

Multiligamentära- eller bakre korsbandsskador

Dnr 49091/2025 - Sakkunniggruppens förslag på nationell högspecialiserad vård

Förord

Sakkunniggruppens förslag till nationell högspecialiserad vård (NHV) inom vårdområdet multiligamentära rekonstruktioner vänder sig framför allt till dig som är verksamhetschef, kliniskt verksam eller patient inom området, men också till dig som är beslutsfattare eller tjänsteman på regional nivå. Förslaget går även ut på öppen remiss för synpunkter. I underlaget hittar du information om vad sakkunniggruppen föreslår ska vara nationell högspecialiserad vård, på hur många enheter vården ska bedrivas, de villkor som ska gälla för att få bedriva vården samt de konsekvenser som sakkunniggruppen ser att förslaget kan leda till. Genom att svara på remissen möjliggör ni en bredare konsekvensanalys, vilket kan leda till att vi justerar förslaget innan det går vidare i processen. Inför Socialstyrelsens beslut kommer sedan en beredningsgrupp att lämna ett yttrande, baserat på sakkunniggruppens förslag, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Vi vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef
Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet multiligamentära knäskador och bakre korsbandsskador att det som framgår av under rubriken *Definition* nedan ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter.

Detta bedöms vara vård som är komplex, sällan förekommande, och kräver en viss volym. Vården kräver multidisciplinär kompetens, bland annat ortopedier, fysioterapeuter, plastiker och handkirurger, kärlkirurger samt ortopedtekniker. De kirurgiska åtgärderna kräver dessutom hög kirurgisk erfarenhet och har en lång inlärningskurva. Vården av patientgruppen är resurskrävande då man vid kirurgin kräver vana operatörer och man kan ibland exempelvis behöva använda sig av allograft.

Sakkunniggruppen finner att en koncentration av aktuell vård till fyra enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen samtidigt som ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser kan uppnås. Fyra NHV-enheter ger varje enhet en tillräcklig patientvolym (cirka 50 operationer/år) för att upprätthålla kirurgisk och multidisciplinär kompetens, möjliggöra utbildning av nya operatörer samt ge stöd och konsultation till remitterande. Färre än fyra enheter skulle öka risken för undanträngning av annan ortopedisk kirurgi och begränsa geografisk spridning, medan fler än fyra enheter skulle sprida patientvolymen för mycket och minska möjligheten att samla erfarenhet och kompetens.

Konsekvenserna av att koncentrera denna vård bedöms vara övervägande positiva. Patienten får snabbare och mer standardiserad bedömning samt ökad chans till korrekt kirurgisk behandling inom det subakuta fönstret. Vårdkedjan blir tydligare och kunskapsspridning till remitterande enheter underlättas. Tröskeln för konsultationer och stöd från NHV-enheterna kommer att vara lägre, vilket skulle möjliggöra kunskapsspridning och snabbare korrekt handläggning. Utöver detta stärks även möjligheterna till forskning.

Närliggande vård kommer inte att påverkas i någon större omfattning.

Förslag till definition av vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till definition av vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas. Med definition avses den del av vården som bara ska bedrivas på en nationell högspecialiserad vårdenhet med tillstånd.

Definition

För patienter med akut eller kronisk multiligamentär- eller bakre korsbandsskada, där kirurgisk behandling kan vara aktuell, ska kontakt tas med en enhet för nationell högspecialiserad vård (NHV) för multidisciplinär bedömning samt ställningstagande till och genomförande av eventuell kirurgi.

Minst ett uppföljande återbesök ska genomföras vid NHV-enheten inom tre månader efter primär kirurgisk behandling. Därutöver ska en uppföljning genomföras efter två år.

Eventuella postoperativa eller kirurgiska komplikationer som uppstår efter utskrivning från NHV-enhet ska hanteras i samråd med NHV-enhet.

NHV-enheterna kan även konsulteras vid akuta komplexa knäskador (med misstänkta eller verifierade multiligamentära skador).

Förtydligande till definitionen

Med multiligamentär skada avses skada på LCL/PLC eller MCL/POL med/utan ACL/PCL- skada eller isolerad skada på PCL

- ACL – främre korsband
- PCL – bakre korsband
- LCL – lateral kollateral ligament
- PLC – posterolaterala hörnet (inkl popliteus skada)
- MCL – mediala kollateral ligament
- POL – posteriora oblika ligament

Initial bedömning av remiss och röntgenbilder sker innan patient kommer på eventuellt mottagningsbesök. Mottagningsbesök kan ske fysiskt eller på distans.

Avgränsningar till definitionen

Följande områden, med stark koppling till definitionen, ingår ej i definitionen och ska ej koncentreras på nationell nivå:

1. ACL- skada i kombination med MCL- skada utan samtidig skada på POL kan omhändertas på regional nivå.
2. Akuta komplexa knäskador som kräver skyndsam handläggning utöver ligamentkirurgi exempelvis:
 - Akut eller hotande ischemi pga kärlskada
 - Öppna sårskador som behöver sutureras då man samtidigt skall överväga primär suturering av eventuella öppna sen- och ligament-skador som inte är intraartikulära
 - Kan behöva en extern fixator exempelvis hos gravt överviktiga patienter om knäleden inte kan hållas reponerad på annat sätt
 - Har en indragning av huden pga att vanligtvis den mediala femurkondylen fastnat igenom en rupturerad ledkapsel, så kallad Pucker sign, där man skyndsamt via öppen exploration kunna lösa luxationen för att förhindra hudnekros
 - Polytrauma patienter där mer allvarliga skador föreligger från andra organsystem skall inte remitteras förrän dessa är optimalt åtgärdade.
 - Olika typer av skelettskador som kräver akut behandling

Antal enheter

Fyra enheter

Närliggande vård

Följande områden ingår inte i förslaget till vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård men angränsar till det definierade området.

Sakkunniggruppen har i arbetet kring multiligamentära skador identifierat några områden där det skulle kunna behövas en dialog på nationell nivå. En sådan dialog skulle kunna mynna ut i att det behöver genomlysas för NHV alternativt att det behöver tas fram ett vårdprogram/komplettera befintligt vårdprogram eller kanske bedriva gemensamma studier på nationell nivå i området. Exempel på områden som identifierats är:

- ACL-skador hos barn med icke färdigvuxet skelett.
- Menisktransplantationer
- Patienter med komplex patellainstabilitet
- Komplex broskkirurgi

Vårdområde

Nulägesbeskrivning

Det vårdområde som sakkunniggruppen genomlyst, för att utreda vad inom området som bör koncentreras nationellt, är multiligamentära skador samt skador på bakre korsbandet. Den vård som utifrån sakkunniggruppens genomlysning föreslås att koncentreras nationellt framgår under rubriken *Definition*.

Den typiska patienten är en patient som drabbats av en högenergiskada, exempelvis i samband med trafikolycka eller idrottsskada, där flera ligament i knäleden är involverade. En annan patientgrupp utgörs av individer med övervikt som drabbats av lågenergitrauma med samtidig skada på flera ligament. Överrörlighet är en känd riskfaktor för att drabbas av dessa typer av skador.

Om skadorna inte identifieras och behandlas korrekt i ett tidigt skede ökar risken för kvarstående smärta, instabilitet i knäleden samt tidig artrosutveckling. Det är därför av vikt att patienter med dessa skador bedöms i det akuta skedet av ortopedier med särskild kompetens inom ligamentkirurgi, för att säkerställa korrekt diagnostik och adekvat behandling. Förutsättningarna för god knäfunktion förbättras när rätt åtgärd vidtas i rätt tid.

Vården av dessa patienter är komplex, dels till följd av avancerade diagnostiska och behandlingsmässiga överväganden, dels på grund av att antalet fall är relativt begränsat i Sverige. Utfallet av behandlingen är i hög grad beroende av korrekt initial handläggning och optimerad kirurgisk teknik. Vården är multidisciplinär och kräver samverkan mellan flera specialiteter, däribland ortopedi, kärlkirurgi, plastikk- eller handkirurgi, ortopedteknik samt fysioterapi.

Organisationen idag – fördelar och nackdelar

Idag utförs denna typ av kirurgi företrädesvis på större sjukhus, främst universitetssjukhus. Det förekommer troligtvis att vissa mindre sjukhus opererar ett begränsat antal patienter med dessa komplexa skador. Den totala patientvolymen är relativt låg vilket innebär att antalet ingrepp per enhet ofta är begränsat. Kirurgi utförs även vid enstaka privata enheter som har avtal med regioner. Det saknas ett enhetligt sätt att koda dessa skador vilket försvårar möjligheten att ta fram tillförlitlig nationell statistik från patientregistret.

Det finns i dagsläget inget formaliserat nationellt forum där svåra patientfall kan diskuteras utan detta är upp till varje läkare och den läkarens kännedom

om var i landet dessa patienter kan omhändertas. Detta medför en ojämlik tillgång till specialistbedömning.

Sakkunniggruppen bedömer att patienter i viss utsträckning remitteras från hela landet till ortopedier med särskild erfarenhet av patientgruppen. Remitteringen sker dock inte alltid inom den tidsram som är optimal för omhändertagande i det akuta eller subakuta skedet (cirka två veckor). Detta innebär sannolikt att vissa patienter som skulle kunna ha nytta av kirurgisk behandling inte identifieras i tid eller inte erbjuds sådan behandling, till följd av försenad eller utebliven diagnos. Bristande systematik i remittering kan leda till upprepade och delvis onödiga vårdkontakter, förlängda utredningsförlopp samt suboptimala behandlingsinsatser, inklusive utebliven eller icke optimal kirurgi.

I nuläget förekommer det att skador behandlas konservativt eller opereras utan optimal förutsättning för ett gott resultat. En koncentration av vården skulle medföra att varje kirurg ges möjlighet att utföra fler av dessa komplicerade ingrepp och därmed uppnå högre kompetens.

Forskning

Idag bedrivs viss forskning inom vårdområdet multiligamentära knäskador och bakre korsbandsskador. Denna forskning omfattar främst epidemiologiska kartläggningar, samt utfall av genomförda operationer. Studierna är huvudsakligen regionala, och det saknas nationella studier som systematiskt inkluderar hela patientgruppen.

Införandet av NHV bedöms kunna stärka forskningsmöjligheterna på nationell nivå. Koncentrationen av patienter till ett begränsat antal enheter skulle öka patientvolymerna och möjliggöra en mer formaliserad uppföljning, vilket skapar bättre förutsättningar för strukturerad datainsamling och kvalitetsuppföljning. Det skulle även underlätta deltagande i internationella studier, eftersom patientmaterialet då skulle vara samlat och enklare att inkludera.

Vissa registerstudier genomförs idag men även denna forskning skulle stärkas om registreringen i befintliga kvalitetsregister utvecklas. Patienter kan idag registreras i korsbandsregistret, men registret behöver anpassas för att fullt ut kunna omfatta denna patientkategori. Registreringen i registret idag är ofullständig gällande denna patientgrupp och innehåller inte patienter från alla sjukvårdsregioner och rapporteringen från de regioner som registrerar är inte fullständig/optimal. Sakkunniggruppen är överens om att en registrering i korsbandsregistret ska ske för denna patientgrupp.

Det finns visst internationellt samarbete inom området.

Internationell utblick

Idag har Norge en informell koncentration av motsvarande vård till Bergen, Oslo och i viss mån Trondheim. I Danmark utförs vård kring knäluxationer på fyra enheter och vården för multiligamentskador på fem enheter.

Det finns ett nytt europeiskt certifieringsprogram via ESSKA (European Society for Sports traumatology, Knee surgery and Arthroscopy). Detta syftar till en benchmarknivå avseende handläggning och kirurgi vid denna typ av skador. Detta innefattar en certifieringsmodul som är tänkt att spridas. Just nu har denna certifieringsmodul genomförts två ggr med totalt ca 30 deltagare från olika länder framför allt med deltagare från Europa men även Asien. Ambitionen är på längre sikt att även koppla detta till olika universitet och hittills är två sådana samarbeten påbörjade i Europa.

Förväntade vårdvolymer

Enligt det svenska korsbandsregistret utförs cirka 125 operationer per år. Sakkunniggruppen bedömer dock att det finns ett stort mörkertal, dels på grund av brister i registreringen som främst är anpassat för främre korsbandsskador (ACL), dels eftersom många patienter som idag skulle vara betjänta av kirurgi behandlas icke-operativt och icke-operativa behandlingar registreras inte i korsbandsregistret.

Utifrån sakkunniggruppens bedömning uppskattas den totala vårdvolymen för det definierade vårdområdet till ca 300–400 patientbedömningar per år, ca 200 primära kirurgiska ingrepp, ca 50 ingrepp kommer att vara kompletterande kirurgi i en andra seans, ca 600 tillhörande mottagningsbesök (inklusive återbesök). Detta innefattar både akuta skador och patienter som behandlats icke-operativt med osäkert resultat. Till denna volym tillkommer en större mängd konsultationer.

Sakkunniggruppen uppskattar att cirka 200 operationer per år är en volym som kommer att vara relativt stabil över tid. Det kommer dock, om koncentrationen till NHV-enheter fungerar som det är tänkt, att vara fler patienter som opereras inom det akuta fönstret i framtiden och färre patienter som behöver omhändertas efter en mindre lyckad icke-operativ behandling.

Patienter med övervikt kan potentiellt utgöra en växande grupp, då prevalensen av övervikt spås öka i framtiden och övervikt är en känd riskfaktor för multiligamentskada. De patienter som genomgår kirurgi kommer normalt att generera 2–4 mottagningsbesök på NHV-enheten (exklusive operationstillfället).

Om området organiseras som NHV förväntas både medvetenheten om tillståndet och kunskapen om var patienter kan få specialistbedömning öka. Detta väntas leda till en ökad efterfrågan på konsultationer från andra

vårdgivare. Även om detta kommer att ta tid i anspråk för NHV-enheterna, bedömer sakkunniggruppen att det är en positiv effekt och en viktig del av enheternas nationella kunskapsspridning.

Framåtblick

Varför nationell högspecialiserad vård?

Sakkunniggruppen bedömer att koncentration av vården skapar bättre förutsättningar för kvalitet, säkerhet och kunskapsspridning inom området multiligamentära knäskador. Genom att enheterna gemensamt utvecklar och sprider kunskap kan andra vårdgivare i landet, såsom ortopedkliniker, få ett tydligare stöd i att identifiera patienter med dessa skador.

När patienter identifieras möjliggör en NHV-organisation att de utsedda enheterna på ett systematiskt och likartat sätt bedömer och omhändertar patienter. Möjligheten att diskutera komplexa fall mellan enheterna ökar, vilket på sikt leder till en mer enhetlig vård och standardiserade behandlingsbeslut. Tidigare identifiering av patienter och snabbare tillgång till NHV-enheter inom det akuta omhändertagandefönstret minskar risken för kvarstående funktionsnedsättningar och långvariga problem.

En koncentration av vården underlättar också kompetensförsörjning. Kirurgin är tekniskt avancerad och kräver seniora operatörer som kan utbilda yngre. Detta gäller inte enbart kirurger; även andra yrkeskategorier, såsom fysioterapeuter och ortopedtekniker, behöver erfarenhet av patientgruppen för att vården ska fungera optimalt. Det är redan idag en utmaning att lära nya kirurger artroskopiska tekniker då knäartroskopierna totalt sett i landet har minskar i antal.

I detta vårdområde är det svårt att skapa ett generiskt vårdprogram då skadorna är heterogena. Detta stärker behovet av koncentration av vården till färre enheter då detta ger alla involverade yrkesgrupper möjlighet att utveckla specialistkompetens, vilket leder till fler högkvalitativa bedömningar och bättre kirurgiska resultat. Detta stärker också möjligheten att vara ett stöd till patientens hemortsvårdgivare efter genomgången kirurgi.

Koncentration av vården skapar även bättre förutsättningar för uppföljning, kvalitetsutveckling och forskning, inklusive studier av operationsutfall och långsiktiga resultat.

Vården av patientgruppen är resurskrävande dels på grund av ovan beskrivna utmaning att upprätthålla kompetens hos alla inblandade yrkeskategorier, dels då man vid kirurgin kan behöva använda sig av allograft (donerade graft). Detta kan vara kostsamt men en högre och mer

koncentrerad användning möjliggöra mer kostnadseffektiva strukturer och rutiner.

Sammantaget innebär detta att det är utmanande att upprätthålla tillräcklig kompetens i samtliga sjukvårdsregioner. I dag finns erfarenhet hos enskilda, ofta mer seniora ortopedier, men den begränsade patientvolymen försvårar utbildning och succession av nya operatörer.

Resonemang kring antal enheter

Sakkunniggruppen bedömer att antalet enheter behöver balansera kraven på tillgänglighet, kompetens och tillräckliga patientvolymen.

Vårdområdet innefattar ett visst mått av subakut verksamhet, där omhändertagande bör ske inom cirka två veckor, vilket talar emot en alltför hög grad av koncentration. Därtill kräver varje opererad patient uppföljning vid minst två återbesök, vilket sammantaget innebär ett betydande resursbehov vid de enheter som tilldelas uppdraget.

NHV-enheterna kommer även att fungera som nationella kompetenscentrum dit andra vårdgivare kan vända sig för rådgivning kring handläggning av komplexa knäligamentskador, utöver de patienter som remitteras för bedömning och behandling. Detta ställer ytterligare krav på tillgänglighet och kapacitet.

Sakkunniggruppen bedömer att en viss geografisk spridning av enheterna är nödvändig för att säkerställa rimliga resvägar för patienterna, särskilt då denna patientgrupp kan ha begränsad möjlighet att resa längre sträckor i det akuta eller tidiga skedet efter skada.

Mot denna bakgrund bedömer sakkunniggruppen att fyra enheter är en ändamålsenlig nivå. Detta skulle motsvara cirka 50 operationer per enhet och år, vilket bedöms vara tillräckligt för att upprätthålla hög kompetens, möjliggöra utbildning av nya kirurger. Utöver primäroperationer ingår revisioner, primära bedömningar och vissa konsultationer i uppdraget.

Ett lägre antal enheter än fyra bedöms kunna medföra ökad risk för undanträngning av annan ortopedisk kirurgi samt försämrad geografisk tillgänglighet. Det skulle även försvåra möjligheten att omhänderta patienter i det subakuta skedet. Samtidigt skulle ett högre antal enheter innebära att patientvolymen och erfarenhet sprids på fler enheter, vilket riskerar att påverka möjligheterna att upprätthålla tillräcklig kompetens och kvalitet negativt.

Förslag till vårdkedja

Patienter med multiligamentära knäskador kan aktualiseras för NHV-enhet både i ett akut/subakut skede och vid kroniska tillstånd. Remiss till NHV-enhet ska alltid initieras av en bakjournskompetent ortoped.

Inför remitteringen ska patienten ha genomgått magnetröntgenundersökning på hemorten för kartläggning av ligamentära skador samt för att utesluta fraktur. Distalstatus ska vara kontrollerat och dokumenterat. Därefter skickas remiss till NHV-enhet för vidare bedömning.

Vid NHV-enheten görs en samlad bedömning av skadan, och patienten får fylla i en enkät för patientrapporterade utfallsmått (PROM). Baserat på denna bedömning tas ställning till fortsatt behandling.

Vid indikation för kirurgi bör denna i de flesta fall genomföras inom två till fyra veckor från skadetillfället. För vissa skadetyper kan det vara medicinskt motiverat att avvakta, i vissa fall upp till cirka tolv veckor. Om konservativ behandling bedöms lämplig kan specifika hjälpmedel, såsom ortos, ordinerars via NHV-enheten.

Patienter som genomgår kirurgi vårdas vanligtvis 1–3 dagar vid NHV-enheten, varefter de skrivs ut till hemmet eller överflyttas till hemortssjukhus för fortsatt vård.

Minst två av återbesöken efter kirurgi ska ske på NHV-enheten. Detta besök kan vara digitalt eller fysiskt beroende på patientens behov. Det första återbesöket sker vanligen inom tre månader efter kirurgin. Därutöver ska en uppföljning genomföras efter två år, då även PROM ska insamlas.

Patienten återremitteras till hemorten efter kirurgi för fortsatt rehabilitering. Det är av stor vikt att ansvarsfördelning och fortsatt vårdplan tydligt framgår för både patient och behandlande enhet på hemorten. NHV-enheten ska säkerställa att det finns förutsättningar för adekvat omhändertagande av ortoped och fysioterapeut lokalt, inklusive bistå med tydliga behandlingsrekommendationer.

Vid eventuella postoperativa komplikationer ska kontakt tas med den NHV-enhet som patienten behandlats hos. Detta gäller allt från infektioner till att återhämtningen kliniskt avviker från förväntad gång.

Patienter med kroniska skador följer i huvudsak samma vårdkedja. Skillnaden är att det akuta behandlingsfönstret passerats, och att identifiering av dessa patienter även kan ske inom primärvård eller hos fysioterapeuter. Dock ska remiss även i dessa fall gå via en bakjournskompetent ortoped till en NHV-enhet.

Förslag till särskilda villkor

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till särskilda villkor. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter \(HSLF-FS 2018:48\)](#) om nationell högspecialiserad vård.

Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

Kritisk personalkompetens

Samtliga specialister/professioner i det multidisciplinära teamet ska ha specifik erfarenhet/kunskap/kompetens inom det definierade området:

- Specialistläkare i ortopedi med specifik erfarenhet av multiligamentär rekonstruktion i knäled
- Specialistläkare i kärlkirurgi
- Specialistläkare i handkirurgi eller plastikkirurgi
- Fysioterapeut
- Specialistläkare i ortopedi med specifik erfarenhet av frakturkirurgi
- Patientkoordinator / administratör för uppföljning
- Ortopedtekniker
- Specialistläkare i bild och funktionsmedicin

Andra kompetenser eller förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- Samarbete med specialistläkare i ortopedi med erfarenhet inom knäproteskirurgi
- Samarbete med specialistläkare i ortopedi med erfarenhet inom osteotomier
- Samarbete med specialistläkare i ortopedi med erfarenhet inom fotkirurgi inkluderande sentransferering
- Samarbete med specialistläkare i ortopedi med särskild kompetens inom barnortopedi

Kritisk utrustning eller lokaler

Här ska det framgå om det är någon typ av utrustning som inte tillhör standardutbudet på ett sjukhus som behövs för att diagnosticera och/eller vårda patienter inom definitionen. Endast om utrustningen/lokalen är ovanlig eller starkt kopplad till definitionen ska den anges.

- Tillgång till allograft
- Stressröntgen (kritisk för utvärdering av behandling)
- Möjlighet att vårda barn i enlighet med barnkonventionen

Övriga villkor

- NHVe ska bidra till att forskning inom det aktuella sjukdomsområdet bedrivs.
- NHVe ska verka för strukturerad uppföljning av vårdområdet, till exempel genom kvalitetsregister.
- NHVe ska ansvara för överrapportering till remitterande enheter och upprätta individuella vårdplaner.
- NHVe ska följa upp patientrapporterade mått.
- NHVe ska verka för framtagning av behandlingsriktlinjer som kan kommuniceras till inremitterande inom det definierade området.
- NHVe ska vara tillgänglig, under kontorstid, för konsultationer kring komplexa knäskador och knäinstabilitetsbesvär.
- NHVe ska kunna erbjuda auskultationer för ortopeder, fysioterapeuter, akutläkare, naprapater, och kiropraktorer.
- NHVe ska verka för att ha gemensam årlig fortbildning exempelvis genom kadaverlabövningar och föreläsningar.

Konsekvensanalys

Nedan följer sakkunniggruppens konsekvensanalys av sitt förslag till att koncentrera definierad vård.

De förslag som utarbetas inom arbetsprocessen för nationell högspecialiserad vård och som berör barn tar hänsyn till barnens perspektiv i enlighet med barnkonventionen¹. I den genomlysning som genomförts av sakkunniggruppen har beaktande av barns bästa och rättigheter gjorts. Sakkunniggruppen anser att barnet rätt till liv och utveckling och rätt till hälsa och sjukvård är överordnat de eventuella riskerna för diskriminering etc. vilket redovisas bl.a. genom resonemangen om varför vården ska koncentreras och till hur många enheter i landet vården ska koncentreras till. Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppens underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framför allt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Eventuella konsekvenser av förslaget

Patient och- närståendeperspektiv

En koncentration av vården till NHV-enheter kan innebära längre resvägar för vissa patienter. Samtidigt sker resor till andra regioner redan i dagens system. Antalet besök vid NHV-enhet är begränsat, och huvuddelen av rehabiliteringen kan genomföras på hemorten, vilket minskar den totala belastningen för patienten.

För att underlätta för patienter och närstående är det viktigt att det finns ett välfungerande stöd kring praktiska frågor såsom resor, boende (exempelvis patienthotell) och vårdplanering. Resor kan utgöra en större utmaning för äldre patienter eller för personer med samsjuklighet, vilket behöver beaktas i planeringen av vården. För de fåtal barn som kommer att vara aktuella är det

¹ <https://www.regeringen.se/rapporter/2018/06/konventionen-om-barnets-rattigheter-s2018.010>

av värde att det precis som vid all annan vård för barn finns möjlighet till vård anpassad till barn och familj på NHV-enheterna.

För att koncentrationen till NHV ska fungera förutsätts att patienten har fortsatt kontakt med vårdgivare på hemorten, inklusive både läkare och fysioterapeut, för uppföljning och rehabilitering. Det är viktigt att det finns en skriftlig individuell vård- och behandlingsplan som följer med patienten vid hemgång från NHV

Sakkunniggruppen bedömer att en koncentration av vården sammantaget kan leda till förbättrad vårdkvalitet. Erfarenheten är att många patienter är villiga att resa längre sträckor om det innebär tillgång till högspecialiserad vård med goda förutsättningar för ett bättre behandlingsresultat och förbättrad livskvalitet.

Vidare bedöms tillgängligheten till adekvat kirurgisk behandling kunna förbättras jämfört med dagens situation, där vissa patienter inte identifieras eller remitteras vidare till enheter med tillräcklig kompetens.

Kunskaps- och kompetensöverföring

Sakkunniggruppen bedömer att en koncentration av vården till ett begränsat antal NHV-enheter skapar bättre förutsättningar för strukturerad kunskapsutveckling och nationell samverkan. Samtidigt finns en risk att kompetensöverföringen påverkas negativt om vården koncentreras till färre än fyra enheter.

Sakkunniggruppen bedömer dock att risken för ett generellt kunskapstapp vid enheter utan NHV-uppdrag är begränsad, eftersom den initiala bedömningen av dessa skador även fortsättningsvis kommer att ske vid samtliga ortopedkliniker. Snarare förväntas ett mer formaliserat samarbete utvecklas, där remitterande enheter ges möjlighet till stöd och konsultation från NHV-enheterna. Detta kan bidra till ett gemensamt ansvarstagande och stärkt kompetens i hela vårdkedjan. Koncentrationen förväntas därmed skapa ökad tydlighet i systemet, med fokus på samarbete mellan NHV-enheter och övriga vårdgivare.

Sakkunniggruppen vill samtidigt lyfta att en minskning av patientvolymen vid vissa enheter utan NHV-tillstånd kan innebära färre tillfällen att handlägga enklare korsbandsskador, vilket är en viktig del i utbildningen av nya specialister. Enheter utan NHV-uppdrag behöver därför säkerställa alternativa sätt att upprätthålla kompetens inom ACL-kirurgi och diagnostik av multiligamentära skador. Denna utmaning kan vara särskilt uttalad i regioner där en stor del av den elektiva knäkirurgin bedrivs i privat regi.

Forskning och utbildning

Sakkunniggruppen bedömer att en koncentration av vården till NHV-enheter skapar förbättrade förutsättningar för forskning inom området. Genom att

större patientvolymen samlas till färre enheter möjliggörs mer systematiska studier och en mer enhetlig uppföljning av behandlingsresultat.

Sakkunniggruppen ser även goda möjligheter att vidareutveckla det befintliga korsbandsregistret med en modul för multiligamentära skador. En mer komplett och enhetlig registrering av patientgruppen skulle avsevärt stärka förutsättningarna för registerbaserad forskning.

Vidare bedöms NHV-strukturen underlätta uppbyggnaden av nationella och internationella forskningsnätverk, då samarbetet mellan enheterna formaliseras.

En koncentration av vården skapar också en tydlighet i utbildningsstrukturen för ST- och specialistutbildning. Det kommer att vara känt att man kan komma till NHV för att kunna fördjupa sig i just denna patientgrupp.

Sakkunniggruppen bedömer sammantaget att förslaget inte medför några negativa konsekvenser för forskning och utbildning.

Närliggande vård

Sakkunniggruppen bedömer att en koncentration av vårdområdet till fyra NHV-enheter inte förväntas medföra några betydande undanträngningseffekter på närliggande vård, under förutsättning att berörda enheter tilldelas tillräckliga resurser för uppdraget. Patientvolymerna inom området är relativt begränsade, vilket minskar risken för påverkan på annan ortopedisk verksamhet.

Dock finns det i dagsläget ett problem med en generell underdimensionering av hälso- och sjukvårdens kapacitet. Detta kommer koncentration av detta område inte att påverka.

Akutsjukvård

Sakkunniggruppen bedömer att akutsjukvården hos de som tilldelas detta tillstånd inte kommer att påverkas.

Det kan finnas en viss risk att enheter som inte tilldelas uppdraget får minskad erfarenhet av att identifiera dessa skador i det akuta skedet. Denna risk bedöms dock kunna motverkas genom utbildning, kunskapsspridning samt möjligheter till auskultation vid NHV-enheter.

Vårdkedjan

Sakkunniggruppen bedömer inte att vårdkedjan kommer att förändras. Patienterna kommer att remitteras från sin närmaste ortopediklinik direkt till NHV-enhet. Så sker redan idag när patienter remitteras till högre vårdnivå. NHV blir ett sätt att tydliggöra detta och formalisera vårdkedjan.

Verksamhetsperspektiv

Sakkunniggruppen vill lyfta att det kommer att behövas ett visst resurstillskott för att bygga upp denna NHV-verksamhet eftersom det ska ske en tät samverkan mellan tillståndsinnehavare och remittenter samt att det behövs viss utbildning av den personal som ska ingå i det multidisciplinära teamet. Initialt kommer arbetet bland annat att omfatta framtagande av remissmallar och rutiner som harmoniserar mellan enheterna, vilket skapar tydlighet och struktur i vårdkedjan. På sikt krävs också resurser för utbildning av nya operatörer samt för att ta emot personal från andra enheter som önskar auskultera och utveckla kompetensen.

En ytterligare positiv konsekvens av förslaget är att det bidrar till att säkra kompetensförsörjningen inom området inom den offentliga vården och att säkra kompetens inom detta område och att säkra att det finns utbildningsvägar inom detta område i offentlig regi.

Sakkunniggruppen lyfter att det krävs ett aktivt samarbete med privata vårdgivare för att de operatörer som opererar multiligamentära skador också behöver operera ”enklare” operationer exempelvis främre korsband.

Sakkunniggruppen vill samtidigt uppmärksamma att nuvarande ersättningsmodeller, främst för privata vårdgivare, kan i vissa fall påverka förutsättningarna för remittering, vilket kan innebära en risk att patienter inte alltid remitteras vidare till högspecialiserad vård. Detta understryker vikten av tydliga strukturer och kommunikation som säkerställer att patienter med behov av NHV identifieras och remitteras på ett jämlikt och medicinskt ändamålsenligt sätt.

Sjuktransporter

Sakkunniggruppen framhåller att patienter reser redan idag för denna typ av behandling. I framtiden skulle vissa kunna få lite längre resväg men det är marginellt. Transporterna gäller främst planerade subakuta eller helt planerade transporter och sker huvudsakligen med marktransport.

Uppföljning och utvärdering

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till uppföljningsmått för årlig rapportering av den definierade vården. Syftet med den årliga rapporteringen är att tillgängliggöra resultat för vård som gjorts tillståndspliktig.

Uppföljningsmått som rapporteras ska för varje vårdområde vara ett mindre antal (totalt ca 5–10 stycken) och demografiskt beskriva patientpopulationen, tillgänglighet till vården, resultat, informationsöverföring samt hur patienterna skattar vården och sin hälsa.

Uppföljningsmått genomarbetas och fastställs av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare. Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen samt uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller). Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad uppföljning av tillstånden inom nationell högspecialiserad vård.

Bakgrundsmått

Mått som beskriver patientpopulationen och vårdvolymen. Exempel:

- Antal patienter inom definitionen (totalt, fördelat på hemregion, kön, ålder)
- Antal genomförda bedömningar
- Antal operationer inom definitionen

Tillgänglighetsmått

Mått som beskriver tillgänglighet till vården. Exempel:

- Tid från remiss till bedömning på NHVe
- Tid från bedömning till kirurgi på NHVe
- Antal bedömda inom medicinsk motiverad tid (uppdelat på akuta och icke akuta)

Resultatmått

Mått som beskriver kvalitet på vården eller utfall för vårdade patienter. Exempel:

- Förändring enligt kliniska bedömningsinstrument
- Förekomst av komplikationer /oönskade händelser
- Reoperationer
- Återinläggning

Patientrapporterade mått

Mått som beskriver hur patienterna upplever vården eller hur de skattar sin hälsa. Exempel:

- PROM: hur patienterna skattar sin hälsa/sjukdom efter viss vård, tex hälsorelaterad livskvalitet mätt med exempelvis MLQOL, IKDC-SKF, Lysholm och Tegner score, KOOS

Överrapporteringsmått

Mått som beskriver informationsöverföring från NHVe till ansvarig vårdenhet i remitterande region eller till patienten. Exempel:

- Andel vårdtillfällen med överrapportering till ansvarig hemortsläkare i samband med utskrivning från NHVe.
- Andel vårdtillfällen där patienten fått en skriftlig vårdplan efter besök vid NHVe.

Referenser

Detta underlag är ett förslag på vilken vård som bör koncentreras till nationella enheter. Sakkunniggruppens bedömning utgår från internationell utblick, klinisk erfarenhet och kunskap om den svenska sjukvårdens struktur inom området. Referenser som beskriver fördelar eller nackdelar med att koncentrera viss vård är relevanta att hänvisa till i underlaget, om sådana studier finns för området. Referenser till forskningsstudier som beskriver patientgrupper, vårdformer, behandlingsmetoder och liknande är ej relevanta för frågeställningen. Däremot kan det vid behov vara lämpligt att hänvisa till eventuella nationella riktlinjer eller vårdprogram, i stället för att i detalj beskriva dessa i underlaget.

Deltagare i sakkunniggrupp

Tabellrubrik

Tabellunderrubrik

Samverkansregion	Namn och specialistkompetens
Göteborg	Kristian Samuelsson, specialist i ortopedisk kirurgi
Linköping	Andreas Meunier, specialist i ortopedisk kirurgi
Lund/Malmö	Paul Neuman, specialist i ortopedisk kirurgi
Stockholm	Karl Eriksson, specialist i ortopedisk kirurgi
Umeå	Marcus Bohlin, specialist i ortopedisk kirurgi
Uppsala/Örebro	Hendrik Penno, specialist i ortopedisk kirurgi
Patientföreträdare	-

En patientrepresentant har bidragit med synpunkter utifrån patient- och närståendeperspektiv på sakkunniggruppens utkast inför remittering.

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning. Patientföreträdaren bidrar med patient- och närståendeperspektivet i sakkunniggruppens arbete och står bakom förslaget. I enlighet med barnkonventionen ska sakkunniggruppen tydliggöra vilken påverkan förslaget har på barn när så är relevant.

Sakkunniggruppens underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet enheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.

Multiligamentära- eller bakre korsbandsskador

Baksidor – klicka här. Ta bort denna sida för att inte ha en baksida.