



## ORTOPEDKLINIKEN

# SEKTIONEN FÖR NEDRE EXTREMITETSKIRURGI

### Medicinsk verksamhet

Sektionen för nedre extremitetskirurgi består av rygg-, höft-, knä- och fotverksamhet.

### Ryggsektionen

Ryggsektionen hanterar idag samtliga tillstånd associerade med degenerativ ländryggssjukdom. Sektionen växer och bemannas nu av tre erfarna ortopedier, två ST-läkare med specialinriktad utbildning mot ryggkirurgi och fem sjukgymnaster med särskilt intresse för ryggpatienter. Inom sektionen räknar vi också några sköterskor och administrativ personal som är knutna delvis till ryggverksamheten. Vi har återkommande tvärprofessionella möten ca var 6:e vecka för att utveckla verksamheten och öka samsynen inom sektionen.

En stor del av diskbräckspatienterna följs upp postoperativt av sjukgymnast i öppenvård. Sjukgymnasterna följer också akut insjuknade diskbräckspatienter som söker på akuten. Patienter med misstänkt diskbräck får information att själva ta kontakt med våra sjukgymnaster om de inte förbättras inom 4-6 veckor. Sjukgymnasten gör då en bedömning av om operation kan bli aktuell och kontaktar i så fall ortoped som beställer snar MR-undersökning och vid behov operation. Detta medför att vi snabbt kan identifiera och operera de som behöver opereras.

Vi har ett nära samarbete med smärtkliniken rörande öppenvårdspatienter med bl.a. multiprofessionell smärtbedömning som en del i den preoperativa utredningen hos utvalda patienter. Smärtkliniken är också tillsammans med anestesikliniken intimt involverad i den postoperativa smärtlindringen av fusionspatienterna och andra utvalda patienter som har svår smärta. Vi får även hjälp att utveckla smärtlindringen hos patienter med risk för beroendeutveckling. Vi har under året utvecklat och förenklat den postoperativa smärtlindringen hos fusionspatienterna. Ett utvärderingsarbete pågår kring detta men vårt intryck är att det är mycket framgångsrikt. Vi har kvar avancerad postoperativ smärtlindring med bl.a. epidural till de mest smärtdrabbade patienterna.

Vi håller idag vårdgarantin 30 dagar till nybesök. Vi har uppnått detta genom en målmedveten och strukturerad köfrihetssatsning under 2011. Vi håller vårdgarantin 90 dagar för samtliga rutinoperationer som inte kräver specifik operatör. Diskbräck som behöver operation kan erbjudas snabbare tider.



### Förbättringsarbete:

Vi har under hösten introducerat en ny teknik för att steloperera sakroiliakaleder som förefaller lovande. Vi kommer att utvärdera metoden med ryggregistret som verktyg. Vi planerar också för att öka vår kompetens kring operation i bröstrygg och halsrygg för att på sikt kunna erbjuda en komplett ryggkirurgisk smärtbehandling.

### Knäsektionen

År 2011 utförde vi 383 knäplastiker, vilket är en minskning med ca 2 % jämfört med 2010. De goda resultaten av helplastiker gör att enkammarplastikerna numer endast utgör cirka 5 %. Detta att jämföra med tidigt 90-tal då 50-55 % av knäoperationerna var av typen enkammarplastik.

När det gäller enkammarplastiker är ändå trenden att dessa kommer att öka igen på ett selekterat patienturval. Isolerad ersättning av knäskålsleden kommer också att prövas under 2012. Utveckling av proteskonceptet till den yngre patientgruppen pågår också.

Trenden i Sverige är liknande den i världen, nämligen en relativ ökning av knäplastikerna jämfört med höftplastikerna. Förhållandet närmar sig allt mer 50/50. Inom något år görs det troligen lika många knä- som höftplastiker. Sannolikt beror detta på ett förbättrat slutresultat av knäprotesoperation där färre operatörer gör flera ingrepp, bättre protesmaterial, och en väl utvecklad rehabilitering i grupp.

Återbesök till sårkontroll för suturtagning 3 veckor efter primäroperation är 96 % (jmf 2010 – 85 %).

Antalet ytliga sårinfektioner som identifierades på sår-  
tagningen var 6 av 366 primärplastiker, d.v.s. 1,6 %.

Antalet revisionsoperationer 2011 var 17 stycken, vilket är  
en liten minskning jämfört med 2010 (23 stycken).

Vi utför alla former av reoperationer och vi fortsätter med  
så kallade 1-seans-revisioner efter djup infektion med gott  
resultat. Detta minskar patientens lidande jämfört med  
standardåtgärden som innebär 2 operationer.

Vi strävar efter kontinuerliga förbättringar varje år.

Ett förbättrat arbetssätt genom dubbla operatörer vid speciellt  
krävande fall och komplikationer har genomförts.

Vi fortsätter med Hb-, CRP- och SR-kontroller preoperativt  
för att öka kvaliteten och patientsäkerheten. Om problem  
fångas i tid minskar antalet inställda operationer.

Rökstoppsinformation och rökstoppsråd inför operation  
används för att förbättra förutsättningarna för en lyckad  
operation och minska infektionsrisken.

Kraftig övervikt med BMI över 40, har visat sig öka risken  
för komplikationer och infektioner postoperativt. Särskilda  
övervägande och förberedelser görs därför för denna  
patientgrupp i syfte att reducera riskerna.

Vi har inrättat en speciell infektionsmottagning tillsammans  
med infektionskonsult som har utrymme för 3-5 patienter  
per vecka.

Ett vårdprogram för djup infektion har upprättats.

Check in och check out på operation har utvecklats för  
ökad patientsäkerhet.

Ökade resurser för utbildning på mottagning och operation  
har skapats.

### *Subgrupp inom knäsektionen – artroskopisk kirurgi inklusive främre korsbandskirurgi*

Under 2011 har korsbandskirurgin ytterligare minskat då vi  
enligt lämpligast effektiva omhändertagande nivå, (LEON)  
principen fortsätter att utskifta patienter som inte kräver  
sjukhusets resurser.

Vi fortsätter att hänvisa vissa patienter med akut knä-  
distorion, direkt från akuten till Arthro Clinic.

Vi utför även reoperationer på patienter som kommer på  
remiss från andra vårdgivare, inklusive patienter på special-  
listvårdsremiss. Uppföljningen av korsbandsoperationerna  
sköts av opererande läkare med hjälp sjukgymnaster på  
Capio Arthro Clinic som utför styrketest 6 månader post-  
operativt.

## *Fotsektionen*

Fotsektionen har minskat sin verksamhet under året. Vi  
utför fortfarande både framfots- och bakfotskirurgi, men  
antalet erfarna fotkirurger har minskat i antal och vi väljer  
i allt större omfattning att skicka svårare fall, och eventu-  
ella protesfall för bedömning och åtgärd till främst Nacka  
sjukhus.

## *Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete*

Vi deltar i nedanstående kvalitetsregister. Resultaten utgör  
grund för förbättringsarbetet.

- Nationella knäprotesregistret
- Nationella korsbandsregistret

## **Höftsektionen**

Inom höftsektionen handläggs i huvudsak artrostillstånd  
i höftled som standardmässigt opereras med cemente-  
rad höftledsplastik. För patienter som är 65 år och yngre  
används oftast en ocementerad stam i lårbenet. Alla får ett  
beprövat koncept med cementerad skål i bäckenet.

P.g.a. ökad osäkerhet kring s.k. ytplastiker (" Birmingham-  
metoden, metall mot metall) utför vi nu inte längre denna  
typ av operation som främst är ansedd lämplig för yngre,  
aktiva män. Vi följer upp denna patientgrupp (totalt c:a 80  
patienter, opererade 2005 till 2010) enligt särskilt protokoll  
för att öka kunskapen kring detta koncept, dess för- och  
nackdelar.

År 2011 har vi rapporterat 455 primära höftledsplastiker  
och 76 revisioner utbytes- eller omoperationer (2010:  
421 respektive 82). Samtliga förekommande såväl tidiga  
som sena komplikationer handläggs på kliniken. Andel  
omoperationer minskar successivt, sannolikt ett uttryck för  
allt bättre kvalitet på den först utförda höftledsoperationen.

Ortopeden kan sedan hösten 2011 handlägga samtliga  
patienter inom vårdgarantin, d.v.s. bedömning avseende  
ev. operation inom 1 månad och operation inom 3 måna-  
der.

Via Svenska Höftprotesregistret ges återkoppling av våra  
resultat. Detta sker med ett års fördröjning. Aktuella siffror  
avser perioden t.o.m. 2010. 10-årsöverlevnad förbättras  
successivt och är nu 96 %. Reoperation inom 2 år ger  
ett mått på framför allt problem med luxationer och infek-  
tioner. Vi har där en tydlig sjunkande trend från 3 % till  
nu 1 % inom mätt 3-årsintervall sedan 2003. Rikssnitt är  
1,8 % och vi klarar väl att jämföras med övriga kliniker i  
Stockholm.

En kontinuerlig översyn görs av vårt patientflöde med  
syfte att optimera rutiner, d.v.s. helst förbättra och förenkla  
parallellt. Vi vidareutvecklar gemensam förberedelse av  
patienter inför operation vilket inbegriper provtagning före  
operation, granskning av röntgenbilder, indikation m.m. Vi  
eftersträvar samsyn av planerade operationer och avstäm-

ning sker efter utförda ingrepp där röntgenbilder analyseras och diskuteras. Detta forum ger trygghet för patienter, operatörer och är ett utmärkt för kontinuerlig interutbildning.

Inskrivningsrutiner är väl inarbetade med samlad information och medicinsk förberedelse till alla patienter ca 2 veckor före operation.

Våra uppföljningar innehåller en sårkontroll efter 3 veckor, en tidig slutkontroll med komplikationsregistrering efter 3 månader och i.ö uppföljning enligt "Höftdispensären" på riksnivå med enkätsvar 1 år efter operation.

Sårkontroll: 360 av 448 primära höftplastiker (80 %) granskas i samband med suturtagning: 2 % anges "misstänkt infektion", av 77 revisioner: 0 % med "misstänkt infektion" (sic).

Den tidiga slutkontrollen utförs sedan flera år av våra sjukgymnaster som därmed svarar för en neutral och objektiv registrering av patientens funktion och eventuella komplikationer. Under år 2011 har sjukgymnasterna slutkontrollerat c:a 80 % av utförda höftplastiker, övriga har av olika skäl kontrollerats av operatören( revisioner m.m) I samband med detta återbesök görs en komplikationsregistrering som återkopplas till respektive kirurg som opererat patienten.

År 2011 har vi justerat smärtlindringen efter operation med mål att minska opioid användningen och därmed illamåendet. Mobilisering samma dag som operation är vårt mål, vilket sannolikt är gynnsamt för att minska trombosrisken och upplevd sjuklighet. Vårdtiden minskar successivt. Kollegor deltar regelbundet i såväl nationella som internationella möten med inriktning mot artroplastiker.

### *Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete*

Vi deltar i nedanstående kvalitetsregister. Resultaten utgör grund för förbättringsarbetet.

- Nationella höftprotesregistret



### **Kontaktpersoner**

**Andreas Westberg**, överläkare, kunskapsledare  
ryggsektionen

**Tom von Oelreich**, överläkare, kunskapsledare  
knäsektionen

**Hans-Christian Hyldahl**, överläkare, kunskapsledare  
höftsektionen



**Cario S:t Görans Sjukhus**

Cario S:t Görans Sjukhus  
Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm  
tel 08-58 70 10 00, [www.capiostgoran.se](http://www.capiostgoran.se)

