

för positiva effekter av preoperativ information och träning på resultatet efter ledprotesoperation. Eftersom det finns positiva effekter av fysioterapi [7, 8] och artrosskola [2, 3] som behandling av artros rekommenderas detta före/inför ledprotesoperation.

- **Standardiserad remiss.** Det är en klar fördel om indikationer för remittering samt innehåll i remiss avtalas med primärvård/inremitterande läkare, likaså att respektive organisations ansvarsområde klagörs. Optimering av medicinska tillstånd som innebär ökad risk för ledprotesrelaterad infektion bör vara klar innan patienter kommer till ortopedisk enhet.
- **Klinisk undersökning** som innefattar kontroll av allmäntillstånd, blodtryck och puls, samt kontroll av lokalstatus (hudstatus, gamla ärr et cetera) och distalstatus bör göras innan beslut om operation och upprepas om det går lång tid fram till operation. Särskilt bör riskfaktorer beskrivna i detta dokument eftersökas.
- **ASA-klass.** Länk till American Society of Anesthesiologists hemsida med ASA klassifikationen <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
- **Hälsodeklaration** från patienten kan tidigt i förloppet identifiera riskfaktorer och vara underlag för vidare utredning.
- Det är klar fördel om tillgång finns till **hälsoenhet** eller motsvarande dit patienter som behöver hjälp på grund av missbruk (rökning, alkohol et cetera) eller nutritionsproblem kan remitteras.
- **Psykisk hälsa.** Uppenbar depressivitet eller ångestsjukdom bör uppmärksammas före operation, eftersom dessa tillstånd är förknippade med sämre subjektivt utfall efter ledprotesoperation. Lämpliga screeningverktyg att använda inom ortopedisk verksamhet saknas.
- **Patientens delaktighet** bör tas tillvara. Dialogen med patienten är kärna för att patienten ska känna delaktighet [9, 10]. Information kan kommuniceras i dialog med patienten med hjälp av broschyrer och nätbaserad information, som t ex knäprotesregistrets informationssida "gångbar" (www.gangbar.se) och höftprotesregistrets patientinformation (<https://shpr.registercentrum.se/for-patienter/om-hoeftprotesoperationer/p/S1L85Fe1G>)
- **Personcentrerad vård** har identifierats som en indikator på kvalitet och patientdelaktighet av WHO och Institute of Medicine. Kärnan i personcentrerad vård är att se patienten som en person med resurser och förmågor att ta till vara. Gothenburg Person-Centered Care (GPCC) är en modell som bygger på 3 viktiga delar; 1) patientens berättelse, 2) delat beslutsfattande mellan professionerna och patienten, och 3) dokumentation av överenskommelsen om vården, t.ex. kort- och långsiktiga mål, behov av stöd samt en plan för eftervård. Implementering av personcentrerad vård har visat sig ge kortare vårdtid och en mer delaktig patient [11].



- **Inskrivningsmottagning** där patienterna kommer i god tid inför planerad operation gör det lättare att i god tid identifiera problem, och att undvika att operationer ställs in med kort varsel [12].
- **Patientens situation postoperativt.** Patientens eventuella behov av stöd och eventuella anpassningar i hemmet, eller eftervård på rehabiliteringsenhet, ska ingå i bedömningen. Se personcentrerad vård
- **Checklistor**, inte bara för professionerna utan också för patienten, kan vara ett bra stöd för att säkerställa att inga moment missas och öka patientens delaktighet. Vidare måste det finnas spärrar i systemet och klar ansvarsfördelning för att säkerställa att riskfaktorer uppmärksammas och åtgärdas.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 – stöd för styrning och ledning. 2012
2. Thorstensson C, Garellick G, Dahlberg L. Bättre omhändertagande av patienter med artros, BOA. Läkartidningen 2014;111(21);CSST
3. Ekvall Hansson E, Sörensson E, Ronnheden AM, et al. Artrosskola i primärvården. Läkartidningen 2008; 105(32-33): 2175-7
4. Hoozeboom TJ, Oosting E, Vriesekolk JE, et al. Therapeutic validity and effectiveness of preoperative exercise on functional recovery after joint replacement: a systematic review and meta-analysis. PloS One 2012; 7(5):e38031
5. Villadsen A, Overgaard S, Holgaard-Larsen A, et al. Postoperative effect of neuromuscular exercise prior to hip or knee arthroplasty: a randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2014;73(6):1130-7
6. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 13;5:CD003526[A2]
7. Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, et al. Exercise for osteoarthritis of the hip (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2014;4:CD007912
8. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD004376
9. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Health Expect. Considering patient non-participation in health care. 2008 Sep; 11(3): 263-71
10. Larsson IE, Sahlsten MJ, Segesten K, et al. Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. Scand J Caring Sci. 2011 Sep;25(3):575-82
11. Olsson LE, Karlsson J, Berg U, et al. Person-centered care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty--a quasi-experimental study. J Orthop Surg Res. 2014 Oct 9; 9:95
12. Caesar U, Karlsson J, Olsson LE, et al. Incidence and root causes of cancellations for elective orthopaedic procedures: a single center experience of 17,625 consecutive cases. Patient Saf Surg. 2014 Jun 2; 8:24

