

# FOTSJUKDOMAR

Även om det framtida behovet av fotkirurgi är svårt att förutse är en minskning jämfört med dagens siffror inte trolig. Fotkirurgisk kompetens behövs på alla akutsjukhus. Ett bekymmer är att specialisterna är få.



**MAGNUS ENEROTH**, docent, överläkare, ortopedkliniken, Universitetssjukhuset i Lund  
magnus.eneroth@med.lu.se  
**JAN LIDSTRÖM**, överläkare, ortopedkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal

**FREDRIK MONTGOMERY**, docent, överläkare, ortopedkliniken, Universitetssjukhuset i Lund  
**PER-HENRIK ÅGREN**, leg läkare, Sophiahemmet, Stockholm

I uppdraget till Nationellt kompetenscentrum för ortopedi (NKO) från Sveriges Kommuner och Landsting ingick att utarbeta indikationer för fotkirurgi. I uppdraget ingick också att ge en lägesbeskrivning av fotkirurgins komplexitet och kompetensstruktur, nationella väntetider till fotkirurgi, antal utförda fotoperationer i hela landet, eventuella samband mellan ersättning och val av vårdform, evidens för kirurgisk behandling, förslag på medicinska indikationer samt ge förslag till bedömnings- och remissmallar.

## Fotkirurgins komplexitet

Fotens och fotledens sjukdomspanorama omfattar en bred variation av sjukdomar och skador som artros, reumatoid artrit, medfödda eller förvärvade felställningar, nervinklämningar, sår, infektioner, gangrän, sen- och ledbandsskador samt frakturer. Vid fotbesvär av viss dignitet, oavsett diagnos, används ofta initialt konservativ behandling med olika typer av inlägg, skor och ortoser (ortopedisk stödordning). Om detta inte hjälper kan kirurgiska ingrepp ofta leda till lindring eller bot av besvär.

Variationen av möjliga kirurgiska ingrepp är stor, även vad gäller »enklare diagnoser«, och bedömning inför operation kräver stor erfarenhet hos ansvarig ortoped. Vid elektiv fotkirurgi är indikationerna desamma som för andra ortopediska diagnoser, t ex artros i höft- eller knäled, dvs oacceptabel daglig belastningssmärta, vilovärk och/eller funktionsinskränkning som påverkar dagliga fritidsaktiviteter och/eller arbetsförmåga.

Majoriteten av dem som opereras är i arbetsför ålder och många är sjukskrivna på grund av sina besvär. Riksförsäkringsverket redovisade 2004 sjukpenningkostnaderna i Sverige fördelade efter kön och sjukskrivningsdiagnos under vissa perioder under åren 1999–2002 [2]. Diagnoskod M20–25 (fotdiagnoser) stod för 3,4 procent av sjukskrivningarna över 15 dagar hos kvinnor. Endast stressreaktioner, ångest, ryggvärk, depressioner, reumatism (där fotkirurgiska diagnoser också kan ingå) och besvär i samband med graviditet utgjorde större andelar.

## Kompetensstruktur och operationsvolym

För att närmare kartlägga kompetensstrukturen inom fotkirurgi i Sverige skickades en enkät ut till samtliga verksamhetschefer på ortopediska kliniker inom offentlig sjukvård samt till

de större privata klinikerna i oktober 2005. En utförlig beskrivning av enkätresultatet finns att läsa i rapporten på NKOs webbplats [1]. I uppdraget ingick vidare att redovisa antalet utförda fotoperationer i Sverige.

År 2004 fanns drygt 24 000 fotkirurgiska ingrepp registrerade i patientregistret, varav två tredjedelar var elektiva [1]. Antalet elektiva operationer utförda i dagkirurgi ökade med i genomsnitt 7,2 procent per år under perioden 1998–2004. Det fanns en stor spridning i antal registrerade ingrepp per 100 000 invånare och år mellan de olika länen. Det förelåg även stora skillnader mellan länen med avseende på fördelningen av fotoperationer i slutet respektive öppen vård. Vad dessa skillnader beror på är oklart. Olika behandlingspraxis, olika tillgång till fotkirurgi och annan operationspersonal, skillnader i patientpreferenser och variationer i inrapporteringen till patientregistret är alla tänkbara förklaringar.

Enligt detaljerad statistik framtagen från flera olika källor i Region Skåne utförs drygt en tredjedel av alla fotkirurgiska ingrepp där av privata vårdgivare. Privat verksamhet registreras endast sporadiskt i centrala och regionala register för verksamhetsuppföljning. För att kunna följa antalet utförda fotkirurgiska ingrepp nationellt är det av stor vikt att också privata vårdgivare rapporterar enligt Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97) till Socialstyrelsens patientregister.

## Variationer i väntetider

Fotsjukdomar finns inte registrerade i den nationella väntetidsdatabasen som administreras av Sveriges Kommuner och Landsting. Dataunderlaget om väntetider och antal väntande på fotkirurgiska ingrepp har därför hämtats från den enkät som skickades till samtliga ortopedkliniker i Sverige i oktober 2005. Av 74 utskickade enkäter besvarades 48 (65 procent), varav sex var privata enheter. 40/48 enheter svarade på frågorna om antal utförda ingrepp och väntetider. På dessa enheter utfördes 8 893 elektiva fotkirurgiska ingrepp år 2004.

Antal patienter på väntelista för elektiv fotkirurgi var 5 374. Detta ger en kökvot på 0,6, vilket motsvarar en väntetid på 6–9 månader (Tabell I). I enkäten ombads enheterna att också själva ange aktuella väntetider. Den genomsnittliga aktuella väntetiden, uttryckt som median, var sex månader. Patienter med fotsjukdomar som väntade på operation när enkäten skickades ut i oktober 2005 var således inte alls i närheten av att uppfylla vårdgarantins behandlingsgaranti – inom tre månader. Variationen var stor mellan olika enheter, med en spridning på 1–40 månader. Den genomsnittliga väntetiden till fotkirurgi för pa-

## SAMMANFATTAT

**Minst 16 000** elektiva fotkirurgiska ingrepp utfördes i Sverige år 2004.

**Det föreligger** en stor variation i antalet fotingrepp per 100 000 invånare och år mellan olika länen.

**Genomsnittlig väntetid** för ett elektivt fotkirurgiskt ingrepp var 6–9 månader i oktober 2005.

**Väntetiden till fotoperation** varierar mellan en och 40 månader mellan olika sjukhus.

**Det föreligger** stora skillnader i om behandlingen sker i öp-

pen eller slutet vård mellan olika länen.

**Evidensgraden** för vissa fotkirurgiska ingrepp är relativt låg. **Standardiserad utvärdering** av operationsresultat bör ske, helst via nationellt kvalitetsregister för större fotkirurgiska diagnosgrupper.

**Nationella mallar** för bedömning och prioritering kan vara viktiga instrument för att uppnå lika vård inom samma tid och för standardiserad utvärdering.

**TABELL 1. Kökvot (antal väntande i relation till årsproduktionen) med motsvarande väntetid.**

Kökvot	Motsvarar väntetid, månader
Under 0,25	Under 3
Mellan 0,25 och 0,50	Mellan 3 och 6
Mellan 0,50 och 0,75	Mellan 6 och 9
Mellan 0,75 och 1,00	Mellan 9 och 12
Över 1,00	Över 12

tienter med enkel förtur var 2,5 månader och för patienter med dubbel förtur tre veckor.

### Svag evidens för viss fotkirurgi

Redovisning av evidens för kirurgisk behandling inom åtta sjukdomsgrupper och en operationsmetod (hallux valgus, hallux rigidus, hammartå, Mortons neurom, förvärvad plattfot, osteokondrit i talus, artros, akut hälseneruptur samt fotledsprotes) finns i rapporten. Evidensgraden för fotkirurgiska ingrepp är i allmänhet är relativt låg, men internationellt etablerade behandlingsrutiner finns för samtliga undersökta sjukdomsgrupper. Dessa grundas på en blandning av experters åsikter, retrospektiva studier, icke-jämförande prospektiva studier och i vissa fall på väl utförda prospektiva randomiserade studier och systematiska översikter. För utförlig beskrivning av respektive sjukdomsgrupp hänvisas till rapporten [1].

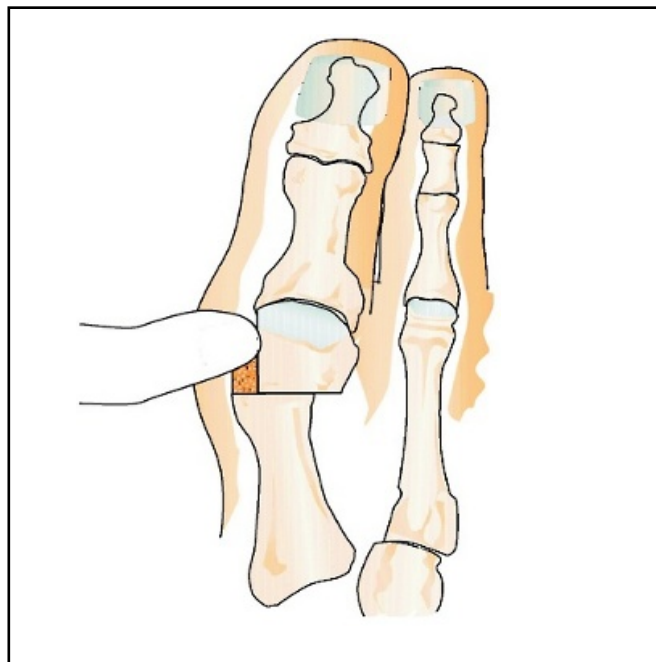
Som ett exempel redovisas här evidens för behandling av hallux valgus. I en Cochraneanalys [3] innehållande 22 prospektiva randomiserade studier drog man följande slutsatser: 1) den metodologiska kvaliteten var generellt låg och antalet individer i de inkluderade studierna var få, 2) konservativ behandling med olika typer av ortoser förefaller inte vara bättre än ingen behandling alls, 3) Chevron-osteotomi (Figur 1) är bättre än konservativ behandling eller ingen behandling alls, 4) Chevron-osteotomi har inte visat bättre effekt än andra operativa metoder, 5) i vissa studier var andelen missnöjda efter kirurgi hög (25–33 procent) även om felställningen var hävd och smärtan minskad [3].

### Prioritering av medicinska skäl

Ett annat uppdrag var att redovisa operationsindikationer för respektive sjukdomsgrupp, och i samband med detta skulle prioritering av fotkirurgiska ingrepp belysas. Då fotens och fotledens sjukdomspanorama omfattar en bred variation av skador och sjukdomar är det svårt att för varje enskild diagnos ange specifika indikationer för kirurgisk behandling. Vi ansåg att man kan ange generella indikationer för alla fotkirurgiska ingrepp (Fakta 1).

Symtom eller felställning i en fot eller fotled, då man har prövat konservativ behandling (inlägg, skor, ortos) utan tillräcklig effekt och där kirurgi med stor sannolikhet ger lindring, är ett grundläggande krav för att utföra fotkirurgiskt ingrepp. Indikationen stärks av oacceptabel daglig belastningssmärta, vilovärk och/eller funktionsinskränkning som påverkar dagliga fritidsaktiviteter och/eller arbetsförmåga. Dessa operationsindikationer är i princip desamma som vid andra ortopediska sjukdomstillstånd.

Vid fotbesvär av sådan dignitet att operation är indicerad bör det finnas en tydlig och nationellt accepterad prioritering. Prioritering av kirurgisk behandling av fotsjukdomar bör i första hand baseras på medicinska skäl (Fakta 2). Jakande svar på följande medicinska skäl bör enligt vår bedömning motivera högre prioritet: 1) risk för fotsår om operation fördröjs, 2) risk för mer komplicerat ingrepp om operation fördröjs och 3) risk för



**Figur 1.** Chevron-osteotomi vid hallux valgus.

progress av funktionsbortfall om operation fördröjs. Ju fler ja och ju högre risk, desto högre prioritering.

Det finns även icke-medicinska grunder för högre prioritering, såsom risk för att man inte klarar eget boende om operation fördröjs, arbetshindrande besvär eller andra faktorer som motiverar hög prioritet. Elektiva fotkirurgiska ingrepp kan med beaktande av ovanstående i princip prioriteras enligt liknande modell som höft- och knäartroplastiker. De som klassas i prioriteringsgrupp 3 kan av medicinska skäl vänta >3 månader på operation, men tid till operation bör om möjligt anpassas till den tidsgräns som aktuell vårdgaranti anger.

### Remissmallar kan effektivisera

Remissmallar är tänkta att användas som underlag för elektronisk remisshantering mellan primärvården och specialistsjukvården. En väl utvecklad remissmall kan innebära ett förbättrat beslutsstöd avseende vilka patienter som ska remitteras vidare för bedömning hos specialist.

Vi har diskuterat värdet av e-remisser och remissmallar och kommit fram till att den mångfald av sjukdomar och skador som ingår i den fotkirurgiska verksamheten dåligt lämpar sig för en detaljerad remissmall. Rätt använda kan dock e-remisserna utnyttjas som ett mer effektivt system för prioritering av remisser, remisshantering och kommunikation mellan pri-

### FAKTA 1. Indikationer för fotkirurgiska ingrepp

- Indikation för** elektiv kirurgi föreligger om fråga 1 och 2 och någon av frågorna 3, 4 eller 5 besvaras med ja.
1. Patienten har symtom av sjukdom, skada eller felställning i fot, där kirurgi med stor sannolikhet ger lindring.
  2. Patienten har prövat konservativ behandling (inlägg, skor, ortos) utan tillräcklig effekt.
  3. Patienten upplever daglig, oacceptabel belastningssmärta i foten.
  4. Patienten har vilovärk i foten efter ansträngning.
  5. Patienten har funktionsinskränkning i foten som påverkar ADL, arbetsförmåga och/eller fritid.

märvård och specialistvård. Gruppen vill vidare betona att bedömning av operationsindikation måste göras av den opererande kirurgen och inte av vare sig andra ortopedier eller remitterande läkare baserat på en remiss-, indikations- och/eller prioriteringsmall. Centrala väntelistor i olika landsting kan möjligtvis användas inför besök/bedömning till opererande specialitet men inte till själva kirurgin.

## Framtida behovet svårt att förutse

Antalet elektiva fotoperationer utförda i dagkirurgi ökade med i genomsnitt 7,2 procent per år under perioden 1998–2004. Det framtida behovet av fotkirurgisk verksamhet är svårt att förut säga men kommer med stor sannolikhet inte att minska. Antalet ortopedier som i huvudsak sysslar med fotkirurgi i landet är relativt litet, och många av dessa kommer att gå i pension inom en tioårsperiod. Rekrytering och utbildning av nya ortopedier med fotkirurgisk kompetens bedöms därför som mycket väsentlig. Närhet till och samarbete med ortopedingenjörer och ortopedskomakare utgör en viktig del av verksamheten, varför ortopedtekniska verkstäder bör förekomma vid de enheter som har mer avancerad fotkirurgisk verksamhet.

## Bevarad kompetens önskvärd

Då fotkirurger ofta också ansvarar för en betydande akut och halv akut verksamhet (trauma och diabetesfotproblem) är det

kvarts stående annons

## FAKTA 2. Prioriteringsmodell för fotkirurgiska ingrepp

**Prioriteringsgrupp 1** (operation inom dagar till en månad).

**Om operation fördröjs** föreligger en klar risk för

- uppkomst av fotsår eller försämring av befintligt sår med risk för allvarlig sårprogress, infektion eller amputation, eller
- ett mer komplicerat kirurgiskt ingrepp på grund av snabb sjukdomsprogress, eller
- försämring till annan funktionsklass med ökat hjälpbehov och försvårad rehabilitering.

**Prioriteringsgrupp 2** (operation inom tre månader).

**Om operation fördröjs** föreligger en viss risk för

- uppkomst av fotsår eller försämring av befintligt sår, eller

- ett mer komplicerat kirurgiskt ingrepp på grund av snabb sjukdomsprogress, eller

- försämring till annan funktionsklass med ökat hjälpbehov och försvårad rehabilitering.

**Prioriteringsgrupp 3** (operation kan av medicinska skäl

vänta >3 månader, men tid till operation bör anpassas till den tidsgräns som aktuell vårdgaranti anger).

**Om operation fördröjs** föreligger ingen risk för uppkomst av fotsår eller försämring av befintligt sår, mer komplicerat kirurgiskt ingrepp på grund av snabb sjukdomsprogress eller försämring till annan funktionsklass med ökat hjälpbehov och försvårad rehabilitering.

nödvändigt med fotkirurgisk kompetens på samtliga akutsjukhus. Vi rekommenderar vidare att universitetsklinikernas ansvarige fotkirurg tar ansvar för att de som sysslar enbart eller i huvudsak med fotkirurgi inom varje landsting gemensamt tar fram en handlingsplan innehållande behandlingsstrategier, riktlinjer för vilka ingrepp som ska centraliseras inom regionen, rutiner för kvalitetssäkring och uppföljning av utförda åtgärder.

Eventuella privata fotkirurgiska enheter i respektive region bör engageras i arbetet och ställas under samma krav. Kontinuerlig, standardiserad utvärdering av operationsresultat vid fotkirurgiska ingrepp bör ske, helst via ett nationellt kvalitetsregister. Bedömnings- och prioriteringsmallar kan utgöra viktiga instrument för att erbjuda lika vård på lika villkor och för att kunna utföra standardiserad utvärdering. Forskning bör bedrivas av och ledas från universitetsklinikerna med regionala, och i vissa fall nationella, projekt för att förbättra och stärka fotkirurgin i framtiden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

På [www.nko.se](http://www.nko.se) finns utförliga beskrivningar av indikationsprojektet samt indikationsrapporter.

## REFERENSER

1. Indikationer för behandling inom ortopedi. Lund: Nationellt kompetenscentrum för rörelseorgansens sjukdomar; 2006. [www.nko.se](http://www.nko.se)
2. Riksförsäkringsverket redovisar 2004;5. Vad kostar sjukdomarna för kvinnor och män? Sjukpenningkostnaderna fördelade efter kön

och sjukskrivningsdiagnos. <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/red0405.pdf>

3. Ferrari J, Higgins JP, Prior TD. Interventions for treating hallux valgus (abductovalgus) and bunions. Cochrane Database Syst. Rev. 2004;(1).