

JAKOB KJELLBERG
Cand.scient.,
m.sc. Health Econ.
og professor i
sundhedsøkonomi
ved KORA.



ARENDESE TANGE
LARSEN
Studerende på
kandidatuddan-
nelsen i Folkesund-
hedsvidenskab
ved Københavns
Universitet.



KURT HOULBERG
Cand.scient.pol.,
ph.d. og professor i
kommunaløkonomi
ved KORA.



HENRIK KEHLET
Klinisk professor på
Institut for Klinisk
Medicin ved Rigs-
hospitalet.

Forløb før og efter hofte- og knæalloplastik – er det tid til revision?

Den aktuelle behandlingsstrategi for hofte- og knæalloplastik, herunder det præ- og postoperative forløb, diskuteres og der lægges op til en revurdering af behandlingsforløbet med et større fokus på rehabilitering og segmentering af patienter, og hvor operation og rehabilitering ses som et samlet forløb.

HOFTE- OG KNÆOPERATIONER er nogle af de hyppigste og mest succesfulde større operationer i Danmark. Samlet set tæller total hofte- og knæalloplastik (THA og TKA) ca. 17.000 primæroperationer årligt (1,2). Målt på subjektive angivelser af funktionsniveau fra patienterne har operationerne ganske god effekt, og de seneste års udvikling i begge operationsforløb har desuden medført reducerede indlæggelsestider samt tidligere post-operativ mobilisering. De relativt hurtige forbedringer af funktionsevne målt ved de såkaldte

patient reported outcomes (PROM) understøttes imidlertid sjældent af objektive mål for funktionsevne (3,4,5). Når disse tages i brug for at vurdere forløbet efter udskrivning, tegner der sig et uoverensstemmende billede. Det har vist sig, at 10-20 % af patienterne oplever problemer med kroniske smerter (6), 5-10 % har behov for revision 10 år efter operation grundet vedvarende smerter og andre proteserelaterede komplikationer (7), og en gruppe af patienterne oplever vanskeligheder med at vende tilbage på arbejdsmarkedet

efter operation (8,9). Dette retter fokus på forløbet omkring selve operationen. Selvom THA og TKA er en af de succesfulde operationer, afhænger det endelige resultat ikke alene af operationen, men også af det præ- og postoperative forløb. Formålet med denne statusartikel er at diskutere forløbet omkring THA og TKA samt reflektere over muligheden for at tilrettelægge dette på anden vis. Artiklen tager afsæt i et nyligt publiceret studie om effekter og omkostninger ved THA og TKA (7).

Rehabiliteringsindsatsen efter udskrivning fra sygehus er forankret i kommunerne og har til formål at tilvejebringe den bedst mulige funktionsevne hos patienten og understøtte vedkommendes ressourcer og muligheder for at udfylde sine sociale roller og opretholde eller genvinde et meningsfuldt liv, herunder en tilknytning til arbejdsmarkedet (10). Rehabiliteringsindsatsen indebærer genoptræningsplaner, såfremt der foreligger en lægefaglig begrundelse herfor, men typen af genoptræning er ikke specificeret, hvorfor det i praksis udmønter sig på forskellig vis fra kommune til kommune (11). I 2009 pegede Bente Holm & Henrik Kehlet (11) på nødvendigheden af viden om effekten af genoptræning efter operation baseret på den udtalte variation i reabilitationstilbuddet. I 2012 gav Bandholm & Kehlet endvidere udtryk for, at rehabiliteringsstrategien efter THA og TKA burde revurderes og baseres på videnskabelig evidens frem for tradition som hidtil (12). Der er imidlertid fortsat sparsom evidens for den optimale type og mængde af rehabilitering efter henholdsvis THA og TKA (3,7,13). I forlængelse heraf påviser et nyligt studie øgede sundhedsudgifter og lavere indkomst for THA- og TKA-patienter efter operation (7), hvilket understreger diskussionens stadig relevans.

Effekter og omkostninger ved hofte- og knæalloplastik

Ovennævnte studie (7) undersøgte omkostninger i form af sundhedsudgifter, hjemmehjælp, overførselsindkomst og arbejdsmarkedsindkomst for henholdsvis THA- og TKA-patienter før og efter operation, sammenlignet med en matchet referencegruppe. 128.109 patienter, der undergik THA eller TKA mellem 1998 og 2011, blev identificeret via Landspatientregistret og blev fulgt op til 12 år før operation til 12 år efter operation. For hver patient blev der med udgangspunkt i oplysninger fra CPR-registret udvalgt individer, der i året for operation matchede patienten på alder, køn, bopæl og civilstand. Omkostninger i form af sundhedsudgifter, hjemmehjælp, overførselsindkomster og arbejdsmarkedsindkomst for perioderne før og efter operation blev efterfølgende opgjort for patienter samt for deres kontroller. Studiet sammenligner således personer med osteoartrose med personer uden osteoartrose. Studiets fokus var

derfor ikke at evaluere, om operationerne har effekt, men blot at belyse udviklingen for opererede borgere i forhold til en i øvrigt sammenlignelig gruppe og således undersøge, om den opererede borgers relative ydelsesforbrug og arbejdsmarkedsdeltagelse følger det forløb, man ellers ville forvente.

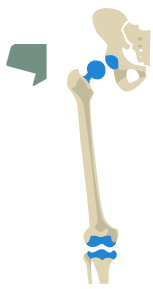
Studiets resultater kan aflæses af graferne på næste side, som illustrerer større sundhedsudgifter samt større udgifter til hjemmehjælp og medicin for både TKA- og THA-grupperne, sammenlignet med deres respektive kontroller efter operation.

Endvidere konkluderede studiet, at overførselsindkomster er hyppigere og arbejdsmarkedsindkomst lavere i patientgrupperne end i referencegrupperne. I en beregning af totalomkostningerne til sundhedsydelser, hjemmehjælp og produktionstab estimerede studiet de årlige meromkostninger for TKA- og THA-patienter til at være henholdsvis ca. 53.000 og 42.000 kr.

TKA og THA bliver foretaget grundet smerter og funktionsnedsættelse og med henblik på at vende tilbage til arbejdsmarkedet og øvrige sædvanlige aktiviteter. Operationen forventes således at medføre smertelindring og forbedret funktionsevne, hvilket gerne skulle reflekteres i blandt andet en reduktion i sundhedsydelser, herunder medicin. Studiet konstaterede en reduktion i smertestillende medicin efter operation (14), hvilket understreger operationernes effekt på det primære outcome, omend dette modsiges af andre undersøgelser (15). Det er imidlertid tankevækkende, at data viser, at de samlede sundhedsudgifter for patienterne fortsat stiger efter operation. Såfremt information om eventuelle komorbiditeter blandt patienterne havde været inkluderet i studiet, kunne dette potentielt have forklaret de øgede sundhedsudgifter, men en større overlevelse blandt patientgrupperne indikerer, at dette imidlertid ikke er tilfældet. Således påviser studiet, at operationen forhåbentligt har den ønskede effekt, men samtidig potentielt introducerer en række kontakter med sundhedsvæsenet, som ikke umiddelbart er relateret til operationen, men af andre forhold.

Behov for ny tilgang

Der er ingen tvivl om, at TKA og THA er blandt nogle af de mest succesfulde større operationer, men alligevel tegner der sig et billede af det fulde behandlingsforløb, som vækker undren og sætter spørgsmålstegn ved vores nuværende måde at gribe dette an på. At forløbet ikke ser ud, som vi måske kunne ønske os, skyldes muligvis, at der er nogle faser i forløbet, som vi fortsat ikke ved nok om til at udnytte operationernes potentiale til fulde. Derfor bør vi overveje, om vi skal gentænke behandlingsforløbet i forbindelse med TKA og THA og i den forbindelse rette et større fokus på det præoperative og postoperative forløb. ➡

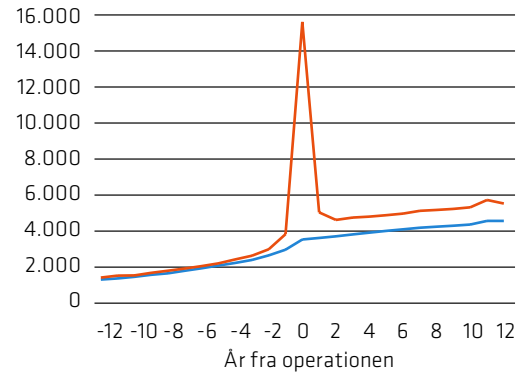
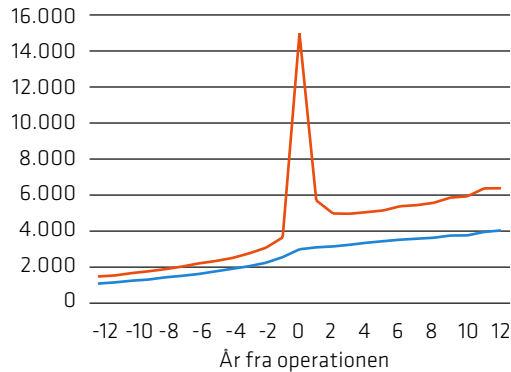


FIGUR 1

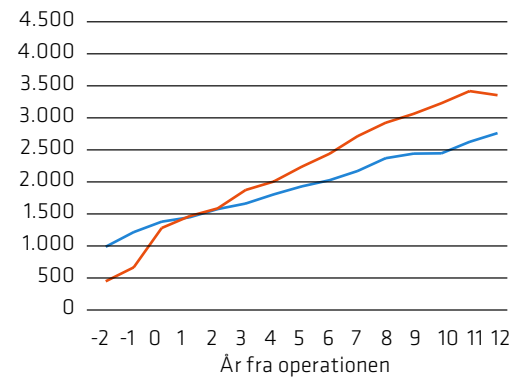
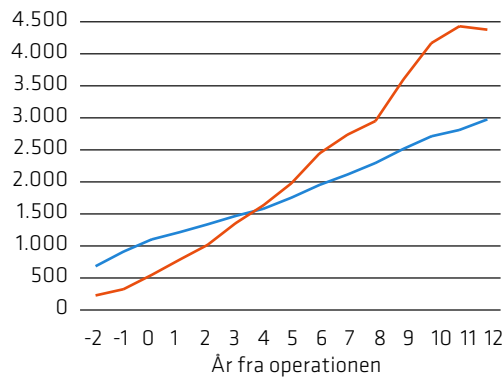
Sundhedsudgifter, udgifter til hjemmehjælp og udgifter til medicin for TKA-patienter (kolonne 1) THA-patienter (kolonne 2) og deres kontroller. Udgifter er angivet i euro (fra ref. 6).



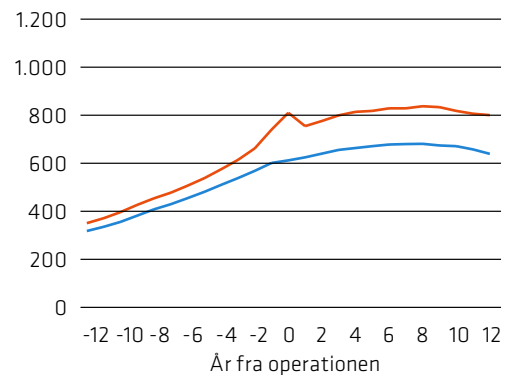
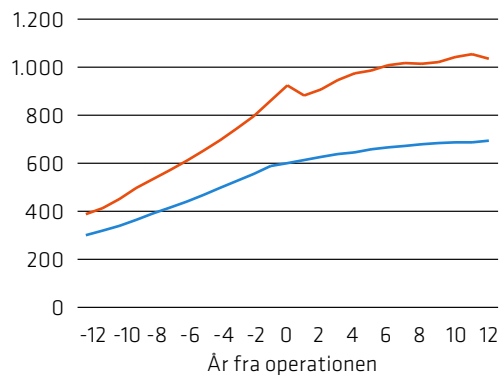
Sundhedsudgifter



Hjemmehjælp



Medicin



— TKA-patienter / THA-patienter — En sammenlignelig gruppe borgere uden osteoartrose.

➤ ➤ For det første har vi som bekendt ikke evidens for, at den aktuelle rehabiliteringsstrategi virker. I Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for hofteartrose fra 2016 (16) fremgår det bl.a., at kvaliteten af evidensen for superviseret genoptræning er moderat, men at denne type genoptræning ikke umiddelbart har effekt på patientrapporteret funktionsevne (16). Derudover konkluderer to metaanalyser af fysioterapeutisk træning efter TKA og THA, at denne har enten ingen eller begrænset effekt (17,18), mens Aasvang et al. påpeger manglen på evidens for specifikke træningsforløb og derved behovet for at udarbejde effektive fysioterapeutiske genoptræningsprogrammer (3). Således mangler vi stadig tilstrækkelig viden om indikationer for og typer af genoptræning. Måske vi skal blive bedre til at tænke operation og rehabilitering sammen med specifikke patientgrupper, og således se det som et samlet behandlingsforløb, i stedet for at operere med separate operations- og rehabiliteringsforløb som nu, hvor der bliver taget særskilt stilling til henholdsvis operation og rehabilitering. I stedet kunne forløbet ses i sin helhed og beslutninger vedrørende både operation og rehabilitering således træffes i det præoperative forløb.

Hvis vi kan forbedre evnen til at prædiktere, for hvem et rehabiliteringsforløb vil være fordelagtigt, kan høj- og lavrisikogrupper identificeres allerede før operationen, og derved kan hele patientforløbet sammensættes med udgangspunkt heri. På den måde kan højrisikogrupper selekteres til et intensivt rehabiliteringsforløb, som ikke nødvendigvis vil gavne andre patienter.

Litteraturen peger f.eks. på, at præoperativt dårligt mentalt helbred, lav socioøkonomisk status og overdreven selvurdering af smerter påvirker funktionsevne og risiko for smerter efter TKA, mens depression ser ud til at influere på risikoen for kroniske smerter efter både TKA og THA (3). Således kunne et specifikt rehabiliteringsforløb med fordel prioriteres her. Derimod kunne det tænkes, at patienter med god psykosocial baggrund, højt selvurderet funktionsniveau efter operation samt ønsket succesfuld tilbagevenden til arbejdsmarkedet har bedre forudsætninger og derfor behov for et mindre specifikt rehabiliteringsforløb. Endvidere bør patienternes forventninger til operationsresultatet inkluderes, således at den videre patientuddannelse i forbindelse med rehabilitering indebærer realistiske mål, der kan medvirke til at opretholde patientens motivation (3).

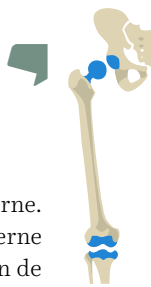
Ikke alle har gavn af operation

For det andet opererer vi aktuelt med relativt generiske behandlingsforløb for patienter med knæ- og hofteartrose, men måske vi bør gentænke den nuværende tilrettelæggelse, herunder den præ-

operative fase. Selvom TKA og THA er succesfulde operationer, er det ikke ensbetydende med, at de er til gavn for alle patienter. I 2013 blev behandlingssystemet Godt Liv med Artrose (GLA:D) iværksat ved Syddansk Universitet med henblik på at udvikle retningslinjer for træningsbaseret behandling af knæ- og hofteartrose, der kunne fungere som alternativ til operation eller udskyde en sådan (19). GLA:D's potentielle omkostningseffektivitet er ikke tilstrækkeligt belyst, men behandlingssystemet har vist sig umiddelbart effektivt i forhold til at forbedre funktionsevnen, reducere symptomer og brug af smertestillende medicin samt nedbringe sygefravær hos nogle patienter (19). Dette understreger ikke kun GLA:D's potentiale, men også at vi måske bør rette større fokus på alternativer til operation ved at sikre os, at patienter er tilstrækkeligt oplyste om disse samt ved at forbedre evnen til at differentiere patienter og derved selektere dem til det forløb, der vil gavne den enkelte mest muligt.

I et randomiseret, kontrolleret studie fra 2015 (19) blev en gruppe patienter med knæartrose randomiseret til enten at modtage TKA og efterfølgende træning og rehabilitering eller kun at modtage træning og rehabilitering. Grupperne havde imidlertid mulighed for at hhv. fra- eller tilvælge TKA i løbet af perioden. Træning og rehabilitering involverede fysisk aktivitet, patientuddannelse, kostråd, brug af særlige indlægssåler samt smertestillende medicin. Det primære outcome var en gennemsnitlig score af fire subscores omfattende smerte, symptomer, dagligdagsaktiviteter samt livskvalitet. Studiet konkluderede, at TKA efterfulgt af træning og rehabilitering havde bedre effekt end træning og rehabilitering alene, såfremt effekten måles som smertelindring, funktionsevneforbedring og livskvalitet. Imidlertid valgte en stor del af de individer, der var randomiseret til udelukkende træning og rehabilitering, ikke at blive opereret i perioden. Blandt disse individer fandtes tillige også klinisk relevante ➤ ➤





GENOPTRÆNING EFTER TKA OG THA

⇒ forbedringer, omend ikke så store som blandt TKA-patienterne. Studiets resultater understreger for det første, at operationerne har positiv effekt på funktionsevne og smertelindring, men de understreger imidlertid også, at der, på trods af muligheden for at tilvælge operation, er en del patienter, der foretrækker blot at følge et trænings- og rehabiliteringsprogram frem for at lade sig operere. Ligesom patienter har forskellige udgangspunkter baseret på sociodemografiske karakteristika, varierer deres individuelle præferencer også. Dette taler yderligere for en segmentering af patienter i forbindelse med behandlingsforløbet samt et generelt større fokus på rehabilitering som en del af det samlede forløb.

Konklusion

Sammenfattende, og på trods af TKA og THA's anerkendelse som vellykkede operationer, mangler vi fortsat viden om indikationer for og typer af rehabiliteringsforløb, der kan gøre det samlede behandlingsforløb mere sammenhængende, medvirke til at udnytte operationernes potentialer til fulde og samtidig bidrage til et større fokus på netop rehabilitering. Det danske CPR-system og de danske registre giver en unik mulighed for at iværksætte undersøgelser med mulighed for segmentering af patienter, der kan generere viden til grundlag for udvikling af effektive rehabiliteringsprogrammer. En prospektiv, deskriptiv undersøgelse kunne identificere høj- og

lavrisikogrupper ved at sammenholde individuelle præoperative karakteristika som f.eks. funktionsevne, smerter, psykologiske karakteristika og personlige forventninger til operationsresultatet med den aktuelle funktionsevne seks måneder efter operation vurderet ved både PROM og objektive funktionsmål. På baggrund heraf kunne randomiserede undersøgelser med selektion af forskellige patientgrupper til forskellige postoperative rehabiliteringsindsatser iværksættes. Lavrisikogrupper kunne selekteres til simple hjemmebaserede øvelser, mens højrisikogrupper kunne selekteres til intensivere træningsgrupper. Ideelt set kunne strategien, såfremt undersøgelserne gav basis for det, implementeres i praksis og således testes af i en real world setting. Desværre har forfatterens forsøg på økonomisk støtte til dette relevante projekt ikke hidtil fundet økonomiske støttemuligheder

Alt i alt er det derfor for sundhedsmyndighederne tid til at stoppe op og overveje, om det aktuelle behandlingsforløb for THA og TKA kan tilrettelægges på alternativ vis, hvor operation og rehabilitering ses som et samlet forløb, og hvor segmentering af patienter tænkes ind helt fra forløbets start. ●

Finansiering af din klinik er vores speciale

Vi er en rådgivningsbank og via vores fleksibilitet, finder vi gode og individuelle løsninger for vores kunder.

Vi taler samme sprog

- Vi er nærværende og nemme at tale med.
- Vi kender til driften og finansieringen af fysioterapiklinikker.
- Vi kommer til dig, så du kan bruge din tid på dine kunder.

Branche-bank for fysioterapi

"Det er en stor proces at købe en fysioterapeutklinik. Der er mange ting, man skal tage hensyn til og have styr på – som fx hvordan klinikens budget hænger fornuftigt sammen, udviklingsmulighederne og fremtidssikring af forretningen. Den viden har Vestjysk Bank"
- Dennis Petersen og Michael Seiger Kristiansen, Horsens Fysioterapi & Træning

Kontakt os og hør, hvad vi kan tilbyde dig.

- vestjyskbank.dk/fysioterapeut



Dennis Petersen og
Michael Seiger Kristiansen



Anita Wang Hansen
Erhvervsrådgiver
awh@vestjyskbank.dk



Jeppe Tokkesdal
Erhvervsrådgiver
jto@vestjyskbank.dk

