

Det gode patientforløb - Hoftealloplastikker

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Forløbsprogram for

Hoftealloplastik patienter

1. Indledning	2
2. Beskrivelse af nuværende forløb	3
2.1 Generelle kendetegn for nuværende forløb	3
2.2 Aktivitet 2007	3
2.3 Patientforløb på de enkelte sygehuse	4
3. Beskrivelse af "best practice" patientforløb	5
3.1 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb.....	7
4. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb	8
5. Konklusion og anbefalinger vedr. fremtidens gode patientforløb for ortopædkirurgiske patienter.....	9
Bilag – projektgruppe	11
Bilag - patientforløb.....	11

1. Indledning

Primær total hoftealloplastik har igennem de sidste 30 – 40 år været én af de centrale kerneydelser på landets ortopædkirurgiske afdelinger. Den hyppigste årsag til hofteoperation med indsættelse af et kunstigt hofteled er slidgigt (ca. 80 % i Danmark i 2004). Den næsthypigste årsag til total hoftealloplastik er hofte nær femurfrakturer (11 % i Danmark i 2004). Af andre årsager kan nævnes eksempelvis leddegigt.

Når slidgigt kræver operation, er der oftest konstante smerter i hofte, som forværres ved f.eks. længerevarende gang eller smerter i hvile. Diagnosen slidgigt stilles dels på baggrund af symptomer og dels på baggrund af et røntgenbillede. I enkelte tilfælde kan en MR-scanning være en del af undersøgelsen.

90 – 95 % af patienterne bliver helt smertefrie efter operation. Mange oplever større og større lindring og bedre funktion af det kunstige hofteled i op til 6 – 12 måneder efter operation. Et kunstigt hofteled forventes at holde i 15 – 20 år afhængigt af den belastning, det nye led påføres.

Incidensen for total hoftealloplastik er steget markant i hele verden i de sidste årtier på grund af et stigende antal ældre personer i de fleste vestlige lande og udvidet indikationsområder. I Danmark er incidensraten af primær total hoftealloplastik steget fra 101/100.000 personer i 1986 til 131/100.000 personer i 2002, hvilket er en stigning på 30 %.

I 2007 var gennemsnitsalderen for hoftealloplastik patienter i Region Syddanmark 68 år.

Primær hoftealloplastik kirurgi	OUH	SHF	SHS	SVS	FKS	VGS	i alt
Patienternes gennemsnitsalder	66 år	69 år	69 år	69 år	69 år	67 år	68 år

Udviklingen inden for hofte- og knæalloplastik i Danmark har igennem de sidste 10-12 år medført, at incidensen af hoftealloplastikker er steget fra 70 til 140 pr. 100.000 indbyggere, medens det for knæenes vedkommende ved starten af perioden lå på ca. halvdelen af hoftealloplastikkerne, men nu ligger på ca. ¾. Udviklingen i andre lande har betydet, at antallet af knæalloplastikker ligger på højde med hoftealloplastikker og er endda i lande som Australien og USA højere end for hofternes vedkommende.

Igennem de næste 10 år må man forvente – alene på baggrund af den demografiske udvikling – at stigningen vil være ca. 20 %. Hvorvidt ændret indikationsstilling vil medføre en lignende stigning er uklart.

Der næst må der pga den generelt øgede aktivitet på området forventes et øget antal revisioner.

2. Beskrivelse af nuværende forløb

2.1 Generelle kendetegn for nuværende forløb

Der er tale om planlagte patienter, som opereres inden for 5 – 10 uger efter henvisning, og som udskrives 4 – 5 dage efter operation.

I forhold til alloplastik patienter (hofter/knæ) har der i flere år været arbejdet med accelererede patientforløb med henblik på at nedbringe indlæggelsestiden, og ud fra amerikanske principper kaldet "Joint Care", hvor tilgangen til patienterne er, at der er tale om raske personer, som "blot" skal have udskiftet et led og hvor det forventes, at patienterne og deres pårørende deltager aktivt i behandlingsforløbet, herunder bl.a. i informationsmøder og genoptræningsforløb for grupper af patienter.

2.2 Aktivitet 2007

I Region Syddanmark blev der i 2007 udført godt 1.800 hofteoperationer (primær total hoftealloplastik).

Antal af CPR med primær hoftealloplastik kirurgi (KNFB 20 + 30 + 40) i 2007							
DRG	OUH	SHF	SHS	SVS	FKS	VGS	i alt
0128 Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. o. 17 år					1		1
0548 Andre operationer på kredsløbsorganerne		1					1
0801 Infektionskirurgi i bækken, hofte, lår, knæ, underben, ryg eller hals				1			1
0808 Dobbelt alloplastik, gruppe 1	8	1	1	1	2	9	22
0813 Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i bækken, hofte eller lår	1						1
0817 Frakturkirurgi i bækken, ryg eller hals	1			1			2
0822 Enkelttidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gr. 1	348	272	286	295	258	346	1805
1206 Andre operationer på mandlige kønsorganer					1		1
1718 Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m.	1						1
2103 Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	1	1		1			3
2108 Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.					1		1
2301 Operationer ved anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet						1	1
2402 Påsætning af lemmer, hofte- og lårbensoperation ved svært multitraume		2					2
2601 Større op. uden sammenhæng med hoveddiagnosen	1						1
2629 Multipatologi og svær funktionsnedsættelse		1					1
I alt	361	278	287	299	263	356	1844

Gennemsnitlige liggetider: Forskellen i gns. liggetid er 1 ½ dag fra de sygehuse med den længste liggetid til det sygehus med den korteste liggetid. Den gennemsnitlige liggetid er faldet markant de seneste år, og der arbejdes fortsat på at nedbringe liggetiden på regionens sygehuse.

PRIMÆR HOFTEALLOPLASTIK KIRURGI (KNFB20+30+40)	
Region Syddanmark 2007	Gennemsnitlig liggetid - dage
Odense Universitetshospital	5,1
Sygehus Fyn	6,2
Sygehus Sønderjylland	6,0
Sydvestjysk Sygehus	5,5
Kolding Sygehus	5,5
Vejle Sygehus	4,7
TOTAL	5,5

2.3 Patientforløb på de enkelte sygehuse

Patientforløbene er overordnet set meget ens på sygehusene, og indeholder alle følgende elementer:

- Henvi sning fra egen læge
- Forundersøgelse
- Supplerende undersøgelser
- Patientseminar
- Indlæggelse
- Operation
- Udskrivelse
- Kontrol

En gennemgang af nuværende patientforløb viser, at praksis er forskellig på især to områder punkter.

Operationsforberedelse: Der er forskel på hvornår i forløbet patienterne forberedes til operation i forhold til at få foretaget anæsthesitilsyn, får taget blodprøver, og får foretaget røntgenbilleder til brug tilpasning af proteser. På sygehusene i Kolding, Vejle, Grindsted og Aabenraa foregår dette i forbindelse med og samme dag som forundersøgelsen. På OUH foregår dette i forbindelse med og samme dag som det fælles patientseminar.

Kontroller: Der er forskel på hvornår og hvor mange kontroller der foretages.

Af bilag er eksisterende patientforløb illustreret for henholdsvis Kolding Sygehus, Odense Universitetssygehus, Sydvestjysk Sygehus (Grindsted) og Vejle Sygehus.

3. Beskrivelse af "best practice" patientforløb

Projektgruppens drøftelser af best practice har omhandlet følgende elementer:

Røntgenundersøgelser: Man kunne overveje at røntgenafdelingen – når egen læge har henvist patient til røntgen af hofte og i henvisningen noterer, at patienten forventelig skal opereres – som standard tager de røntgenbilleder (målbilleder), ortopædkirurgerne har brug for ift. operationsplanlægning. Holdningerne hertil er delte. Fordelen er, at man undgår, at patienterne skal have taget røntgenbillede to gange. Ulempen er, at man får taget målbilleder (større dosis/undersøgelse end almindeligt billede) på patienter, som efterfølgende vurderes ikke at skulle opereres. Stillingtagen hertil afhænger bl.a. af sygehusenes OP-rater dvs. andelen af henviste patienter som visiteres til OP.

I forbindelse med drøftelserne heraf, har sygehusene udarbejdet opgørelse/skøn over andelen af henviste patienter, som visiteres til OP. Vejle Sygehus vurderer, at ca. 85 % af alle henviste patienter visiteres til OP, Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus og Kolding Sygehus vurderer, at mellem 50 – 70 % visiteres til OP, mens Sygehus Sønderjylland konkret har opgjort, at kun ca. 30 % af alle henviste patienter ender med operation. Der er ingen umiddelbare forklaringer på dette store spænd i sygehusenes OP-rater, men forskellene er et oplagt emne for nærmere undersøgelse.

Booking til forundersøgelse: Man kunne overveje at lade de praktiserende læger booke tid til forundersøgelse eller alternativt bede patienten ringe til ambulatoriet 2 – 3 dage efter besøget hos praktiserende læge for herved at undgå at patienten aflyser den tid, han/hun får til forundersøgelse.

Individuel undersøgelse mhp. operationsforberedelse: Hvorvidt best practice hvad angår tidspunkt for operationsforberedelse (målbilleder, blodprøver, anæsthesitilsyn m.m.) er i forlængelse af forundersøgelsen eller i forlængelse af patientseminaret er der delte meninger om. Fordelen ved at operationsforberedende undersøgelser i forlængelse af forundersøgelsen er bl.a. at det er tidsbesparende i forhold til eksempelvis en operationsdag der ligger meget tæt på forundersøgelsesdatoen (eksempelvis 14 dage). Fordelen ved at operationsforberedende undersøgelser i forlængelse af patientseminaret er bl.a., at man nøjagtigt ved, hvor mange patienter, der skal opereres og derved kan tilpasse antallet af undersøgelsestider herefter.

Mulighederne for at komprimere forløbene endnu mere – ved at lægge forundersøgelse, patientseminar og operationsforberedende undersøgelse samme dag – blev drøftet, men konklusionen var bl.a., at det vil blive en meget lang dag for patienterne med for meget "spildtid".

Kirurgisk planlægningskonference: Afholdelse af fælles planlægningskonference er én måde, hvorpå man kan undgå eksempelvis aflysninger i sidste øjeblik. En sådan konference kunne bruges til at læger, personale på op-afsnit og sengeafsnit i fællesskab gennemgår kommende uges patienter med henblik på afklaring af:

- Er indikation OK?
- Hvem er operatør?
- Skal der anvendes specifikke protesekomponenter el. instrumenter?
- Mangler der røntgenbilleder?
- Er der medicinske forhold som er uafklarede?

Anæstesi

Der er evidens for spinalbedøvelse kombineret med lokal nerveblokade (FICB), som også kan anvendes til postoperativ smertebehandling.

Opvågningsafsnit: Spørgsmålet om hvorvidt der er behov for at patienterne skal på opvågningsafsnit eller om de kan gå direkte i sengeafsnit blev drøftet – men forkastet. Kort ophold på opvågningsafsnit vil fortsat være en del af patientforløbet.

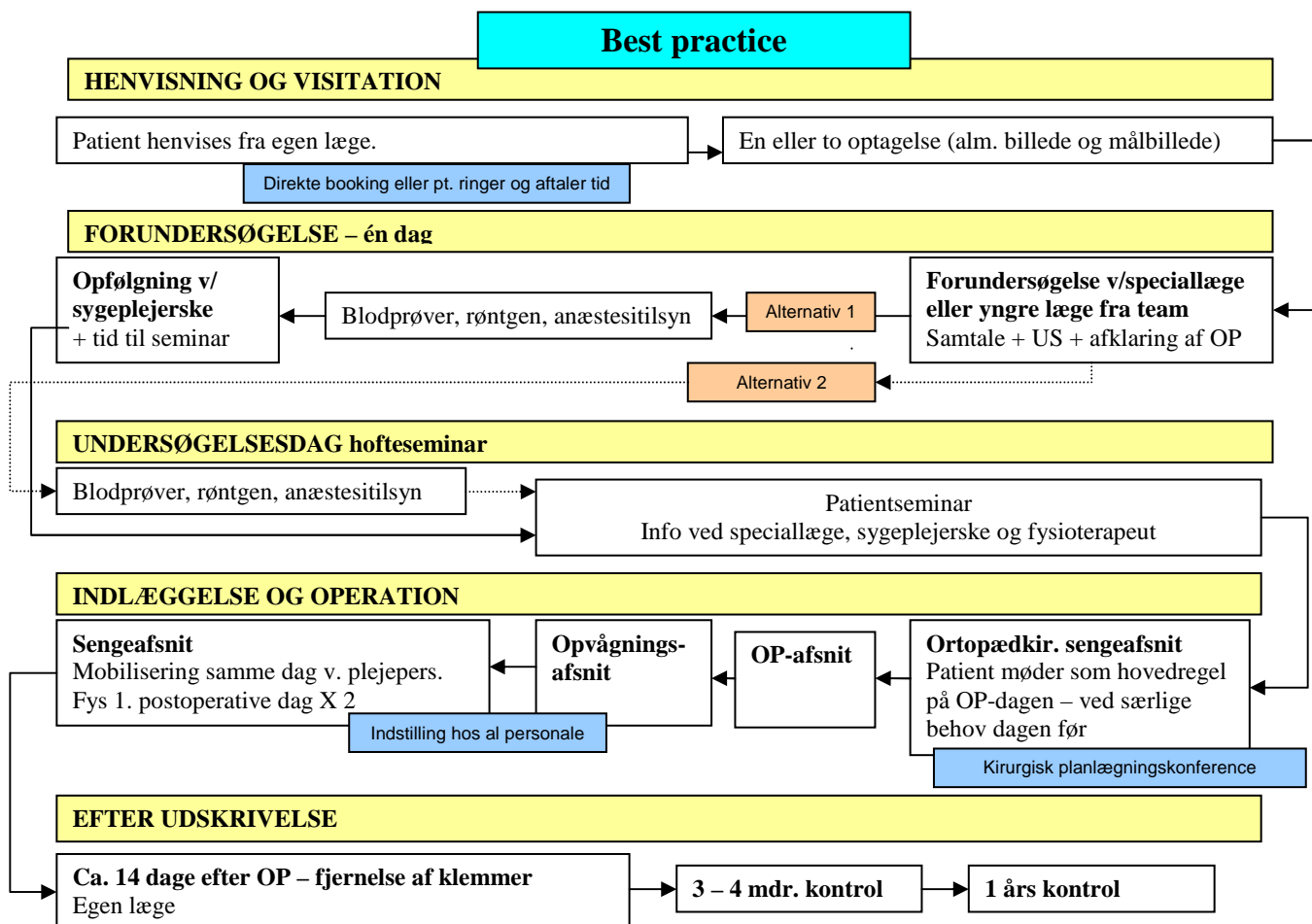
Mobilisering: Tidspunktet på hvornår mobilisering påbegyndes vurderes af alle at være vigtigt for den samlede indlæggelsestid – og alle sygehuse har nogenlunde samme tilgang hertil: patienterne skal mobiliseres til sengekanten inden sengetid på op-dagen. Første post-operative dag og efterfølgende dage tilstræbes det, at patienten kommer til fysioterapeut 1-2 gange dagligt.

Mobilisering af patienterne er en tværfaglig opgave, og indstillingen hos *hele* personalet er en vigtig forudsætning for en vellykket og hurtig mobilisering af patienterne.

Udskrivelse: Målet for udskrivelsestidspunktet er 3. postoperative dag. Hertil skal tillægges én dag for de patienter, som indlægges dagen før operation.

I ___(1)___ | ___1-(2)___ | ___2-(3)___ | ___3-(4)___ | Udskrivning_|
 Dagen før OP-dag 1. post op dag 2. post op dag 3. post op dag

I registreringsmæssig forstand defineres indlæggelsestiden således, at alle indlæggelsesdage tælles med, dog tælles den dag patienten udskrives ikke med. Ved ovenstående eksempel vil patienten der indlægges dagen før operation (tallene i parentes) og udskrives 3. postoperative dag således have en liggetid på 4 dage, mens patienten der indlægges samme dag som operation vil have en liggetid på 3 dage.



3.1 Overvejelser vedr. omlægning og mulighed for accelereret forløb

Projektgruppen har drøftet den gennemsnitlige liggetid for denne patientgruppe og er nået frem til, at målet er, at patienterne i gennemsnit kan udskrives 3. postoperative døgn.

Forudsat at halvdelen af patienterne indlægges dagen før operation og halvdelen af patienterne udskrives et døgn senere, svarer dette til en gennemsnitlig liggetid på 4,0 dage.

Nedenstående beregning viser, at man – hvis man kan nå dette mål – reducerer behovet for senge med 26 % - 27 % på regionsniveau. Af nedenstående tabel ses, at potentialet varierer mellem 14 % og 35 % sygehusene imellem.

En reduktion på 26,6 % svarer eksempelvis til:

- 10 - 11 senge på regionsniveau ved en belægning på 85 %, 42 uger om året, 7 dage om ugen
- 14 – 15 senge på regionsniveau ved en belægning på 85 %, 42 uger om året, 5 dage om ugen

		2007	Liggetid på 4 dage	Potentiale - sengedage	Potentiale %
OUH	Antal af CPR	361	361	390	21,26 %
	Sum af SENGDAE	1834	1444		
	Gennemsnitlig liggetid	5,1	4		
SHF	Antal af CPR	278	278	606	35,27 %
	Sum af SENGDAE	1718	1112		
	Gennemsnitlig liggetid	6,2	4		
SHS	Antal af CPR	287	287	581	33,60 %
	Sum af SENGDAE	1729	1148		
	Gennemsnitlig liggetid	6,0	4		
SVS	Antal af CPR	299	299	453	27,47 %
	Sum af SENGDAE	1649	1196		
	Gennemsnitlig liggetid	5,5	4		
FKS	Antal af CPR	263	263	405	27,80 %
	Sum af SENGDAE	1457	1052		
	Gennemsnitlig liggetid	5,5	4		
VGS	Antal af CPR	356	356	240	14,42 %
	Sum af SENGDAE	1664	1424		
	Gennemsnitlig liggetid	4,7	4		
Total Antal af CPR		1844	1844		
Total Sum af SENGDAE		10 051	7376	2675	26,61 %

Ovenstående er gennemsnitsbetragtninger, som ikke tager højde for spidsbelastninger og perioder med nedlukning (ud over 10 uger).

Alloplastikker søges flere steder udført på ugens første tre dage med henblik på at patienterne kan udskrives inde weekenden.

4. Beskrivelse af fremtidens gode patientforløb

Der er tale om flere undergrupper af patienter, hvoraf en stor del har primær artrose og derfor skal have isat en "standardprotese". Det er denne gruppe af patienter et forløbsprogram primær retter sig imod.

Det er vigtigt at man i primærsektoren har foretaget en primær vurdering og udredning med røntgen.

Der er ikke enighed om hvorvidt det er hensigtsmæssigt at kombinere 1. besøg med decideret journalskrivning. Dette må afhænge af forventet "hitrate".

Der er enighed om at forberedelsen til operation i øvrigt foregår på en dag med tværfaglig information og sikring af at alle forundersøgelser er i orden. Der har været gode erfaringer med "joint-care" principperne der også involvere de pårørende og skaber en fællesskabsfølelse og et ensartet højt informationsniveau.

Når dette er overstået kan patienterne normalt møde få timer før operation.

Der skal være standarder for præ- og postoperativ smertebehandling, og antibiotica- og tromboseprofylakse.

Der bør endvidere foreligge et tværfaglige rehabiliteringsprogram (gerne dag for dag). Som for hoftefrakturpatienterne gælder at dette vil medvirke til at skabe sammenhæng mellem vores, patienternes, de pårørendes og primærsektorens forventninger til forløbet.

Erfaringen viser at et godt primært forløb betyder at den videre rehabilitering i stort omfang kan varetages af patienten selv efter mundtlig og skriftlig instruktion (selvtræning).

Hurtig mobilisering er vigtig. Og også i den postoperative fase er applikation af "joint-care" principper væsentlige for et godt og kort forløb.

Det skønnes at liggetiden kan holdes på mellem 2-5 postoperative dage, dvs. 3-6 dage.

Der foreligger endnu ikke koncepter der muliggør et rent ambulans/sammedagskirurgisk forløb. Idet de udenlandske erfaringer er baseret på postoperativt ophold på en rehabiliteringsenhed eller lignende.

Også for denne patientgruppe er der behov for mindst et opfølgende ambulant besøg (hos læge/fysioterapeut). Tidspunktet kan diskuteres, men bør være mellem 3 og 12 mdr. efter operation. Herudover bør man tilrettelægge et opfølgende ambulant besøg (eksempelvis hos sygeplejerske) med henblik på indberetning til hofte-databasen.

Som nævnt i indledningen omhandler disse principper "standardpatienterne". For de andre grupper (revisioner, vanskelige primær patienter og patienter der indgår i forskningsprojekter) gælder at mange af de samme principper kan anvendes, men at der kan være behov for flere kontakter og særlig håndtering. Principielt bør der kunne udarbejdes særlige forløbsprogrammer for disse patientgrupper, således at en vis form for standardisering tilstræbes.

Dimensioneringen af afdelingerne skal afspejle sammensætningen af patientklientellet.

5. Konklusion og anbefalinger vedr. fremtidens gode patientforløb for ortopædkirurgiske patienter

Projektgruppen har - på baggrund af beskrivelsen af gode patientforløb for patienter med hofte-nære brud og beskrivelsen af gode patientforløb for patienter der får foretaget hoftealloplastikker (denne rapport) – haft en generel drøftelse af fremtidsscenarier, der relaterer sig til dimensionering og indretning af fremtidens sygehuse for ortopædkirurgiske patienter. Konklusionerne og anbefalingerne er sammenfattet nedenfor:

Fælles akut modtagelse

Alle akutte ortopædkirurgiske patienter vil – som hovedregel – blive modtaget i akutsygehusets fælles akutmodtagelse. Den fælles akutmodtagelse tænkes ikke indrettet med en-sengsstuer, men i stedet med flere senge i samme rum (evt. med skydevægge mellem sengene) idet en sådan indretning giver god mulighed for observation og central overvågning.

Der bør være "mini"-laboratorie og "mini"-røntgen m. scannere i direkte fysisk tilknytning til akut modtagelsen.

Der bør være mulighed for at foretage akutte operationer i den fælles akutte modtagelses traumerum. Al øvrig operationsaktivitet bør foregå på OP-gangen.

Behandlingsfaciliteter

Den store volumen i ortopædkirurgien tilsiger, at ortopædkirurgien på akutsygehusene organiseres med "egne" operationsfaciliteter både til akut og elektiv kirurgi, herunder eventuelt også ambulante kirurgi. Der er visse driftsmæssige gevinster ved at have den akutte og den elektive kirurg samlet på samme matrikel.

Der bør indrettes flow-stuer på alle matrikler.

Opvågning og intermedieafsnit

Der vil fortsat være behov for opvågningsafsnit til ortopædkirurgiske og andre kirurgiske patienter (observations/opvågningsenge) af hensyn til en tæt postoperativ observation. Det kan overvejes, om disse senge kan etableres i tæt tilknytning til den fælles akut modtagelse – fælles for alle specialer.

Genoptræning og sengeafsnit

Genoptræning/mobilisering startes for langt de fleste patienter 1. postoperative dag – og bør foregå alle ugens syv dage. Det er afgørende, at sengeafsnittene særligt til ortopædkirurgiske patienter indrettes således, at de fysiske rammer understøtter mulighederne for genoptræning eksempelvis med aktivitetsrum i direkte tilknytning til sengeafdelingens opholdsrum og gode udendørs faciliteter. Genoptræning af ortopædkirurgiske patienter bør være en integreret del af opholdet i sengeafsnittet.

Indretning af en-sengsstuer betyder, at m2 på indretning af samtalerum, undersøgelsesrum og EPJ-rum på sengeafsnittene kan "spares", idet disse aktiviteter kan foregå på patientens sengestue.

Det anbefales, at nybygning og udbygning af fremtidens sygehuse sikrer, at der skabes tilstrækkelig fysisk kapacitet til, at hele patientforløbet kan foregå på samme matrikel, idet det ikke findes hensigtsmæssigt hverken ud fra et patienthensyn eller et driftsmæssigt hensyn at overflytte patienterne til andre sygehuse i forløbet. Dels skaber det kontinuitetsbrud, dels forlænger det indlæggelsestiden og med sikkerhed øges antallet af arbejdsprocesser (transaktioner).

Joint care

Joint care konceptet stiller særlige krav til den fysiske indretning af sygehusene, idet der – i takt med at konceptet udbredes til stadig flere patientgrupper - i højere grad bliver behov for store (møde)lokaler med plads til afholdelse af patientseminarer og informationsmøder.

Personale

Det vil i stigende grad blive vanskeligt at rekruttere personale, derfor er det vigtigt at der i forhold til rekruttering og fastholdelse af personale indtænkes gode fysiske forhold for personalet.

Dimensionering

Erfaringerne viser, at systematisk arbejde med optimering af patientforløb reducerer liggetiderne – og der vil fortsat være potentiale herfor. Herudover vurderes det, at kommunerne i fremtiden vil overtage mere og mere af genoptræningen af især de ældre patienter, hvilket ligeledes vurderes at reducere sengebehovet.

Hovedmekanismerne i forhold til den fremtidige ortopædkirurgiske patient vurderes at være:

1. Mere ambulante behandling og mindre stationær behandling
2. Flere accelererede forløb
3. Omlægning fra stationær til ambulante behandling
4. Omlægning fra akut til subakut behandling

Alt i alt vurderes den ortopædkirurgiske aktivitet på lang sigt at skulle anvende 70 % af den nuværende sengekapacitet – under forudsætning af, at de ambulante faciliteter udbygges væsentligt.

Bilag – projektgruppe

Formand	OUH/Svendborg	Jens Peter Steensen	Direktør
Sekretær	Sundhedstab	Helene Vestergaard	Chefkonsulent
Medlemmer	Kolding, Ortopædkirurgisk afdeling Vejle, Ortopædkirurgisk afdeling Vejle, Anæstesiologisk afdeling Odense, Ortopædkirurgisk afdeling O Odense, Ortopædkirurgisk afdeling O Odense, Terapien Middelfart, Anæstesiologisk afdeling Svendborg, Geriatrisk afdeling Svendborg, Ortopædkirurgisk afdeling SHS, Aabenraa, Ortopædkirurgisk afd. SHS, Aabenraa, Ortopædkirurgisk afd. SHS, Sønderborg, Terapien SVS, Ortopædkirurgisk afdeling SVS, Ortopædkirurgisk afdeling SVS, Ortopædkirurgisk afdeling Praksis	Steen A. Schmidt Dorthe T. Lund Hans Mandø Niels Dieter Röck Marianne Lundegaard Annie Hornemann-Helms Tommy Grøndal Nielsen Søren Jakobsen Henrik Noer Marianne Breddam Helle Overgaard Kinne Møller Sørensen Per Riegels-Nielsen Lene Eg Jane Birkebæk Martin Munk	Ledende overlæge Oversygeplejerske Overlæge Ledende overlæge Oversygeplejerske Ledende fysioterapeut Overlæge Overlæge Ledende overlæge Overlæge Oversygeplejerske Fysioterapeut Overlæge Ledende oversygeplejerske Kl. sygeplejelære Prak. læge, praksiskonsulent OUH

Bilag - patientforløb

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark