

Forslag til nasjonal metodevurdering

Innsendte forslag til nasjonale metodevurderinger vil bli publisert i sin helhet. Dersom forslagsstiller mener det er nødvendig informasjon for utfylling av skjemaet som ikke kan offentliggjøres ta kontakt med sekretariatet før innsending.

Forslagsstiller er klar over at skjemaet vil bli publisert i sin helhet (kryss av):

Kontaktinformasjon:

Navn på forslagsstiller (organisasjon/institusjon/foretak/producent):

Arbeidsgruppe initiert av **Norsk ortopedisk forening og Norsk geriatrisk forening** for utarbeiding av nasjonal veileder for ortogeriatrisk behandling av pasienter med hoftebrudd

Fra Norsk geriatrisk forening:

Ingvild Saltvedt, (avdelingsoverlege, St. Olav Hospital, førsteamanuensis NTNU), Anette Hysten Ranhoff (professor II i geriatri UiB, overlege, Diakonhjemmet, Oslo), Leiv Otto Watne (PhD, forsker, UiO), Olav Sletvold (overlege St. Olavs Hospital, professor emeritus NTNU)

Fra Norsk ortopedisk forening:

Wender Figved (overlege, PhD, forskningsleder, Vestre Viken, Bærum), Lars Gunnar Johnsen (overlege, PhD, leder for Hoftebruddenheten, St. Olav), Frede Frihagen (overlege, PhD, leder for Hoftebruddenheten, Ous, Ullevål), Tobias Franke (overlege, leder for Kvalitetsutvalget Norsk ortopedisk forening)

I tillegg deltar anestesilogene:

Johan Ræder (overlege/professor, Ous, Ullevål), Karen Helene Sendstad (seksjonsoverlege ortopedi, Ous, Ullevål)

Navn på kontaktperson:

Olav Sletvold, Avdeling for geriatri, St. Olavs Hospital, Trondheim

Telefonnummer:

91567834

E-postadresse:

olav.sletvold@ntnu.no

Sted og dato:

Bergen 18. november 2016

1. Tittel på bestillingen:

Hva er nytteverdien av ortogeriatrisk behandling av hoftebruddpasienter i egne avdelinger?

2. Kort beskrivelse av metoden som foreslås vurdert:

Et hoftebrudd er vanligvis å betrakte som en ortopedisk skade i et individ preget av generell sårbarhet. Rask, skånsom og god kirurgisk reparasjon av skaden har første prioritet, er livreddende og forebygger komplikasjoner. Dette krever tydelige rutiner og et godt samarbeid mellom ortoped og anestesilog. Dagens pasientforløp er kanskje i for stor grad preget av ortopedisk tenkning, mens de øvrige elementene får mindre plass.

Metoden som foreslås vurdert er et pasientforløp som inneholder både ortopedisk og geriatrisk fagkompetanse, nemlig en ortogeriatrisk tilnærming. Det finnes en god del litteratur på dette området, ikke minst fra ferske norske studier. Det som ønskes vurdert er evt økt nytteverdi av denne, i tillegg til ordinært forløp.

Det geriatriske tilleggsmomentet innebærer at pasienten under sykehusoppholdet for hoftebruddet også vurderes av et tverrfaglig team med geriater, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter med spesialkompetanse i geriatri, i tillegg til vurdering ved ortoped. Ortopeden opererer selvsagt som tidligere.

Det tverrfaglige teamet gjør en bred utredning av somatiske eller mentale lidelser som er av betydning for pasientens helsetilstand og livskvalitet, samt en vurdering av funksjon og sosial situasjon. Det legges vekt på pasientforløpstenkning basert pasientens funksjon, helsetilstand og sosiale situasjon forut for frakturen og status under sykehusoppholdet. En starter planlegging av utreise første postoperative dag i samarbeid med pasient, pårørende og primærhelsetjenesten. Teamet er koordinert med regelmessige møter der det settes kortsiktige og langsiktige mål for pasienten. Arbeidet systematiseres ved bruk av sjekklister, behandlingsprotokoller og standardiserte evalueringsverktøy vinklet mot geriatriske problemstillinger. Det legges vekt på tidlig mobilisering og rehabilitering.

3. Kort beskrivelse av dagens tilbud (Hvilken metode(r) brukes nå? Status for metoden (gir kurativ behandling, forlenget levetid etc.) Vil metoden som foreslås vurdert erstatte eller komme i tillegg til dagens tilbud?)

De fleste hoftebruddpasienter har et behandlingforløp med ortopeder som ansvarlige leger, og uten at geriatrisk kompetanse er involvert. Primær innsetting av protese regnes i dag som foretrukket behandling ved de aller fleste tilfeller av lårhalsbrudd, mens per- og subtrokantære brudd behandles med osteosyntese, glideskrue med plate eller margnagle. For de fleste pasienter med hoftebrudd er ikke dette nok. Håndtering av kompleks komorbiditet og funksjonssvikt krever en multimodal tilnærming om resultatet skal bli optimalt.

Dagens tilbud preges fortsatt av kirurgisk vinkling med raskt forløp og har mindre fokus på relevante geriatiske problemstillinger som svært ofte vil begrense videre tiltak både i sykehuset og etter utskrivning.

Ny metode vil bli integrert i tradisjonelt forløp.

4. Hva gjelder forslaget?	Ja	Nei
En helt ny metode?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Et nytt bruksområde, eller en ny indikasjon for en etablert metode?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En sammenligning mellom flere metoder?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er metoden tatt i bruk?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja – metode tatt i bruk i klinisk praksis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja – metode tatt i bruk innen forskning/utprøving?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Norge er på verdenstoppen i antall hoftebrudd (lårhalsbrudd, pertrokantære og subtrokantære brudd). Medianalder er over 85 år, mange har demens på bruddtidspunktet, pasientene bruker i gjennomsnitt fire daglige legemidler, og halvparten har delirium i den perioperative fasen.

«Ny» metode er ikke «helt» ny. Enkelte av landets sykehus har hatt avdelinger med varianter av ortogeriatriske pasientforløp, men metoden har ikke fått skikkelig innpass i Norge, i motsetning til i Storbritannia.

Nylig er to randomiserte kontrollerte studier av ortogeriatriske modeller i Norge publisert (fra Ullevål, i BMC Medicine 2014, og fra St. Olavs Hospital, i Lancet 2015). Begge studiene testet modeller der intervensjonspasientene primært lå i geriatriske sengeposter med ortopedisk tilsyn ved behov. Kontrollpasientene lå i konvensjonelle ortopediske sengeposter, og hadde geriatrisk eller annet indremedisinsk tilsyn ved behov. Hovedelementer i intervensjonen i begge studiene var en bred klinisk vurdering av relevante helseforhold, koordinert tverrfaglig samarbeid, strukturering av arbeidet med sjekklister og protokoller, tidlig mobilisering og tidlig utskrivningsplanlegging.

Trondheims-studien inkluderte bare pasienter som var hjemmeboende da bruddet inntraff. Hovedendepunktet var mobilitet målt med instrumentet Short Physical Performance Battery (SPPB). Ortogeriatrigruppen hadde en høyere (dvs. bedre) SPPB-skår enn de som fikk standard ortopedisk behandling etter fire og 12 måneder, og forskjellen var både statistisk signifikante og klinisk meningsfull. Ortogeriatrigruppen hadde også bedre resultater med hensyn til funksjon og livskvalitet, og de var mindre redde for å falle. På grunn av mer selvhjulpenhet, færre reinnleggelser og mindre behov for hjelp etter utskrivning fra sykehuset var også behandlingen i geriatrigruppen billigere.

Oslo-studien omfattet både hoftebruddspasienter som bodde hjemme og de som kom fra sykehjem. Hovedmålsettingen med denne studien var å undersøke om en ortogeriatrisk modell kunne forebygge delirium og akselerert kognitiv svikt. Det ble ikke påvist effekt av ortogeriatrisk behandling på kognitiv svikt og delirium, men derimot påviste studien samme forskjell i SPPB-skår hos hjemmeboende pasienter som Trondheimsstudien.

Samlet gir disse to studiene derfor vesentlig styrket evidens for at et ortogeriatrisk tilbud til hjemmeboende pasienter med hoftebrudd har en klinisk betydningsfull positiv effekt på mobilitet og gangfunksjon i minst ett år etter bruddet. Det finnes såvidt vites to omfattende oversiktsartikler (Kammerlander Osteoporosis Int 2010 og Grigoryan J Orthop Trauma 2014) som begge diskuterer forskjellige former for ortogeriatrisk samarbeid og konkluderer med at ortogeriatri er effektivt. En ny Cochrane-review om interdisiplinær rehabilitering av pasienter med hoftebrudd er under arbeid og forventet publisert innen få måneder. Den forrige reviewen fra 2009 (Handoll Cochrane 2009) trenger oppdatering fordi det, i tillegg til de to norske studiene, også har kommet andre nye studier av høy kvalitet.

5. Hva omfatter metoden (flere kryss mulig)?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| Legemiddel | <input type="checkbox"/> |
| Medisinsk utstyr/teknologi | <input type="checkbox"/> |
| Prosedyre | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Screening | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Høyspesialiserte tjenester/nasjonale tilbud | <input type="checkbox"/> |

Organisatorisk oppsett av helsetjenesten

Annet (beskriv)

"Klikk her og beskriv. Inkluder eventuelt hvem som er ansvarlig for utvikling av metoden"

6. Metodens bruksområde:

Forebygging

Utredning og diagnostikk

Behandling

Rehabilitering

Spesialisthelsetjenesten

Primærhelsetjenesten

Metoden omfatter forebygging av falltendens, osteoporose og kognitiv svikt, men først og fremst en bred geriatrisk vurdering (utredning og diagnostikk) og relevante tiltak ift geriatriske problemstillinger og målrettet akuttrehabilitering fra dag 0.

Tiltaket gjelder særlig spesialisthelsetjenesten, men vil kunne gi betydelige gevinster også for primærhelsetjenesten ettersom flere pasienter kan skrives direkte hjem med bedre funksjon. Behovet for rehabiliterings- og sykehjemstjenester vil kunne reduseres. De helseøkonomiske gevinstene vil særlig gjelde primærhelsetjenesten.

7. Involverer metoden bruk av stråling (ioniserende/ikke-ioniserende)?

(Kort beskrivelse av type strålekilde, utstyr og stråleeksponering.)

Nei

8. Hvilke fagområde(r) gjelder metoden, og hvilke pasienter berøres? (Får metoden evt. også konsekvenser for andre grupper (som personell, pårørende?))

Metoden gjelder først og fremst pasienter med hoftebrudd, men metoden er også aktuell for andre eldre med brudd.

Den gjelder følgende fagområder: Spesielt ortopedi, geriatri, anesthesiologi.

Den gjelder følgende helsepersonell: Særlig leger, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter.

Den får definitivt også konsekvenser for pårørende, og ikke minst primærhelsetjenesten.

9. Hvilke aspekter er relevante for vurderingen? (flere kryss mulig)

Klinisk effekt

Sikkerhet/bivirkninger	<input checked="" type="checkbox"/>
Kostnader/ressursbruk	<input checked="" type="checkbox"/>
Kostnadseffektivitet	<input checked="" type="checkbox"/>
Organisatoriske konsekvenser	<input checked="" type="checkbox"/>
Etiske	<input checked="" type="checkbox"/>
Juridiske	<input type="checkbox"/>

10. Foreslå hva som bør være hovedproblemstilling(er) for metodevurderingen, samt eventuelle underproblemstillinger (i samsvar med pkt. 8):

Hovedproblemstilling:

Gir ortogeriatri bedre mobilitet og funksjon i dagliglivets aktiviteter sammenlignet med tradisjonell ortopedisk tilnærming ved behandling av hoftebrudd?

Underproblemstillinger:

- 1) Gir ortogeriatri lavere forekomst av akutt delirium under oppholdet, lavere forekomst av kronisk irreversibel kognitiv svikt/demens, bedre overlevelse, færre komplikasjoner og mindre bruk av sykehjem/hjemmesykepleie sammenlignet med tradisjonell ortopedisk behandling?
- 2) Påvirkes kost/nytte-forhold/helseøkonomi?
- 3) Hvilke organisatoriske endringer kreves?
- 4) Vurdering av overførbarhet til norsk sykehusstruktur (hvis mulig)

Gi en kort begrunnelse for hvorfor det er viktig at metodevurderingen som foreslås bør gjennomføres:

Hoftebrudd hos eldre (medianalder 85 år) er høyprevalent og koster helsevesen og samfunn milliardsummer årlig. Disse pasientene er samtidig kjennetegnet av uttalt komorbiditet som det ofte tas lite hensyn til i travel sykehushverdag. Norge er dessuten på verdenstoppen i antall hoftebrudd (lårhalsbrudd, pertrokantære og subtrokantære brudd).

Til tross for evidens av høy kvalitet og klinisk meningsfulle resultater hos en pasientgruppe med alvorlig prognose, har det vist seg vanskelig å få sykehusene til å prioritere opprettelsen av ortogeriatriske enheter, selv ved de helseforetakene der de vellykkete studiene er gjennomført.

Det er derfor ønskelig at «tunge» faginstanser uten lokal binding og hensyntagen foretar metodevurdering av potensiell nytteverdi.

Flere ortopediske avdelinger har omorganisert behandlingsopplegget for pasienter med hoftebrudd med tanke på rask operasjon og et akselerert forløp videre (såkalt "fast track"). Et slikt opplegg har mange gode elementer, som redusert preoperativ ventetid, bedre analgesi og raskere mobilisering, men disse modellene mangler et system for ivaretagelse av hoftebruddspasientenes uttalte komorbiditet, polyfarmasi og geriatriske komplikasjoner, og har ikke gitt effekt i randomiserte studier når det gjelder kliniske endepunkter.

Norsk praksis er i dag heterogen. Geriatere og ortopeder er likevel samstemte i at hoftebruddbehandlingen i Norge nå må opp på et nivå som sikrer at flest mulig pasienter gjenvinner best mulig funksjon og selvhjulpenhet etter bruddet.

Fagområdene har derfor tatt initiativ til å utarbeide en nasjonal veileder for ortogeriatrisk behandling av hoftebruddspasienter. I dette arbeidet benyttes publikasjoner og materiale fra de nevnte norske studiene, den britiske Blue Book og NICE-vurderinger, og eksisterende veiledere/prosedyrer fra ortopediske avdelinger i Norge.

11. Kommenter metoden som forslås vurdert mht. følgende punkter:

Alvorlighetsgraden på tilstanden metoden er ment for

Prognosen er alvorlig, både hva angår motorikk, selvhjulpenhet og kognisjon: Nær halvparten av pasientene oppnår aldri samme gangfunksjon som før bruddet, nesten 2/3 skrives ut til sykehjem, og insidensen av nyoppstått demens er høy de første månedene etter bruddet. "Klikk her og skriv"

Forventet effekt

Flere hoftebruddpasienter får bedre gangfunksjon i alle fall minst ett år etter bruddet, flere kan utskrives direkte til hjemmet, det vil være mindre bruk for rehabilitering i institusjoner, mindre behov for opphold i sykehjem, og samlet gevinst for både pasient, helsevesen, og samfunn.

Sikkerhet (beskriv kort opplysninger om kjente risikoforhold, sikkerhetsaspekter og bivirkninger)

Det er ikke kjent at nytt pasientforløp er knyttet økt pasientrisiko.

Totalt antall pasienter i Norge metoden er aktuell for

Forekomst av hoftebrudd i Norge per år: Ca. 9000. Trondheimsstudien inkluderte ca. 37 % av alle som ble innlagt med hoftebrudd. Ca 23% ble ekskludert pga de hadde fast plass i sykehjem og 14% fordi de var < 70 år. I Oslo var ca 30% sykehjemspasienter.

Det antas at de aller fleste pasienter med hoftebrudd vil ha klinisk nytte av dette pasientforløpet.

Konsekvenser for ressursbruk i helsetjenesten

Resultater fra Trondheims-studien indikerer at nytt pasientforløp reduserer behovet for rehabiliteringstjenester og opphold i sykehjem (samlet 18 dager). Dette indikerer optimalisert ressursbruk i primærhelsetjenesten, se artikkel fra samme studie ved Liv Hektoen & al i Scand J Public Health. Indeks-oppholdet blir rett noe forlenget, men dette mer enn oppveies av antall liggedager i sykehus første året etter utskriving fra indeksoppholdet. Siden studien ble gjennomført har liggetid både for eldre uten brudd i geriatrisk avdeling og for eldre med hoftebrudd innlagt ortopedisk avdeling blitt betydelig redusert.

Hovedgevinsten ved ortogeriatri får vi nok i primærhelsetjenesten.

Behov for revisjon av eksisterende nasjonale faglige retningslinjer, evt. utarbeidelse av nye

Ja; prosessen er allerede påbegynt i regi av Norsk ortopedisk forening og Norsk geriatrisk forening.

- 12. Oppgi referanser til dokumentasjon om metodens effekt og sikkerhet (eks. tidligere metodevurderinger).** (Inntil 10 sentrale referanser oppgis. Ikke send vedlegg på dette trinnet i prosessen.)

Kammerlander C1, Roth T, Friedman SM, Suhm N, Luger TJ, Kammerlander-Knauer U, Krappinger D, Blauth M. Ortho-geriatric service--a literature review comparing different models. Osteoporos Int. 2010 Dec;21(Suppl 4):S637-46. doi: 10.1007/s00198-010-1396-x. Epub 2010 Nov 6.

Grigoryan KV, Javedan H, Rudolph JL. Orthogeriatric care models and outcomes in hip fracture patients: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma. 2014 Mar;28(3):e49-55.

Handoll HH, Cameron ID, Mak JC, Finnegan TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD007125.

British Orthopaedic Association and British Geriatrics Society: "The Care of patients with fragility fracture", (Blue book) September 2007.

- 13. Oppgi navn på produsenter/leverandører vedrørende metoden (dersom aktuelt/tilgjengelig):**

Ikke aktuelt

- 14. Status for markedsføringstillatelse (MT) eller CE-merking:** (Når forventes MT- eller CE-merking? Eventuelt opplysning om planlagt tidspunkt for markedsføring).

Ikke aktuelt

- 15. Fritekstrubrikk** (Supplerende relevant informasjon, inntil 300 ord.)

"Klikk her og skriv"