

# Vården vid höft- och knäledsartros måste bli jämlik



**JOHAN KÄRRHOLM**, professor, överläkare, ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal, Göteborg; Göteborgs universitet  
[joohan.karrholm@vgregion.se](mailto:joohan.karrholm@vgregion.se)

I en artikel i detta nummer av Läkartidningen söker Thomas Ekblom och medarbetare förklaringar till att fler patienter opereras med knäprotes beräknat per invånare i Örebro län än i Västmanlands län. Studien påvisar skillnader mellan sjukhus i de båda länen beträffande ålder vid operation, röntgenologisk grad av artros och grad av symtom då operationen genomförs.

Även om orsaken till dessa skillnader förblir oklar är det viktigt att de uppmärksammas och analyseras. I studien används en bedömningsmall, visserligen retrospektivt, som på ett standardiserat sätt skattar symtom och funktionshinder vid knäledsartros.

Mallen togs fram på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting [1] i avsikt att underlätta standardiserad bedömning och en mer enhetlig prioritering på landets kliniker.

I en pilotstudie omfattande 11 kliniker och 1 299 patienter fann man signifikanta skillnader mellan klinikerna för flera av de enskilda bedömningsgrunderna inklusive livskvalitet mätt i form av EQ5D-index. Redovisningen pekade på samband mellan sjunkande index (låg livskvalitet) och kirurgens bedömning av operationens angelägenhetsgrad [2].

Denna typ av mallar bör användas i större omfattning för att ge en mer standardiserad bedömningsgrund. De är också av värde vid studier av eventuella indikationsglidningar.

## Inget rimligt skäl till olika behandling

Frågan varför det opereras färre patienter i högre ålder och med mer röntgenologiska förändringar och mer belastningssmärta i Västmanlands län kvarstår. Det finns ingen rimlig anledning till att en så väldefinierad sjukdom som knä-

ledsartros ska behandlas olika beroende på var man bor.

Även om det inte råder konsensus beträffande vid vilken tidpunkt i förloppet som kirurgisk intervention är optimal, är det angeläget med en mer enhetlig syn.

## Primärvårdens hållning en möjlig faktor

Flera typer av icke-kirurgisk behandling såsom riktad information och olika typer av träningsprogram har visat sig ha en måttlig och åtminstone kortvarig effekt på smärta och funktion, även om det ännu är oklart i vilken mån denna typ av behandling kan skjuta kirurgisk intervention framåt i tiden [3].

Tillgång till ett adekvat primärt omhändertagande inom primärvården kan därför vara en faktor som påverkar incidensen av knäproteskirurgi. En annan faktor är primärvårdens inställning till remittering till ortoped.

Regionala skillnader i form av tillgänglig operationskapacitet kan också vara av betydelse. Om resurserna är begränsade väljer man att operera de mest sjuka patienterna. Långa väntelister påverkar med största sannolikhet professionens inställning till kirurgisk visavi icke-kirurgisk behandling.

I den aktuella artikeln är denna fråga inte belyst, och man kan inte utesluta att behandlingstradition också spelar en roll.

## Socioekonomi kan ha betydelse

Höft- och knäledsartros har delvis en genetisk bakgrund, vilket skulle kunna resultera i regionala skillnader. Områden med hög invandring av vissa befolkningsgrupper kan som exempel förväntas ha lägre förekomst av höftartros.

Detta kan även gälla socioekonomiska faktorer. Välutbildade patienter med hög inkomst tenderar att behandlas tidigare och på ett annat sätt för flera sjukdomsgrupper, även artros [4]. Hur situationen är för patienter med höft- och knäledsartros i Sverige är dock fortfarande dåligt utrett.



Foto: P. Marazzi/Science Photo Library

**Välutbildad patient med hög inkomst? Kanske, kanske inte – socioekonomiska faktorer kan vara en av flera möjliga förklaringar till den trefaldiga skillnad i antal knäprotesoperationer som registrerats mellan olika län i Sverige.**

Hög exponering för fysisk belastning [5] och hög skaderisk inom vissa regionala befolkningsgrupper förekommer också, men ingen av dessa faktorer i en sådan omfattning att de kan förklara den trefaldiga skillnad i antal knäprotesoperationer och den tvåfaldiga skillnad i antal höftprotesoperationer som registrerats mellan olika län i Sverige [1].

## Detaljerad studie har initierats

I Svenska höftprotesregistret påbörjades en prospektiv mätning av livskvalitet (EQ5D) 2002, som nu är rikstäckande. I senaste årsrapporten [6] fann vi att enstaka sjukhus uppvisade en lägre vinst i livskvalitet efter höftprotesoperation beroende på högre värden än riksgenomsnittet före operation.

## SAMMANFATTAT

**Det finns stora** skillnader mellan landsting och regioner beträffande procedurfrekvens av elektiva ortopediska ingrepp.

**Endast små variationer** i procedurfrekvens kan motiveras av demografiska och sociala faktorer.

**Nationella** behandlingsprogram, standardiserade bedömningsmallar och likvärdig tillgänglighet är viktiga steg mot en jämlik sjukvård.

**Öppen redovisning** från nationella kvalitetsregister har visat att en sådan utveckling är möjlig.

Detta tolkades som en indikationsglidning, vilket initierat en mer detaljerad studie som underlag för eventuella förändringar. Prospektiv registrering av livskvalitet som ingår i den föreslagna bedömningsmallen skulle alltså kunna vara ett sätt att i framtiden förbättra analysen.

### Patientselektion inom proteskirurgin

En annan aspekt av jämlikhet inom sjukvården som artikeln inte berör är vikten av lika utfall oberoende var i landet man behandlas.

Detta problem har lyfts fram av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting i skriften »Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet«, som omfattar hela sjukvården [7].

Rapporten baseras i stora delar på data från befintliga kvalitetsregister. Dessa data måste tolkas med avseende på patientsammansättning inom varje enhet och täckningsgrad för de olika register som ingår.

Inom proteskirurgin sker redan i dag

en patientselektion. Vissa sjukhus har öppet bara 5 dagar per vecka eller opererar av andra skäl endast patienter med låg risk för komplikationer. Patienter med förväntat förlängt eller komplicerat rehabiliteringsförlopp remitteras vidare till andra sjukhus. Utebliven eller selekterad rapportering från någon av dessa kliniker med ett utfall som ligger över eller under det förväntade medelvärdet är ytterligare en källa till felbedömningar.

Redovisningen från olika sjukhus har ofta baserats på någon form av rankning. Detta sätt bör dock undvikas så länge som det inte bygger på ett välgrundat statistiskt underlag [8]. Annars blir resultaten misstolkade av allmänhet och medier, vilket kan innebära att redovisningen motverkar sitt eget syfte.

### Nödändigt verktyg för förbättring

En rättvisande genomlysning av sjukvårdens arbetssätt, indikationer, resultat och kostnadseffektivitet är komplex och innehåller risker för feltolkningar på grund av dels brist på kunskap om hur data ska tolkas, dels olika bakgrundsva-

riabler, eller för att viktig information helt enkelt saknas.

Trots detta är det viktigt att denna process fortgår, eftersom den är ett nödvändigt verktyg för att förbättra dagens sjukvård sett i både ett kort- och långsiktigt perspektiv.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Kärrholm J, Carlson L, Strömberg C. Höft- och knäledens sjukdomar. *Läkartidningen*. 2007;104(19):1504-8.
3. Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee [review]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD004376.
4. Skinner J, Zhou W, Weinstein J. The influence of income and race on total knee arthroplasty in the United States. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88(10):2159-66.
5. Järvholm B, From C, Lewold S, Malchau H, Vingård E. Incidence of surgically treated osteoarthritis in the hip and knee in male construction workers. *Occup Environ Med*. 2008;65(4):275-8.
6. Kärrholm J, Garellick G, Rogmark C, Herberts P. Svenska höftprotesregistret. Årsrapport 2007. ISBN 978-91-9777112-2-7. <http://www.jru.orthop.gu.se>