höftledsartros genom sammanvägd bedömning av: – Anamnes/riskfaktorer – Symtom – Kliniska fynd – status • Uteslut differentialdiagnoser	• Berätta om symtom, farhågor och förväntningar.
Beslut: Klinisk diagnos höftledsartros (C) Är diagnosen höftledsartros? • Ja: fortsätt till block (D) • Nej: (definitiv annan diagnos) – Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas **Förslag på diagnoskoder** *ICD-10-SE, förslag:* • M160 Primär koxartros, dubbelsidig • M161 Annan primär koxartros • M164 Posttraumatisk koxartros, dubbelsidig • M165 Annan posttraumatisk koxartros • M166 Annan sekundär koxartros, dubbelsidig • M169 Koxartros, ospecificerad *KSH97-P, förslag:* • M16- Höftledsartros	
Start av spår 1: Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling	
Information och dialog om diagnos och planerad behandling **(D)** *Start på Spår 1:* Patienten får information kring diagnosen höftledsartros, dialog kring förlopp, prognos, samt behandling *grundbehandling/tilläggsbehandling* • Behandling enligt behandlingspyramid. Behandlingen planeras och individanpassas utifrån patientens individuella behov: – Sociala faktorer, psykosociala faktorer – Kunskap kring artros – Arbetssituation – Sömnkvalitet – Patientens motivation – Attityder till träning – Samsjuklighet	• Dialog kring diagnos • Delta i beslut om behandling • Delta i diskussion om förväntningar samt mål med behandlingen • Delta i beslut om individanpassade behandlingsalternativ såsom individuell/grupp/ digital behandling/rehab

REMISSVERSION

Upprättande av behandlingsplan och dokumentation (E) • Dialog med patienten om nästa steg och tid för nästa kontakt. • Information om vårdens kontaktperson, kontaktvägar och när det är viktigt att patienten tar kontakt. • Dokumenteras i journal.	• Delta i upprättande av behandlingsplan
Behandlingsblock: Grundbehandling och eventuell tilläggsbehandling (F) • Grundbehandling enligt behandlingspyramiden: – Individuellt anpassad behandling: individuell/grupp/ digitalt – Individuellt anpassad träning – Information kring diagnos, egenvård mm – Viktkontroll vid behov • Tilläggsbehandling vid behov: – Läkemedel (analgetika) – Hjälpmedel – Symtomlindring, ex TENS, samtalsterapi • Behandlingsblocket kan variera i tid; dvs förlöpa under flera månader, alternativt ett kortare vårdförlopp vid påtagliga symptom eller utebliven effekt. • Behandling kan ske parallellt hos fysioterapeut, arbetsterapeut, läkare eller dietist.	• Delta i behandling utifrån upprättad behandlingsplan
Uppföljningsblock: Uppföljning grund- och eventuell tilläggsbehandling (G) • Patienten har genomgått grund- och eventuellt tilläggsbehandling. • Uppföljning och utvärdering med fysioterapeut vad gäller funktionsnivå och smärtsituation (obligatoriskt) eller läkare vid behov.	
Information och dialog (H) Information och dialog med patienten om fortsatt egenvård. Informera patienten om vårdens kontaktperson och kontaktvägar vid behov av förnyad kontakt med vården. Dokumentera i journal.	• Delta i uppföljning av behandlingsplan. • Delta i diskussion om förväntningar på livsstilsförändringar och hur dessa ska vidmakthållas. • Delta i diskussion kring fortsatt egenvård genom träning, eventuell viktkontroll och hantering av besvär. • Kontakta fysioterapeut/läkare vid kraftigt ökad smärta för ställningstagande till tilläggsbehandling/remiss för ortopedisk bedömning.

REMISSVERSION

Beslut: Acceptabel funktions- och smärtsituation (I) Uppnådd självrapporterad acceptabel funktions- och smärtsituation? • Ja: Fortsätt till block (I) • Nej: Fortsätt till ny utredning, block (K)	• Informera och diskutera funktions- och smärtsituation
Revidering av behandlingsplan – dokumentation (J)	
Försämrat tillstånd/utebliven förbättring trots grund- och eventuell tilläggsbehandling **(Start av spår 2: Behov av ortopedisk bedömning)**	
Utredningsblock: Ny utredning (K) • Besök hos läkare/fysioterapeut med ny utredning av patientens funktions- och smärtsituation. • Slätröntgen med vid oklar diagnos och inför remiss för ortopedisk bedömning. • Aktuell för ortopedisk bedömning - Ja: fortsätt till block (L). - Nej: fortsätt till block (E) • Vid oklar diagnos: utesluta differentialdiagnoser • Differentialdiagnos föreligger: avslut vårdförlopp på grund av differentialdiagnos	• Fortsätta egenvård genom träning, eventuell viktkontroll och hantering av besvär.
Information och dialog (L) Information och dialog med patienten kring remittering, ev. operation, samt om fortsatt egenvård. Informera patienten om vårdens kontaktperson, kontaktvägar och vid behov av förnyad kontakt med vården. Dokumenteras i journal.***Error! Reference source not found.***	• Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning. • Fortsätta egenvård genom träning, eventuell viktkontroll och att hantering av besvär.
Beslut: Remiss för ortopedisk bedömning (M) Patienten aktuell för proteskirurgi baserat på remisskriterier enligt NKK: - Oacceptabel smärta trots analgetika - Vilovärk och/eller nattlig smärta - Svår funktionsinskränkning (behov av sjukskrivning) - Kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling Tillfråga patient om de är intresserade av operation. Vidare till (J) för reviderad behandlingsplan och avslut.	• Delta i beslut om eventuell operation. • Diskutera förväntningar på ortopedisk bedömning.
Revidering av behandlingsplan – dokumentation (J)	
Remiss för ortopedisk bedömning –utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförlopp avslutas.	

REMISSVERSION

Tabell 2. Checklista klinisk diagnos höftledsartros (8, 9)

Anamnes/riskfaktorer	**Symtom**
Ålder (45+)	Höftsmärta
Övervikt	Funktionsnedsättning
Hereditet	Stelhet vid inaktivitet
Tidigare ledskada	**Status**
Högt ledbelastande arbete	Nedsatt och smärtsam höftflexion, inåtrotation, abduktion
Hög ledbelastning under fritid	Ändrat gångmönster, hälta, upphakningar, låsningar

Tabell 3. Remisskriterier till ortopeden enligt NKK (10)

Kirurgi *kan* vara aktuellt då patienten har
Oacceptabel smärta trots analgetika
Vilo- och nattliga smärtor
Svår funktionsinskränkning (behov av sjukskrivning)
Kvarstående besvär trots adekvat grundbehandling.

2.3 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Vårdförlopp höftledsartros bygger till stor del på att patienten är delaktig och har ett egenansvar i behandlingen. Patienten ska vara välinformerad om diagnosen och den icke kirurgiska behandlingen vid höftledsartros och denna information ingår i grundbehandlingen vid artros. I grundbehandling ingår även diskussion om hur levnadsvanor kan påverka besvären vid höftledsartros och fördelarna med fysisk träning som kan leda till minskade besvär. Dessutom ingår handledd fysisk träning utifrån individens förutsättningar. Detta leder ofta till att patientens oro minskar och att patienten får verktyg för att hantera sina besvär.

Det är också viktigt att patienten vet var hen ska vända sig vid ökade besvär för att få hjälp. Då kan det exempelvis finnas behov av att förändra den fysiska träningen eller av tilläggsbehandling enligt behandlingspyramiden. Det kan också behövas en ny bedömning och då kan patienten anses aktuell för proteskirurgi och då ska hen remitteras till röntgen och vidare för ortopedisk bedömning.

REMISSVERSION

3 Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros

Flera indikatorerna hämtas från kvalitetsregistret BOA. Registret uppger stora svårigheter att med rimlig säkerhet fastslå täckningsgrad på individnivå men uppger en täckningsgrad på 67% för år 2018. Som alla kvalitetsregister innehåller BOA enbart patienter som diagnostiserats med artros, medan vårdförloppet avser patienter med möjlig höftledsartros.

Socialstyrelsen publicerar i april 2020 en remissversion av nya nationella riktlinjer för artros. Arbetsgruppen har haft underhandsmöten med Socialstyrelsen om detta men ännu återstår tid innan den slutliga versionen fastställs. Först då står det klart vilka indikatorer som kommer att användas. En revidering av indikatorer för vårdförlopp höftledsartros kan komma att göras när de nya nationella riktlinjerna är beslutade.

För en av indikatorerna föreslår arbetsgruppen användning av PrimärvårdsKvalitet (PVQ) som datakälla och har även önskemål om att därifrån erhålla nya indikatorer. En uppföljning på nationell nivå från PVQ för befintliga indikatorer kan troligen bli möjlig under år 2020. Möjligheten att erhålla nya indikatorer hanteras i PVQ:s årliga procedur för revidering av indikatorer.

Indikatorer och processmått är valda för att svara mot angivna utmaningar och mål för patientgruppen och de har koppling till god vårdkriterierna. De flesta indikatorer hämtas från kvalitetsregistren BOA och SHPR. Kvalitetsregistret har en begränsad täckningsgrad i nuläget vilket medför att de redovisade resultaten inte kan ses som helt representativa. Åtgärder för att förbättra täckningsgraden behöver diskuteras. Några indikatorer hämtas från Primärvårdskvalitet.

REMISSVERSION

3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått)

Tabell 4. Utfallsmått.

Indikator	Målvärde	Mätning och återapportering	Källa
Andel patienter som är nöjda med den hjälp de har fått att hantera sin diagnos efter deltagande i grundbehandling	*≥80 procent*	*kontinuerlig*	BOA (Finns ej som KVÅ-kod)
Andelen patienter som efter genomgången grundbehandling når målet för smärtreduktion (enligt NRS Numeric rating Scale)	*2 enheters förbättring mellan första besök och 3 månader i enlighet med BOA.* *2 enheters förbättring anses som ”Much better”*	*kontinuerlig*	BOA, första besöket och 3 månader
Andel patienter som når upp i tillräcklig fysisk aktivitet >150 minuter/vecka, efter grundbehandling	*≥80 procent*	*kontinuerlig*	BOA, 3 månader

3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått)

Tabell 5. Processmått.

Indikator	Målvärde	Mätning och återapportering	Källa
Medelålder vid förstagångsdiagnos höftledsartros	*≤63 år*	*kontinuerlig*	Primärvårdskvalitet (PVQ) – NY
Andel patienter som röntgenundersökts före grundbehandling	*<50 procent*	*kontinuerlig*	BOA
Patientutbildning och individuellt anpassad träning vid artros	*≥90 procent*	*kontinuerlig*	BOA
Andel patienter som deltagit i patientutbildning och träning före operation med höftledsprotes bland personer med höftledsartros	*Fysioterapeut ≥90 procent* *Grundbehandling/artrosskola ≥80 procent*	*kontinuerlig*	SHPR

REMISSVERSION

4 Referenser

1. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. Annals of the rheumatic diseases. 2014;73(9):1659-64.
2. Turkiewicz A, Petersson IF, Bjork J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. Osteoarthritis and cartilage. 2014;22(11):1826-32.
3. Brandt KD, Radin EL, Dieppe PA, van de Putte L. Yet more evidence that osteoarthritis is not a cartilage disease. Annals of the rheumatic diseases. 2006;65(10):1261-4.
4. Hunter DJ, McDougall JJ, Keefe FJ. The symptoms of osteoarthritis and the genesis of pain. The Medical clinics of North America. 2009;93(1):83-100, xi.
5. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. British medical bulletin. 2013;105:185-99.
6. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis and cartilage. 2019.
7. Jonsson T, Eek F, Dell'Isola A, Dahlberg LE, Ekvall Hansson E. The Better Management of Patients with Osteoarthritis Program: Outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. PloS one. 2019;14(9):e0222657.
8. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis and rheumatism. 1991;34(5):505-14.
9. National Clinical Guideline C. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Osteoarthritis: Care and Management in Adults. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK)
10. Sveriges Regioner. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Rörelseorganen. Höftledsartros. 2019. https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer rörelseorganens sjukdomar. Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2012-5-1. 2012.

REMISSVERSION

5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros

Nationellt kliniskt kunskapsstöd för höftledsartros och nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar har utgjort grund för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros och för utformningen av flödesschema och åtgärdstabell. Därför står till exempel att röntgen endast ska göras då operation övervägs eller vid utredning om differentialdiagnos eftersom tidig artros inte kan upptäckas med röntgen och riskerar att skjuta upp diagnostisering och grundbehandling. Resultat från BOA registret visar på att patienter med höftledsartros som erbjuds grundbehandlingen via artrosskola minskar sin smärtintensitet, smärtfrekvens och sitt intag av läkemedel på grund av artros (7).

5.1 Kunskapsunderlag

Sveriges Regioner. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Rörelseorganen. Höftledsartros. 2019. https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer rörelseorganens sjukdomar. Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit. Stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2012-5-1. 2012.

5.2 Arbetsprocess

- Arbetet med att ta fram personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp höftledsartros har pågått under oktober 2019 till januari 2020.
- Fysiska arbetsmöten: fem heldagsmöten.
- Skypemöten för avstämning: 4 stycken.
- Arbetsgruppen arbetade med olika avsnitt i mindre grupperingar.
- Planeringsmöten ordförande och processtöd.

REMISSVERSION

Tabell 6. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Ev övrig roll i arbetsgruppen
Anna Norman Kjellström	Med Dr	Strateg	Koncernkontoret, data och analys	Västra Götalands-regionen	Processledare
Charlotte Bocké	MSc specialistkompetens inom ortopedi	Leg. sjukgymnast, MSc specialistkompetens inom ortopedi	SLL/SLSO Primärvårdsrehab	Region Stockholm	
Gudrun Greim	Med Dr	Specialist i allmänmedicin, NKK ämnesgruppsordförande rörelseorganen	Närhälsan	Västra Götalands-regionen	NKK ämnesgrupps ordförande rörelseorganen
Gunilla Limbäck Svensson	Med Dr	Registerrepresentant och registerhållare för BOA	Registercentrum Västra Götaland	Västra Götalands-regionen	Ordförande
Karin Samsson	Med Dr	Leg fysioterapeut	Ortho center Göteborg	Västra Götalands-regionen	
Kristin Gustafsson	doktorand	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Rehabiliteringscentrum, Område 5 Jönköping	Region Jönköpings län	
Magnus Peterson	Med Dr	Specialist i allmänmedicin	Uppsala universitet	Region Uppsala	
Mats Geijer	Professor	Överläkare i radiologi	Göteborgs universitet, Sahlgrenska universitetssjukhuset	Västra Götalands-regionen	
Maziar Mohaddes	Docent	Överläkare ortopedi	Sahlgrenska universitetssjukhuset, Mölndal	Västra Götalands-regionen	Kontaktperson nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar
Ove Oksvold	Med Dr	Specialist i allmänmedicin	Capio vårdcentral Slussen	Region Stockholm	
Ritva Elg		Patientföreträdare/psykolog	Reumatikerförbundet	Region Stockholm	
Thérése Jönsson	doktorand	Specialistsjukgymnast i ortopedi	Skånes Universitetssjukhus	Södra sjukvårdsregionen	

Referensgrupp

- Svenska höft- och knäföreningen, styrelsen.
- Deltagare i facebookgrupp höftledsopererade – fick möjlighet att lämna synpunkter via mail till processtödet.
- Alliansen för rörelseorganens sjukdomar ARoS – två patientrepresentanter har lämnat synpunkter på mål och utmaningar.

REMISSVERSION

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Höftledsartros

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Övergripande mål med detta vårdförlopp inom primärvård är att fler patienter ska få rätt vård i rätt tid, lika behandling och öka kunskapen om höftledsartros bland både patienter och hälso-och sjukvårdspersonal. Patienterna ska få en tidig, klinisk diagnos, och därmed även grundbehandling, i ett tidigare skede. Det kan bidra till att minska smärta och öka patientens fysiska funktion. Vårdförloppet syftar också till att öka individens möjligheter till att vara delaktig i vård och behandling, samt till att ta eget ansvar för träning och livsstilsförändringar.

Vårdförloppet grundar sig på nationella riktlinjer och Nationellt kliniskt kunskapsstöds rekommendationer, och ambitionen är att ge stöd till primärvården avseende diagnostisering och behandling av höftledsartros. På sikt medför vårdförloppet också en möjlighet att undvika vård som inte är medicinskt motiverad, exempelvis röntgenundersökningar i ett allt för tidigt skede av sjukdomen eftersom det inte underlättar diagnostisering. Då grundbehandling sätts in i ett tidigare skede kan operation med höftledsprotes i vissa fall senareläggas och i andra fall helt undvikas, och vid planerad operation medför tidigt insatt grundbehandling att patienten är bättre förberedd för operationen.

För regionerna kan vårdförloppet initialt komma att kräva en investering i riktade utbildningsinsatser, så att fler medarbetare inom framförallt primärvården kan diagnostisera och behandla patienter med höftledsartros. Detta gäller inte minst inom yrkesgruppen fysioterapeuter, då det inom vårdförloppet rekommenderas att fysioterapeuter tilldelas ett utökat ansvar, och tillika resurser, för patienter med misstänkt samt bekräftad höftledsartros. Rekommendationen baseras på att grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet och att många patienter idag remitteras till ortopeden i ett för tidigt skede vilket leder till onödigt långa väntetider till ortopedisk bedömning.

Remissversion

Innehållsförteckning

1 Om konsekvensbeskrivningen 3

2 Konsekvenser 3

2.1 Omfattning 3

2.2 Nytta eller risker för individen 3

2.3 Etiska aspekter 7

2.4 Verksamhet och organisation 8

2.5 Kostnader 8

2.6 Kompetensförsörjning 10

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 11

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 11

2.9 Uppföljning 11

2.10 Övriga konsekvenser 11

Remissversion

1 Om konsekvensbeskrivningen

NPO rörelseorganens sjukdomar ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. NAG vårdförlopp inom höftledsartros har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, patientföreträdare, expertis inom uppföljning. Ordförande i arbetsgruppen var Gunilla Limbäck Svensson. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom höftledsartros färdigställdes i mitten av januari 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Uppgifter om incidens och prevalens varierar utifrån vilka diagnoskriterier som har använts för att ställa diagnos (kliniska, radiologiska eller självrapporterade). Incidens av kliniskt diagnostiserad artros beräknas vara runt 2,1/1 000 personer per år och sjukdomen är något vanligare hos kvinnor än bland män. Prevalensen av klinisk och/eller radiologisk diagnostiserad höftledsartros är runt 6 procent hos individer över 45 år.

Vårdförloppet för höftledsartros omfattar samtliga personer med misstänkt höftledsartros samt personer med tidigare diagnostiserad höftledsartros där symptomen försämras. Alla patienter ska erbjudas grund- och tilläggsbehandling. I vissa fall är grundbehandling den enda behandling som behövs för att uppnå acceptabel funktions- och smärtnivå, men grundbehandling kan också vara en del av förberedelserna inför kirurgi. Ett fåtal patienter behöver bli opererade med total höftledsprotes. Uppskattningsvis är mer än hälften av de patienter som remitteras till en ortopedklinik inte aktuella för kirurgisk åtgärd.

Årligen opereras drygt 15 000 patienter med höftproteser i Sverige på grund av artros, därtill genomförs cirka 2000 reoperationer av redan höftprotesopererade patienter enligt Svenska Höftprotesregistret. Andelen patienter som deltagit i artrosskola/fått grundbehandling innan operation har stigit från 22 procent år 2015 till 45 procent år 2018, men variationen mellan regioner är stor (32–70 procent). Andelen som träffat fysioterapeut före operation är 76 procent 2018 enligt Svenska Höftprotesregistret. Ambitionen är att detta kunskapsstöd skall bidra till en ökad medvetenhet om höftledsartros inom primärvården så att fler patienter kan erbjudas tidigt insatt och korrekt behandling.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet för höftledsartros medför att patienter får grundbehandling insatt tidigare i sjukdomsförloppet, vilket kan bidra till minskade symtom och funktionsnedsättningar. Det är av största vikt att detta vårdförlopp, som beskriver åtgärder inom primärvården, följs upp med ett vårdförlopp som även utarbetar remisskriterier inför den ortopediska bedömningen. Dessutom behöver åtgärder i samband med operation och postoperativ rehabilitering beskrivas i ett nytt, utökat vårdförlopp.

Remissversion

I dagsläget är variationen i omhändertagande ganska stor i landet och de förändringar vårdförloppet kan medföra för individen beror på befintliga lokala rutiner; idag remitteras en del patienter tidigt till röntgen och ortopedisk bedömning vilket kan medföra försenad grundbehandling, medan andra patienter redan idag får behandling i enlighet med befintliga riktlinjer och kunskapsstöd. För den förra gruppen medför införandet av vårdförloppet en större förändring än vad det gör för den senare, och det finns en risk att en del patienter kommer uppleva att tillgången till god vård försämras då varken röntgen och/eller ortopedspecialistkontakt erbjuds tidigt i vårdförloppet. Det är då viktigt att vårdgivare förklarar de olika fördelarna med grund- och tilläggsbehandling på ett pedagogiskt sätt som passar den enskilda patienten.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför.

Nytta *Beskriv kort patientnyttan*	**Kommentar** *Utveckla på vilket sätt detta är till nytta för patienten. Uppskatta om möjligt storleken på förbättringarna, hur många patienter berörs och på vilket sätt*
Patienten får en klinisk diagnos, istället för diagnos baserad på röntgen.	Tidig klinisk diagnos kan ge förutsättningar för att grundbehandling påbörjas tidigare och att patientens symtom och funktionsnedsättning minskar. Röntgen är i ett tidigt skede av höftledsartros inte tillförlitligt för att ställa eller utesluta diagnosen. Därför är klinisk diagnos att föredra.
Patienter får grundbehandling tidigare i sjukdomsförloppet.	Symtom och funktionsnedsättning minskar.
Vård på rätt vårdnivå – fler patienter får handläggning som står i paritet med faktiskt behov.	Patienten får bedömning, diagnos och behandling av fysioterapeut inom primärvården. Detta kommer förmodligen medföra att färre och ett mer adekvat urval patienter remitteras för ortopedisk bedömning, vilket kan medföra kortare väntetider för ortopedisk bedömning.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess.
Patientens förutsättningar till delaktighet förbättras i och med en tydlig behandlingsplan som diskuteras tillsammans med patienten.	Ökad delaktighet för patienten medför ökat medbestämmande samt respekt för och beaktning av individuella behov. Det förbättrar också följsamheten i behandling.
Ökad kunskapsnivå om höftledsartros i befolkningen och i vården.	Leder till ökad möjlighet till vård enligt nationella riktlinjer och kunskapsstöd.

Vårdförloppet inom höftledsartros kan även komma att medföra vissa nya risker för individen. Dessa skall hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppet. I tabellen nedan (Tabell 2) summeras riskerna och beskriver uppskattade riskvärden. Samtliga risker har av arbetsgruppen bedömts som acceptabla i relation till nyttan som kunskapsstödet medför. Deltagare i arbetsgruppen känner dock en oro för att det kommer att fastställas allt för många vårdförlopp inom vården och att detta då snarare kan upplevas som en belastning än att det underlätta för vården.

Remissversion

Tabell 2. Potentiella patientrisker som kunskapsstödet medför.

Risker *Beskriv vad risken berör och hur den påverkar förändringen*	**Sannolikhet (S)** *1 – 4, där 4 betyder störst sannolikhet och 1 minst*	**Konsekvens** (K) *1 – 4, där 4 betyder störst konsekvens och 1 minst*	**Riskvärde**: *R = S x K*	**Eventuell kommentar eller förslag på åtgärd** *för att eliminera/minska risken*
Ökad sannolikhet för omotiverad vård (utredning av patienter som ej visar sig ha diagnos)	1	1	1	Tidig diagnos av flera patienter som ska undersökas och behandlas på rehabenheter. Detta motverkas till viss del av förväntat minskat antal besök hos ortopedspecialister och till viss del hos allmänläkare.
Införandet av vårdförloppet för diagnos höftledsartros kan leda till kompetensbrist på andra vårdområden – detta då befintlig kompetens fokuseras till vårdförloppet.	1	2	2	Ett större ansvar och större uppgift för rehabenheter kan tränga undan annan rehabilitering. Regionerna kan hantera detta genom exempelvis ökade resurser och nyrekryteringar.
Fokus på att alla med höftsmärta ska ingå i vårdförloppet kan medföra att diagnosen sätts allt för ofta. Kan ge falskt förhöjd prevalens av diagnosen höftledsartros och vård som inte är medicinskt motiverad.	1	1	1	Troligen ofarligt för patienten men kan leda till omotiverad vård.
Risk att en fördröjning av röntgen och/eller ortopedbedömning fördröjer annan, mer farlig sjukdom.	1–2	2–3	2–6	Utvärdera vårdförloppet efterhand. Uppmärksamma denna riskfaktor. Dessa patienter bör hanteras såsom differentialdiagnoser och fångas upp av förnyad undersökning om grundbehandling inte leder till acceptabel smärt- och funktionsnivå.

Remissversion

				Det kan dock kräva ökad kommunikation mellan fysioterapeut och allmänläkare och ortoped.
Risk finns att patienter som har ett snabbt förlopp i sjukdomen måste vänta för länge innan de kommer till rätt vårdnivå/operation.	1	1	1	Utvärdera vårdförloppet efterhand. Uppmärksamma denna riskfaktor. Viktigt med individuell bedömning av varje patient.
Risk för att vårdförloppet följs utan eftertanke vilket kan leda till att patienter ”tvingas” genomgå grundbehandling innan kirurgi trots långt gången artrossjukdom.	1	2	2	Ökad kunskap hos vårdpersonalen och patienterna minskar denna risk.
Gap mellan patientens förväntningar och tillgänglig behandling. Önskemål om röntgen och ortopedbedömning och operation innan grundbehandling genomförts.	1	1	1	Ett pedagogiskt problem som möjligen minskar med ökad kunskap bland vårdprofessioner och hos patienter.
Gap mellan patienters förväntningar och tillgänglig behandling: Rädsla att få fel diagnos gör att patienten söker sig till fler vårdgivare (kanske ingen skillnad mot idag).	1	1	1	Kan medföra missnöje, extra kostnader för vården och patienten, men troligen inga större negativa effekter.
Risk att hamna fel i den initiala delen av vårdförloppet, exempelvis vid hänvisning till fysioterapeut oavsett orsak till höftsmärta. Kan medföra missnöje hos patienten, eventuellt försenad operation och därmed ökade kostnader för sjukskrivning och lidande.	1	1-2	1-2	Viktigt med individuell bedömning av varje patient. Pat bör troligen genomgå grund- och tilläggsbehandling men under en kortare tid.
Risk finns att patienten ej klarar av sin egenvård efter grundbehandling. Patienter känner att de blir ”lämnade” och inte klarar träningen på egen hand.	1	1	1	Tydlig vårdplan så att patienten vet vart hen ska vända sig vid försämring.

Remissversion

Tar tid för vårdpersonal att hålla sig uppdaterad med alla vårdförlopp – konsumerar tid och kan leda till undanträngsel av andra sjukare patienter.	2	1	2	Detta vårdförlopp skiljer sig inte från Socialstyrelsens riktlinjer och Nationellt kunskapsstöd.

2.3 Etiska aspekter

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa tillgänglig och jämlik vård för alla personer, oavsett var de befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppet för höftledsartros. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder som ska gälla samtliga patienter i hela landet vid misstanke om höftledsartros. Detta gäller särskilt tidig klinisk diagnostisering och tidigt insatt grundbehandling.

I vårdförloppet för höftledsartros ligger fokus på en individuell klinisk bedömning av patientens symtom och på undersökningsfynd, vilket ska användas för att, utifrån behandlingspyramiden och tillsammans med patienten, ta fram en individuell behandlingsplan. Patienten ska få kunskap om sjukdomen och hur den kan påverkas via träning och förändrade levnadsvanor. Avsikten är att stimulera patienten till att ta ett fortsatt eget ansvar för sin träning och sina levnadsvanor. En del patienter kommer troligen önska fortsatt träning ”inom sjukvården” för att sköta sin egenvård efter grundbehandling. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är detta inte möjligt utan dessa patienter måste slussas vidare till träning inom friskvården eventuellt via FaR-recept.

Man kan också argumentera för att individens autonomi och integritet kan uppfattas påverkas negativt av detta vårdförlopp, eftersom patientens möjlighet att få röntgen och ortopedisk bedömning minskar. Det är därför viktigt att både patienten och vårdpersonalen har kunskap om evidensbaserad behandling enligt behandlingspyramiden och de goda effekterna som träning kan leda till.

Vårdförloppet bedöms ha följande konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården:

- **Människovärdesprincipen** – ingen uppenbar konsekvens.
- **Behov- och solidaritetsprincipen** - ingen uppenbar konsekvens.
- **Kostnadseffektivitet** – vårdförloppet väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom att operationer senareläggs eller inte behöver utföras, och då patienterna handläggs vid rätt vårdinstans men också då patienten tar större eget ansvar för sin vård. Därtill kan sekundära positiva effekter uppnås vid till exempel viktnedgång, rökstopp och/eller ökad träning, dessa kan i det långa loppet spara pengar för såväl individ som samhälle. Eventuellt kan ett ökat antal patienter i grundbehandling leda till ökad vårdkonsumtion men det bör å andra sidan kompenseras av ovan listad effektivisering.

Remissversion

- Risk för medicinskt omotiverad vård finns, men torde i de flesta fall innebära ett ökat antal undersökningar genomförda av fysioterapeuter vilket inte bedöms ha stor negativ konsekvens för vare sig individ eller samhälle.

Ett ökat fokus på höftledsartros, som detta vårdförlopp medför, bedöms inte leda till undanträngningseffekter för andra diagnoser.

2.4 Verksamhet och organisation

Inga stora övergripande organisatoriska förändringar behöver ske för att vårdförloppet ska fungera.

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med höftledsartros inom primärvården. Dock remitteras allt för många patienter med höftledsartros allt för tidigt till ortoped. Uppskattningsvis är mer än hälften av de patienter som remitteras till ortopedklinik inte aktuella för kirurgisk åtgärd. Detta personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för höftledsartros kan öka patienternas chans till tidig grundbehandling av artros och möjliggör att patienterna får adekvat vård inom lämplig vårdform. Vidare kan ett införande av vårdförloppet medföra att de patienter som skall kallas för ortopedisk bedömning möter kortare väntetider, samt att ortopedmottagningarna får en minskad belastning.

I detta vårdförlopp föreslås att den primära bedömningen av patienter vid misstanke om höftledsartros i första hand ska utföras av fysioterapeuter. Forskning visar att fysioterapeuter i primärvård har kompetens för att bedöma samt behandla patienter med höftledsartros, men en bred utbildningsinsats kan behövas för att möjliggöra en samsyn kring behandling av höftledsartros. Därtill har man på flera håll i Sverige utökat arbetsuppgifter hos fysioterapeuter som nu även remitterar för röntgenundersökningar, vilket har fallit ut väl. Det ställer dock krav på fysioterapeutens kompetens och kräver att möjligheten att diskutera med läkare och radiolog finns. Här kan vidare utbildning av fysioterapeuter riktat mot specifika åtgärder vara lämpliga.

Vårdförloppet betonar vikten av klinisk diagnos för höftledsartros, då förändringar sällan syns på röntgen. Om röntgenundersökning genomförs i ett tidigt stadium av höftledsartros syns ofta inga förändringar på röntgen, trots att patienten kan ha påtagliga besvär. Röntgen tillför därför ingen ytterligare kunskap tidigt i förloppet, utan kan snarare ha en motsatt effekt om diagnosen felaktigt utesluts. Detta vårdförlopp kan därför medföra minskat behov av radiologi. En utbildningsinsats riktad mot allmänläkare och radiologer kan möjliggöra en samsyn kring korrekt diagnostik vid höftledsartros.

2.5 Kostnader

Sammantaget väntas införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom höftledsartros medföra minskade kostnader för hälso- och sjukvården. I ett samhällsekonomiskt perspektiv kan kostnaderna för sjukskrivning minska då patienterna tidigt kommer till grundbehandling av höftledsartros. Vidare kan vårdförloppet medföra att patienten känner sig trygg och omhändertagen och därför inte känner ett behov att söka vård lika frekvent. Det kan också medföra sänkta kostnader avseende färre röntgenundersökningar, minskad medicinering samt minskat antal remisser till specialiserad ortopedisk vård. Om grundbehandlingen ges tidigt till fler patienter kan antalet patienter som behöver operation minska.

Remissversion

Med tanke på att fler patienter ska hänvisas till fysioterapi samt behandlas kan det medföra ökade kostnader inom fysioterapi i primärvård. Detta gäller fram för allt de enheter där behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer ännu inte erbjuds patienter med höftledsartros.

Utbildning av fysioterapeuter och allmänläkare för att uppnå ökad kompetensnivå vad gäller diagnosen artros och grundbehandling, samt utökade arbetsuppgifter för fysioterapeuter (remiss röntgen) kan också medföra en kostnadsökning inom primärvården. Även utbildning av radiologer kan medföra ökade kostnader.

För att kunna följa de indikatorer som föreslås i Socialstyrelsens riktlinjer och från vårdförloppet vid höftledsartros bör enheterna registrera diagnos- och behandlingskoder, samt registrera i BOA-registret. Dessa registreringar anses ofta ta för mycket tid i anspråk av enheterna inom primärvården och ökar primärvårdens kostnader. I Västra Götalandsregionen ersätts enheterna då de registrerar i BOA-registret, detta har lett till ökat antal registreringar i BOA-registret. Det skulle vara en positiv utveckling om även andra regioner följde Västra Götalandsregionens exempel genom att ge enheter kostnadstäckning för registrering i nationella register alternativt att digitala lösningar med direktkoppling till kvalitetsregister och journalsystem skapas.

Tabell 3. 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	Oförändrade
Utrustning	Oförändrade
IT-system	Oförändrade
Personal	När fler patienter hänvisas till fysioterapi samt behandlas kan ökade personalkostnader inom fysioterapi i primärvård uppstå. Detta gäller särskilt de enheter där behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer för grundbehandling av artros ännu inte erbjuds patienter med höftledsartros. De generella personalkostnaderna väntas kunna sänkas genom att grundbehandlingen ges tidigt till fler patienter vilket i sin tur kan minska andelen patienter som måste opereras. Personalkostnaderna skulle också kunna sänkas om vårdförloppet medför att patienten känner sig trygg och omhändertagen och därför inte söker vård lika frekvent.
Utbildning	Kompetensutvecklingsinsatser till fysioterapeuter och allmänläkare kring diagnosen artros och grundbehandling, och för att möjliggöra en samsyn kring behandling av höftledsartros. Troligen behövs inge längre utbildningsinsats för att möjliggöra samsyn. Utbildning av radiologer.
Utredning och diagnossättning	Införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom höftledsartros kan sänka kostnaderna för utredning med hjälp av en ökad tydlighet i diagnostisering och färre röntgenundersökningar, samt minskat antal remisser till specialiserad ortopedisk vård.

Remissversion

Behandling	Behandlingskostnader kan komma att öka inom fysioterapi i primärvård, speciellt på de enheter där behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer för grundbehandling av artros inte ännu är en del av de åtgärder som erbjuds patienter med höftledsartros. Samtidigt kan införandet medföra sänkta kostnader avseende minskad medicinering, då grundbehandling erbjuds som första insats vid sjukdomen.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka något på grund av ytterligare uppgifter kopplat till upprättande och löpande uppdatering av nya indikatorer.
Andra kostnader	Ökad tidsåtgång för kodning av diagnos och behandling samt registrera i nationella kvalitetsregister.

2.6 Kompetensförsörjning

Tabell 4. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp.

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för diagnos höftledsartros?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos befolkningen om höftledsartros samt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom höftledsartros.	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad till allmänheten.	
Öka kunskap hos professionen nationellt om personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom höftledsartros.	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och andra relevanta parter i primärvård.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om bedömning, behandling samt tilläggsbehandling såsom röntgen och vidare remittering.	Fortbildning för fysioterapeuter som arbetar med höftledsartros i, remissförfarande för röntgen, bedömning av röntgensvar.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om bedömning av röntgen	Fortbildning för radiologer kring tydligare kliniska svar kring tidig artros och eventuellt uteblivna fynd på röntgen.	Regionerna

Remissversion

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Detta kunskapsstöd baseras delvis på nationella riktlinjer för artros och vårdförloppet medför troligtvis att dessa kommer att stärkas och öka i implementering.

Vårdförloppet för höftledsartros kompletterar den befintliga rekommendationen ”för höftledsartros” i Nationellt kliniskt kunskapsstöd särskilt vad gäller klinisk diagnosställning. Detta för att stödja vårdpersonal i den kliniska handläggningen.

Vårdförloppet för höftledsartros kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med höftledsartros.

Vårdförloppet för höftledsartros kan bidra till en optimering av befintligt nationellt triageringsverktyg (Rådgivningsstödet, RGS) och patientinformation (1177 Vårdguiden).

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet för höftledsartros kan ha effekt på omställningen till Nära vård på två sätt. Dels genom att rekommenderat flöde innebär en styrning till att fysioterapeuter i primärvården omhändertar patienter med höftledsartros i större utsträckning, dels genom att grundbehandling inom primärvården erbjuds innan remiss för ortopedisk bedömning skrivs. Detta ökar chanserna till att rätt patient kommer till rätt vårdgivare i rätt tid, vilket är till fördel är såväl patienter, vårdgivare och samhället i stort.

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för diagnos höftledsartros leder till vissa förändringar i behov av uppföljning, då många av indikationerna följs upp via BOA-registret och det i dagsläget endast är ca 470 enheter inom primärvården som rapporterar data till registret jämfört med de ca 600 enheter som uppskattas erbjuda grundbehandling. Om vårdförloppet ska följas upp heltäckande i Sverige behövs ett uppstartsarbete för att etablera rapportering på samtliga behandlande enheter. Regionerna behöver därför säkerställa att primärvårdens fysioterapeuter har möjlighet att avsätta tid för att registrera alternativt att digitala lösningar med direktkoppling till BOA-registret skapas för att öka täckningsgraden – målsättningen är att alla patienter med höftledsartros ska ges möjlighet att registreras i BOA-registret.

Eftersom tillgången till data för uppföljning är osäker och/eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta under kommande år.

2.10 Övriga konsekvenser

Att patienten kan få en tydlig information om höftledsartros via 1177 Vårdguiden och eventuellt starta egenträning före första vårdkontakten. Detta skulle kunna påverka patientens sjukdomsförlopp i positiv riktning ännu tidigare i sjukdomsförloppet. Till detta krävs en anpassning av 1177 Vårdguiden.

En automatiserad digital anamnestagning skulle behöva utvecklas i samarbete med 1177 Vårdguiden.

Eftersom de flesta regioner inom några år får nya vårdinformationssystem med integrerade beslutstöd kan och bör vårdförloppet höftledsartros integreras med dessa system. Vårdförloppet för

Remissversion

höftledsartros kan i framtiden fungera som utgångpunkt i framtagandet av ett AI-styrt beslutstöd för de nya vårdinformationsystemen. En interaktiv guide till vårdflödet skulle kunna ge en tydlig vägledning för en säker klinisk diagnosställning och identifiering av differentialdiagnoser eller behov av alternativ utredning.

Inom ramen för framtidens IT – stöd kan radiologernas röntgensvar automatiserat eller individuellt anpassas relaterat till föreliggande fynd så att det framgår tydligt i röntgensvaret att en tidig artros inte syns radiologiskt. På detta sätt påminns vårdgivaren och patienten direkt att överväga om diagnosen höftledsartros kvarstår trots ett ”negativt” röntgensvar.

Vårdförloppet för höftledsartros kan vara underlag för framtagningen av en patientcentrerad stöd- och behandlingsplattform för artros (1177 Vårdguidens e-tjänster/ Inera). Detta skulle på sikt kunna främja en jämlik artrosbehandling.

Utveckling av en automatiserad anamnestagning och digitalt besluts- och behandlingsstöd i kombination med journal på nätet ger garant för en utökad patientcentrering.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Höftledsartros

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Övergripande mål med detta vårdförlopp inom primärvård är att fler patienter ska få rätt vård i rätt tid, lika behandling och öka kunskapen om höftledsartros bland både patienter och hälso-och sjukvårdspersonal. Patienterna ska få en tidig, klinisk diagnos, och därmed även grundbehandling, i ett tidigare skede. Det kan bidra till att minska smärta och öka patientens fysiska funktion. Vårdförloppet syftar också till att öka individens möjligheter till att vara delaktig i vård och behandling, samt till att ta eget ansvar för träning och livsstilsförändringar.

Vårdförloppet grundar sig på nationella riktlinjer och Nationellt kliniskt kunskapsstöds rekommendationer, och ambitionen är att ge stöd till primärvården avseende diagnostisering och behandling av höftledsartros. På sikt medför vårdförloppet också en möjlighet att undvika vård som inte är medicinskt motiverad, exempelvis röntgenundersökningar i ett allt för tidigt skede av sjukdomen eftersom det inte underlättar diagnostisering. Då grundbehandling sätts in i ett tidigare skede kan operation med höftledsprotes i vissa fall senareläggas och i andra fall helt undvikas, och vid planerad operation medför tidigt insatt grundbehandling att patienten är bättre förberedd för operationen.

För regionerna kan vårdförloppet initialt komma att kräva en investering i riktade utbildningsinsatser, så att fler medarbetare inom framförallt primärvården kan diagnostisera och behandla patienter med höftledsartros. Detta gäller inte minst inom yrkesgruppen fysioterapeuter, då det inom vårdförloppet rekommenderas att fysioterapeuter tilldelas ett utökat ansvar, och tillika resurser, för patienter med misstänkt samt bekräftad höftledsartros. Rekommendationen baseras på att grundbehandling har bäst effekt om den sätts in tidigt i artrosförloppet och att många patienter idag remitteras till ortopeden i ett för tidigt skede vilket leder till onödigt långa väntetider till ortopedisk bedömning.

Remissversion

Innehållsförteckning

1 Om konsekvensbeskrivningen 3
2 Konsekvenser 3
2.1 Omfattning 3
2.2 Nytta eller risker för individen 3
2.3 Etiska aspekter 7
2.4 Verksamhet och organisation 8
2.5 Kostnader 8
2.6 Kompetensförsörjning 10
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 11
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 11
2.9 Uppföljning 11
2.10 Övriga konsekvenser 11

Remissversion

1 Om konsekvensbeskrivningen

NPO rörelseorganens sjukdomar ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. NAG vårdförlopp inom höftledsartros har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård, patientföreträdare, expertis inom uppföljning. Ordförande i arbetsgruppen var Gunilla Limbäck Svensson. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom höftledsartros färdigställdes i mitten av januari 2020.

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Uppgifter om incidens och prevalens varierar utifrån vilka diagnoskriterier som har använts för att ställa diagnos (kliniska, radiologiska eller självrapporterade). Incidens av kliniskt diagnostiserad artros beräknas vara runt 2,1/1 000 personer per år och sjukdomen är något vanligare hos kvinnor än bland män. Prevalensen av klinisk och/eller radiologisk diagnostiserad höftledsartros är runt 6 procent hos individer över 45 år.

Vårdförloppet för höftledsartros omfattar samtliga personer med misstänkt höftledsartros samt personer med tidigare diagnostiserad höftledsartros där symptomen försämras. Alla patienter ska erbjudas grund- och tilläggsbehandling. I vissa fall är grundbehandling den enda behandling som behövs för att uppnå acceptabel funktions- och smärtnivå, men grundbehandling kan också vara en del av förberedelserna inför kirurgi. Ett fåtal patienter behöver bli opererade med total höftledsprotes. Uppskattningsvis är mer än hälften av de patienter som remitteras till en ortopedklinik inte aktuella för kirurgisk åtgärd.

Årligen opereras drygt 15 000 patienter med höftproteser i Sverige på grund av artros, därtill genomförs cirka 2000 reoperationer av redan höftprotesopererade patienter enligt Svenska Höftprotesregistret. Andelen patienter som deltagit i artrosskola/fått grundbehandling innan operation har stigit från 22 procent år 2015 till 45 procent år 2018, men variationen mellan regioner är stor (32–70 procent). Andelen som träffat fysioterapeut före operation är 76 procent 2018 enligt Svenska Höftprotesregistret. Ambitionen är att detta kunskapsstöd skall bidra till en ökad medvetenhet om höftledsartros inom primärvården så att fler patienter kan erbjudas tidigt insatt och korrekt behandling.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet för höftledsartros medför att patienter får grundbehandling insatt tidigare i sjukdomsförloppet, vilket kan bidra till minskade symtom och funktionsnedsättningar. Det är av största vikt att detta vårdförlopp, som beskriver åtgärder inom primärvården, följs upp med ett vårdförlopp som även utarbetar remisskriterier inför den ortopediska bedömningen. Dessutom behöver åtgärder i samband med operation och postoperativ rehabilitering beskrivas i ett nytt, utökat vårdförlopp.

Remissversion

I dagsläget är variationen i omhändertagande ganska stor i landet och de förändringar vårdförloppet kan medföra för individen beror på befintliga lokala rutiner; idag remitteras en del patienter tidigt till röntgen och ortopedisk bedömning vilket kan medföra försenad grundbehandling, medan andra patienter redan idag får behandling i enlighet med befintliga riktlinjer och kunskapsstöd. För den förra gruppen medför införandet av vårdförloppet en större förändring än vad det gör för den senare, och det finns en risk att en del patienter kommer uppleva att tillgången till god vård försämras då varken röntgen och/eller ortopedspecialistkontakt erbjuds tidigt i vårdförloppet. Det är då viktigt att vårdgivare förklarar de olika fördelarna med grund- och tilläggsbehandling på ett pedagogiskt sätt som passar den enskilda patienten.

Tabell 1. Potentiell nytta för individen som kunskapsstödet medför.

Nytta *Beskriv kort patientnyttan*	**Kommentar** *Utveckla på vilket sätt detta är till nytta för patienten. Uppskatta om möjligt storleken på förbättringarna, hur många patienter berörs och på vilket sätt*
Patienten får en klinisk diagnos, istället för diagnos baserad på röntgen.	Tidig klinisk diagnos kan ge förutsättningar för att grundbehandling påbörjas tidigare och att patientens symtom och funktionsnedsättning minskar. Röntgen är i ett tidigt skede av höftledsartros inte tillförlitligt för att ställa eller utesluta diagnosen. Därför är klinisk diagnos att föredra.
Patienter får grundbehandling tidigare i sjukdomsförloppet.	Symtom och funktionsnedsättning minskar.
Vård på rätt vårdnivå – fler patienter får handläggning som står i paritet med faktiskt behov.	Patienten får bedömning, diagnos och behandling av fysioterapeut inom primärvården. Detta kommer förmodligen medföra att färre och ett mer adekvat urval patienter remitteras för ortopedisk bedömning, vilket kan medföra kortare väntetider för ortopedisk bedömning.
Patientsäkerheten förbättras genom ett tydligt vårdförlopp baserat på nationella riktlinjer.	Förutsägbarhet och tydliga åtgärder stödjer en mer patientsäker vårdprocess.
Patientens förutsättningar till delaktighet förbättras i och med en tydlig behandlingsplan som diskuteras tillsammans med patienten.	Ökad delaktighet för patienten medför ökat medbestämmande samt respekt för och beaktning av individuella behov. Det förbättrar också följsamheten i behandling.
Ökad kunskapsnivå om höftledsartros i befolkningen och i vården.	Leder till ökad möjlighet till vård enligt nationella riktlinjer och kunskapsstöd.

Vårdförloppet inom höftledsartros kan även komma att medföra vissa nya risker för individen. Dessa skall hanteras i samband med implementering och förvaltning av vårdförloppet. I tabellen nedan (Tabell 2) summeras riskerna och beskriver uppskattade riskvärden. Samtliga risker har av arbetsgruppen bedömts som acceptabla i relation till nyttan som kunskapsstödet medför. Deltagare i arbetsgruppen känner dock en oro för att det kommer att fastställas allt för många vårdförlopp inom vården och att detta då snarare kan upplevas som en belastning än att det underlätta för vården.

Remissversion

Tabell 2. Potentiella patientrisker som kunskapsstödet medför.

Risker *Beskriv vad risken berör och hur den påverkar förändringen*	**Sannolikhet (S)** *1 – 4, där 4 betyder störst sannolikhet och 1 minst*	**Konsekvens** (K) *1 – 4, där 4 betyder störst konsekvens och 1 minst*	**Riskvärde**: *R = S x K*	**Eventuell kommentar eller förslag på åtgärd** *för att eliminera/minska risken*
Ökad sannolikhet för omotiverad vård (utredning av patienter som ej visar sig ha diagnos)	1	1	1	Tidig diagnos av flera patienter som ska undersökas och behandlas på rehabenheter. Detta motverkas till viss del av förväntat minskat antal besök hos ortopedspecialister och till viss del hos allmänläkare.
Införandet av vårdförloppet för diagnos höftledsartros kan leda till kompetensbrist på andra vårdområden – detta då befintlig kompetens fokuseras till vårdförloppet.	1	2	2	Ett större ansvar och större uppgift för rehabenheter kan tränga undan annan rehabilitering. Regionerna kan hantera detta genom exempelvis ökade resurser och nyrekryteringar.
Fokus på att alla med höftsmärta ska ingå i vårdförloppet kan medföra att diagnosen sätts allt för ofta. Kan ge falskt förhöjd prevalens av diagnosen höftledsartros och vård som inte är medicinskt motiverad.	1	1	1	Troligen ofarligt för patienten men kan leda till omotiverad vård.
Risk att en fördröjning av röntgen och/eller ortopedbedömning fördröjer annan, mer farlig sjukdom.	1–2	2–3	2–6	Utvärdera vårdförloppet efterhand. Uppmärksamma denna riskfaktor. Dessa patienter bör hanteras såsom differentialdiagnoser och fångas upp av förnyad undersökning om grundbehandling inte leder till acceptabel smärt- och funktionsnivå.

Remissversion

				Det kan dock kräva ökad kommunikation mellan fysioterapeut och allmänläkare och ortoped.
Risk finns att patienter som har ett snabbt förlopp i sjukdomen måste vänta för länge innan de kommer till rätt vårdnivå/operation.	1	1	1	Utvärdera vårdförloppet efterhand. Uppmärksamma denna riskfaktor. Viktigt med individuell bedömning av varje patient.
Risk för att vårdförloppet följs utan eftertanke vilket kan leda till att patienter ”tvingas” genomgå grundbehandling innan kirurgi trots långt gången artrossjukdom.	1	2	2	Ökad kunskap hos vårdpersonalen och patienterna minskar denna risk.
Gap mellan patientens förväntningar och tillgänglig behandling. Önskemål om röntgen och ortopedbedömning och operation innan grundbehandling genomförts.	1	1	1	Ett pedagogiskt problem som möjligen minskar med ökad kunskap bland vårdprofessioner och hos patienter.
Gap mellan patienters förväntningar och tillgänglig behandling: Rädsla att få fel diagnos gör att patienten söker sig till fler vårdgivare (kanske ingen skillnad mot idag).	1	1	1	Kan medföra missnöje, extra kostnader för vården och patienten, men troligen inga större negativa effekter.
Risk att hamna fel i den initiala delen av vårdförloppet, exempelvis vid hänvisning till fysioterapeut oavsett orsak till höftsmärta. Kan medföra missnöje hos patienten, eventuellt försenad operation och därmed ökade kostnader för sjukskrivning och lidande.	1	1-2	1-2	Viktigt med individuell bedömning av varje patient. Pat bör troligen genomgå grund- och tilläggsbehandling men under en kortare tid.
Risk finns att patienten ej klarar av sin egenvård efter grundbehandling. Patienter känner att de blir ”lämnade” och inte klarar träningen på egen hand.	1	1	1	Tydlig vårdplan så att patienten vet vart hen ska vända sig vid försämring.

Remissversion

Tar tid för vårdpersonal att hålla sig uppdaterad med alla vårdförlopp – konsumerar tid och kan leda till undanträngsel av andra sjukare patienter.	2	1	2	Detta vårdförlopp skiljer sig inte från Socialstyrelsens riktlinjer och Nationellt kunskapsstöd.

2.3 Etiska aspekter

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa tillgänglig och jämlik vård för alla personer, oavsett var de befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför föreligga ur ett jämlikhetsperspektiv på grund av vårdförloppet för höftledsartros. Förhoppningen är att vårdförloppet istället ska bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder som ska gälla samtliga patienter i hela landet vid misstanke om höftledsartros. Detta gäller särskilt tidig klinisk diagnostisering och tidigt insatt grundbehandling.

I vårdförloppet för höftledsartros ligger fokus på en individuell klinisk bedömning av patientens symtom och på undersökningsfynd, vilket ska användas för att, utifrån behandlingspyramiden och tillsammans med patienten, ta fram en individuell behandlingsplan. Patienten ska få kunskap om sjukdomen och hur den kan påverkas via träning och förändrade levnadsvanor. Avsikten är att stimulera patienten till att ta ett fortsatt eget ansvar för sin träning och sina levnadsvanor. En del patienter kommer troligen önska fortsatt träning ”inom sjukvården” för att sköta sin egenvård efter grundbehandling. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är detta inte möjligt utan dessa patienter måste slussas vidare till träning inom friskvården eventuellt via FaR-recept.

Man kan också argumentera för att individens autonomi och integritet kan uppfattas påverkas negativt av detta vårdförlopp, eftersom patientens möjlighet att få röntgen och ortopedisk bedömning minskar. Det är därför viktigt att både patienten och vårdpersonalen har kunskap om evidensbaserad behandling enligt behandlingspyramiden och de goda effekterna som träning kan leda till.

Vårdförloppet bedöms ha följande konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården:

- **Människovärdesprincipen** – ingen uppenbar konsekvens.
- **Behov- och solidaritetsprincipen** - ingen uppenbar konsekvens.
- **Kostnadseffektivitet** – vårdförloppet väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom att operationer senareläggs eller inte behöver utföras, och då patienterna handläggs vid rätt vårdinstans men också då patienten tar större eget ansvar för sin vård. Därtill kan sekundära positiva effekter uppnås vid till exempel viktnedgång, rökstopp och/eller ökad träning, dessa kan i det långa loppet spara pengar för såväl individ som samhälle. Eventuellt kan ett ökat antal patienter i grundbehandling leda till ökad vårdkonsumtion men det bör å andra sidan kompenseras av ovan listad effektivisering.

Remissversion

- Risk för medicinskt omotiverad vård finns, men torde i de flesta fall innebära ett ökat antal undersökningar genomförda av fysioterapeuter vilket inte bedöms ha stor negativ konsekvens för vare sig individ eller samhälle.

Ett ökat fokus på höftledsartros, som detta vårdförlopp medför, bedöms inte leda till undanträngningseffekter för andra diagnoser.

2.4 Verksamhet och organisation

Inga stora övergripande organisatoriska förändringar behöver ske för att vårdförloppet ska fungera.

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med höftledsartros inom primärvården. Dock remitteras allt för många patienter med höftledsartros allt för tidigt till ortoped. Uppskattningsvis är mer än hälften av de patienter som remitteras till ortopedklinik inte aktuella för kirurgisk åtgärd. Detta personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för höftledsartros kan öka patienternas chans till tidig grundbehandling av artros och möjliggör att patienterna får adekvat vård inom lämplig vårdform. Vidare kan ett införande av vårdförloppet medföra att de patienter som skall kallas för ortopedisk bedömning möter kortare väntetider, samt att ortopedmottagningarna får en minskad belastning.

I detta vårdförlopp föreslås att den primära bedömningen av patienter vid misstanke om höftledsartros i första hand ska utföras av fysioterapeuter. Forskning visar att fysioterapeuter i primärvård har kompetens för att bedöma samt behandla patienter med höftledsartros, men en bred utbildningsinsats kan behövas för att möjliggöra en samsyn kring behandling av höftledsartros. Därtill har man på flera håll i Sverige utökat arbetsuppgifter hos fysioterapeuter som nu även remitterar för röntgenundersökningar, vilket har fallit ut väl. Det ställer dock krav på fysioterapeutens kompetens och kräver att möjligheten att diskutera med läkare och radiolog finns. Här kan vidare utbildning av fysioterapeuter riktat mot specifika åtgärder vara lämpliga.

Vårdförloppet betonar vikten av klinisk diagnos för höftledsartros, då förändringar sällan syns på röntgen. Om röntgenundersökning genomförs i ett tidigt stadium av höftledsartros syns ofta inga förändringar på röntgen, trots att patienten kan ha påtagliga besvär. Röntgen tillför därför ingen ytterligare kunskap tidigt i förloppet, utan kan snarare ha en motsatt effekt om diagnosen felaktigt utesluts. Detta vårdförlopp kan därför medföra minskat behov av radiologi. En utbildningsinsats riktad mot allmänläkare och radiologer kan möjliggöra en samsyn kring korrekt diagnostik vid höftledsartros.

2.5 Kostnader

Sammantaget väntas införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom höftledsartros medföra minskade kostnader för hälso- och sjukvården. I ett samhällsekonomiskt perspektiv kan kostnaderna för sjukskrivning minska då patienterna tidigt kommer till grundbehandling av höftledsartros. Vidare kan vårdförloppet medföra att patienten känner sig trygg och omhändertagen och därför inte känner ett behov att söka vård lika frekvent. Det kan också medföra sänkta kostnader avseende färre röntgenundersökningar, minskad medicinering samt minskat antal remisser till specialiserad ortopedisk vård. Om grundbehandlingen ges tidigt till fler patienter kan antalet patienter som behöver operation minska.

Remissversion

Med tanke på att fler patienter ska hänvisas till fysioterapi samt behandlas kan det medföra ökade kostnader inom fysioterapi i primärvård. Detta gäller fram för allt de enheter där behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer ännu inte erbjuds patienter med höftledsartros.

Utbildning av fysioterapeuter och allmänläkare för att uppnå ökad kompetensnivå vad gäller diagnosen artros och grundbehandling, samt utökade arbetsuppgifter för fysioterapeuter (remiss röntgen) kan också medföra en kostnadsökning inom primärvården. Även utbildning av radiologer kan medföra ökade kostnader.

För att kunna följa de indikatorer som föreslås i Socialstyrelsens riktlinjer och från vårdförloppet vid höftledsartros bör enheterna registrera diagnos- och behandlingskoder, samt registrera i BOA-registret. Dessa registreringar anses ofta ta för mycket tid i anspråk av enheterna inom primärvården och ökar primärvårdens kostnader. I Västra Götalandsregionen ersätts enheterna då de registrerar i BOA-registret, detta har lett till ökat antal registreringar i BOA-registret. Det skulle vara en positiv utveckling om även andra regioner följde Västra Götalandsregionens exempel genom att ge enheter kostnadstäckning för registrering i nationella register alternativt att digitala lösningar med direktkoppling till kvalitetsregister och journalsystem skapas.

Tabell 3. 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	Oförändrade
Utrustning	Oförändrade
IT-system	Oförändrade
Personal	När fler patienter hänvisas till fysioterapi samt behandlas kan ökade personalkostnader inom fysioterapi i primärvård uppstå. Detta gäller särskilt de enheter där behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer för grundbehandling av artros ännu inte erbjuds patienter med höftledsartros. De generella personalkostnaderna väntas kunna sänkas genom att grundbehandlingen ges tidigt till fler patienter vilket i sin tur kan minska andelen patienter som måste opereras. Personalkostnaderna skulle också kunna sänkas om vårdförloppet medför att patienten känner sig trygg och omhändertagen och därför inte söker vård lika frekvent.
Utbildning	Kompetensutvecklingsinsatser till fysioterapeuter och allmänläkare kring diagnosen artros och grundbehandling, och för att möjliggöra en samsyn kring behandling av höftledsartros. Troligen behövs inge längre utbildningsinsats för att möjliggöra samsyn. Utbildning av radiologer.
Utredning och diagnossättning	Införandet av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet inom höftledsartros kan sänka kostnaderna för utredning med hjälp av en ökad tydlighet i diagnostisering och färre röntgenundersökningar, samt minskat antal remisser till specialiserad ortopedisk vård.

Remissversion

Behandling	Behandlingskostnader kan komma att öka inom fysioterapi i primärvård, speciellt på de enheter där behandling enligt Socialstyrelsens riktlinjer för grundbehandling av artros inte ännu är en del av de åtgärder som erbjuds patienter med höftledsartros. Samtidigt kan införandet medföra sänkta kostnader avseende minskad medicinering, då grundbehandling erbjuds som första insats vid sjukdomen.
Uppföljning	Kostnaden för uppföljning väntas öka något på grund av ytterligare uppgifter kopplat till upprättande och löpande uppdatering av nya indikatorer.
Andra kostnader	Ökad tidsåtgång för kodning av diagnos och behandling samt registrera i nationella kvalitetsregister.

2.6 Kompetensförsörjning

Tabell 4. Behov, aktiviteter och aktörer vid implementering av vårdförlopp.

1. Vilka behov finns för implementering av vårdförloppet för diagnos höftledsartros?	2. Vilka aktiviteter eller resurser behövs för att möta behoven?	3. Vilka aktörer är lämpligast för att genomföra aktiviteterna/tillhandahålla stödet?
Öka kunskap hos befolkningen om höftledsartros samt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom höftledsartros.	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad till allmänheten.	
Öka kunskap hos professionen nationellt om personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom höftledsartros.	Kommunikationskampanj på nationell nivå inriktad på läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och andra relevanta parter i primärvård.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om bedömning, behandling samt tilläggsbehandling såsom röntgen och vidare remittering.	Fortbildning för fysioterapeuter som arbetar med höftledsartros i, remissförfarande för röntgen, bedömning av röntgensvar.	Sjukvårdsregionerna
Öka kunskap om bedömning av röntgen	Fortbildning för radiologer kring tydligare kliniska svar kring tidig artros och eventuellt uteblivna fynd på röntgen.	Regionerna

Remissversion

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Detta kunskapsstöd baseras delvis på nationella riktlinjer för artros och vårdförloppet medför troligtvis att dessa kommer att stärkas och öka i implementering.

Vårdförloppet för höftledsartros kompletterar den befintliga rekommendationen ”för höftledsartros” i Nationellt kliniskt kunskapsstöd särskilt vad gäller klinisk diagnosställning. Detta för att stödja vårdpersonal i den kliniska handläggningen.

Vårdförloppet för höftledsartros kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med höftledsartros.

Vårdförloppet för höftledsartros kan bidra till en optimering av befintligt nationellt triageringsverktyg (Rådgivningsstödet, RGS) och patientinformation (1177 Vårdguiden).

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet för höftledsartros kan ha effekt på omställningen till Nära vård på två sätt. Dels genom att rekommenderat flöde innebär en styrning till att fysioterapeuter i primärvården omhändertar patienter med höftledsartros i större utsträckning, dels genom att grundbehandling inom primärvården erbjuds innan remiss för ortopedisk bedömning skrivs. Detta ökar chanserna till att rätt patient kommer till rätt vårdgivare i rätt tid, vilket är till fördel är såväl patienter, vårdgivare och samhället i stort.

2.9 Uppföljning

Vårdförloppet för diagnos höftledsartros leder till vissa förändringar i behov av uppföljning, då många av indikationerna följs upp via BOA-registret och det i dagsläget endast är ca 470 enheter inom primärvården som rapporterar data till registret jämfört med de ca 600 enheter som uppskattas erbjuda grundbehandling. Om vårdförloppet ska följas upp heltäckande i Sverige behövs ett uppstartsarbete för att etablera rapportering på samtliga behandlande enheter. Regionerna behöver därför säkerställa att primärvårdens fysioterapeuter har möjlighet att avsätta tid för att registrera alternativt att digitala lösningar med direktkoppling till BOA-registret skapas för att öka täckningsgraden – målsättningen är att alla patienter med höftledsartros ska ges möjlighet att registreras i BOA-registret.

Eftersom tillgången till data för uppföljning är osäker och/eller bristfällig måste man räkna med att arbetet med indikatorer och datatillgång kommer att behöva fortsätta under kommande år.

2.10 Övriga konsekvenser

Att patienten kan få en tydlig information om höftledsartros via 1177 Vårdguiden och eventuellt starta egenträning före första vårdkontakten. Detta skulle kunna påverka patientens sjukdomsförlopp i positiv riktning ännu tidigare i sjukdomsförloppet. Till detta krävs en anpassning av 1177 Vårdguiden.

En automatiserad digital anamnestagning skulle behöva utvecklas i samarbete med 1177 Vårdguiden.

Eftersom de flesta regioner inom några år får nya vårdinformationssystem med integrerade beslutstöd kan och bör vårdförloppet höftledsartros integreras med dessa system. Vårdförloppet för

Remissversion

höftledsartros kan i framtiden fungera som utgångpunkt i framtagandet av ett AI-styrt beslutstöd för de nya vårdinformationsystemen. En interaktiv guide till vårdflödet skulle kunna ge en tydlig vägledning för en säker klinisk diagnosställning och identifiering av differentialdiagnoser eller behov av alternativ utredning.

Inom ramen för framtidens IT – stöd kan radiologernas röntgensvar automatiserat eller individuellt anpassas relaterat till föreliggande fynd så att det framgår tydligt i röntgensvaret att en tidig artros inte syns radiologiskt. På detta sätt påminns vårdgivaren och patienten direkt att överväga om diagnosen höftledsartros kvarstår trots ett ”negativt” röntgensvar.

Vårdförloppet för höftledsartros kan vara underlag för framtagningen av en patientcentrerad stöd- och behandlingsplattform för artros (1177 Vårdguidens e-tjänster/ Inera). Detta skulle på sikt kunna främja en jämlik artrosbehandling.

Utveckling av en automatiserad anamnestagning och digitalt besluts- och behandlingsstöd i kombination med journal på nätet ger garant för en utökad patientcentrering.

Remissversion