

Ger totala knäledsartroplastiker ett bättre socialt liv?

Sara Brobäck

Birgitta Ehrenström

Behandlingsmöjligheterna för patienter med svåra knäsmärtor pga arthros eller reumatoid arthrit har det senaste årtiondet ökat avsevärt. Inplantation av en ny knäled har inneburit mindre smärtor samtidigt som gångförmåga och rörelseomfång förbättras. Detta har dokumenterats i ett flertal publikationer de senaste åren. Beträffande patienternas sociala liv har inga närmare studier gjorts.

Sara Brobäck och Birgitta Ehrenström är vårdlärare vid Högskolan för vårdutbildning i Eskilstuna. Våren 1986 deltog de i Metodikkurs för vårdyrkesutbildningarnas forskningsanknytning vid Uppsala universitet. I sitt uppsatsarbete har de belyst några områden, som kan ha betydelse för patienternas sociala liv

Inledning

För 10–15 år sedan behandlades patienter som hade svåra knäsmärtor med steloperation av knäleden. Sedan ett 10-tal år tillbaka har behandlingsmöjligheterna förbättrats i och med att ett flertal olika typer av knäproteser (konstgjorda knäleder) lanserats inom ortopedin.

I tidigare medicinska rapporter avseende resultat av dessa knäoperationer gjordes ingen väsentlig skillnad mellan diagnoserna arthros och reumatoid arthrit. Numer skiljer man mycket strikt mellan dessa diagnoser (1).

Arthros (osteoarthrit) är ett tillstånd, som kännetecknats av en inflammation i en eller ett par ledgångar. Inflammationen leder till en successiv nedbrytning av brosket. Arthrosen kan ha en känd orsak

(sekundär arthros), men är vanligen primär och orsaken okänd. De kliniska symtomen är huvudsakligen belastningssmärter och vilovärk.

I motsats till arthros drabbar reumatoid arthrit flera ledgångar samtidigt som sjukdomen också påverkar bindväv, skelett och muskulatur. Orsaken till reumatoid arthrit är okänd. Sjukdomen har ett mycket varierande förlopp, men leder oftast till en total nedbrytning av ledbrosket, ibland med påtaglig leddeformation som följd. De kliniska symtomen är ledsvullnad, vilovärk, belastningssmärter, rörelseinskränkning samt deformitetsställningar i lederna. Genom att den reumatiska sjukdomen drabbar flera leder är dessa patienter betydligt mer handikappade än arthrospatienterna. Osteopeni (skelettskörhet) förekommer nästan alltid vid reumatoid arthrit, men är sällsynt vid arthros. (2).

Den tekniska utvecklingen avseende knäproteser har gått mycket snabbt. Detta har medfört att vissa proteser lämpar sig väl vid speciella sjukdomstillstånd, medan man vid andra sjukliga förändringar i knäleden får välja en annan protestyp (1).

Moderna knäproteser har gett stora möjligheter att hjälpa och behandla patienter med arthros och reumatoid arthrit. De patienter vi här talar om är oftast äldre personer som klarar sitt dagliga liv dåligt pga funktionshinderande knäbesvär.

När det gäller ekonomiska aspekter på knäledsartroplastiker har undersökningar visat att med en vårdtid på ca 14 dagar, ligger kostnaden mellan 30–40 000 kr (3,4).

Tidigare undersökningar

Vi har funnit att det de senaste 8 åren skrivits allt mer om patienter med arthros och reumatoid arthrit lo-

kaliserad till knäleden. När det gäller skandinavisk litteratur återfinns det som publicerats främst i Läkartidningen och Acta Orthopaedica Scandinavica. I många artiklar redogörs för kvalitetsförbättringar efter genomgången knäledsartroplastik. Vi har emellertid inte funnit någon undersökning som direkt tar upp patienternas sociala liv, utan detta begrepp används utan närmare definition.

Vid genomgång av litteraturhänvisningar har vi inte kunnat finna titlar från anglosaxisk litteratur, som tar upp den sociala effekten av genomgången knäledsarthroplastik.

Det påtalas i förordet till samlingspublikationen: Läkartidningen — 80 nr 22/80 (1) att "för stora befolkningsgrupper innebär den nya ledkirurgin möjlighet att bryta social isolering". Denna samlingspublikation består av 17 artiklar med 23 vetenskapligt meriterande ortopedier som författare. Många av dessa redogör noggrant för vilovärk, belastningssmärta, gångförmåga, rörelseomfång, komplikationer samt operationsteknik.

Begreppet "socialt liv" nämns av och till i en del artiklar men vi finner ingen begreppsdefinition.

Göran Bauer, skriver i en artikel i Läkartidningen (5): "Obehandlad medför gonarthros betydande risk för invalidiserande gångsmärta och social isolering". Vi tror att författarna dragit slutsatsen att patienterna fått ett bättre socialt liv, då de i sina undersökningar påvisat stor smärtlindring, större rörelseförmåga och bättre gångförmåga. Vi ifrågasätter naturligtvis inte denna slutsats, utan avser med vår undersökning att närmare belysa några områden som har betydelse för patienternas sociala liv.

Problemställning och syfte

Vi vill pröva hypotesen om inopererade knäproteser — förutom smärtlindring, större rörelseomfång och bättre gångförmåga — även ger ett bättre socialt liv.

Begreppet "socialt liv" omfattar hela människans situation. Vi har valt att begränsa oss till att närmare belysa:

1. Patienternas möjlighet till arbete.

Vi vill undersöka om det i vår population finns patienter som varit arbetsoförmögna före operationen, men kunnat återuppta sitt arbete efter genomgången operation. Om så är fallet bedömer vi att

dessa patienter fått ett bättre socialt liv.

2. Patienternas kontaktnät.

Vad vi avser att kartlägga är om möjligheterna att hälsa på släkt, vänner och bekanta ökat efter genomgången knäoperation. Vi anser att det skulle innebära en förbättring av det sociala livet. Med kontaktnät menar vi också möjligheten att själv sköta sina affärer och andra vardagliga ärenden.

3. Patienternas boendeform.

Föreligger skillnad i boendeform före och efter genomgången operation? Självständighet i boendet — bör enligt vår mening — även inverka på det sociala livet.

4. Patienternas hjälpbehov och gångsträcka.

Med hjälpbehov menar vi tekniska hjälpmedel men även hjälp av annan person. Om hjälpbehovet minskar efter operationen anser vi detta skapa förutsättningar till ett bättre socialt liv. Detsamma gäller även om gångsträckan efter operationen förbättrats.

Syftet med denna undersökning är att kartlägga förändringar i det sociala livet avseende knäprotesopererade patienter. Vi har då närmare undersökt deras möjlighet till arbete, kontaktnät, boendeform samt hjälpbehov och gångsträcka.

Patientgrupp

Materialet utgörs av 145 patienter med diagnosen arthros eller reumatoid artrit i knäleden. Dessa patienter har fått konstgjorda knäleder inopererade vid Ortopedkirurgiska kliniken, Centrallasarettet Eskilstuna under åren 1982–1984. Att vi valt dessa tre år har flera orsaker:

1. Ett komplett patientregister fanns tillgängligt för dessa år.

2. Uppföljningstiden (1–4 år) är tillräckligt lång för att sociala konsekvenser skall ha visat sig.

3. Patienter opererade 1985 skulle ge för kort uppföljningstid och därmed osäkra resultat.

Då medelåldern för opererade patienter är hög — skulle en längre uppföljningstid innebära att andra sjukdomer bidrar till att resultaten blir svåra att tolka.

Metod

På Ortopediska kliniken i Eskilstuna fanns samlade data, patientregister samt klinikens registerkort avseende knäprotesopererade patienter. Det mätinstru-

ment vi utarbetade var en enkät avsedd att skickas till patienterna. Enkäten bestod av 22 frågor. Av dessa var 21 frågor hårt strukturerade för att underlätta bearbetning av svaren. En fråga gav möjlighet till egna kommentarer.

Frågorna var inbördes grupperade, så att de rör patienternas möjlighet till arbete, boendeform samt hjälpbehov och gångsträcka.

Två dagar innan vi skickade ut enkäterna kontrollerade vi — via Ortopedkliniken patientregister — vilka personer som hade avlidit. Detta för att undvika att skicka någon enkät till en avliden person. När det gått 3 veckor från utskickningstillfället kontrollerade vi åter — via patientregistret — de personer som inte besvarat enkäten. Därefter tog vi per telefon kontakt med de patienter som inte besvarat vår enkät.

Antal enkätsvar och bortfall

Åren 1982, 1983 och 1984 opererades 63, 49 resp 33 patienter med primär knäledsartroplastik. Det totala antalet patienter som opererats under de aktuella åren var sålunda 145.

Vid denna undersökning hade sammanlagt 16 patienter avlidit, varför totalantalet för undersökningen är 129 patienter. Bland de avlidna patienterna har vi kontrollerat dödsorsakerna. I ett fall dog patienten dagen efter operationen i en hjärtinfarkt. I övriga fall förelåg — så vitt vi nu kan bedöma — inget samband mellan operation och dödsorsak.

Av 129 utskickade enkäter erhöll vi 120 svar. Bortfallet är 9. Av dessa patienter avböjde 2 att delta i undersökningen. Sju patienter lyckades vi inte nå, trots upprepade försök. Svarsfrekvensen blir därmed 94%.

Tillförlitlighet

Vi är väl medvetna om risker vid retrospektiva enkätundersökningar. Upplevelser som ligger upp till 4 år bakåt i tiden kan vara svåra att klart erinra sig. De hårt strukturerade frågorna i enkäten kan emellertid till en del eliminera denna risk.

Ytterligare en faktor är patienternas beroende till Ortopedkliniken, som de har anknytning till pga efterkontroller. Detta kan medföra att svaren blir mer positiva beträffande tillståndet efter operationen.

De patienter som utgör bortfall i undersökningen vet vi ingenting om hur deras svar skulle påverka resultaten.

För att pröva tillförlitligheten gjordes en jämförelse mellan de enkätsvar vi fått med uppgifterna i de protokoll som förs vid Ortopedkliniken. Dessa protokoll förs i samband med bedömning av patienternas tillstånd före och efter operationen. Den uppgift som kunde granskas gällde patienternas gångförmåga. Vi jämförde uppgifterna i protokollet med de svar patienten lämnat i vår enkät. Dokumentationssätten är ej helt identiska men avsikten att se om någon förändring skett beträffande gångförmågan ansåg vi fullt möjligt. Var 10:e patient — sammanlagt 12 st kontrollerades och vi fann att de lämnade upplysningarna stämde väl överens.

Resultat

Medelåldern i patientgruppen var 66 år vid operationstillfället. Könsfördelningen var 67,5% kvinnor och 32,5% män.

64% av patienterna hade diagnosen arthros och övriga 36% hade diagnosen reumatoid artrit. Medelåldern i patientgruppen med diagnos arthros ligger betydligt högre än i patientgruppen med diagnosen reumatoid artrit (68 resp 61 år). De yngre patienterna återfanns därmed till större delen under diagnosen Reumatoid artrit.

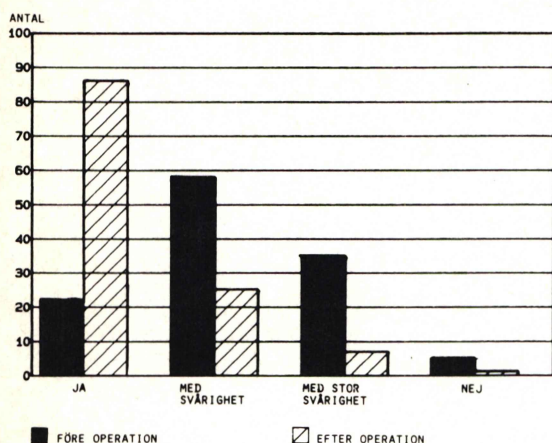
1. Patienternas möjligheter till arbete.

På frågan som rör patienternas arbetsförmåga visar det sig att ingen besvarat enkäten förvärvsarbetat före operationen. De flesta är sjuk- eller ålderspensionärer. I patientgruppen under 50 år återfinns de som efter operation förvärvsarbetar. Totalt finns i denna grupp 6 patienter i åldern mellan 32 och 48 år. Efter operationen var 2 av dessa fortfarande arbetsoförmögna, medan 3 patienter hade återgått till arbetet på heltid och 1 patient arbetade halvtid.

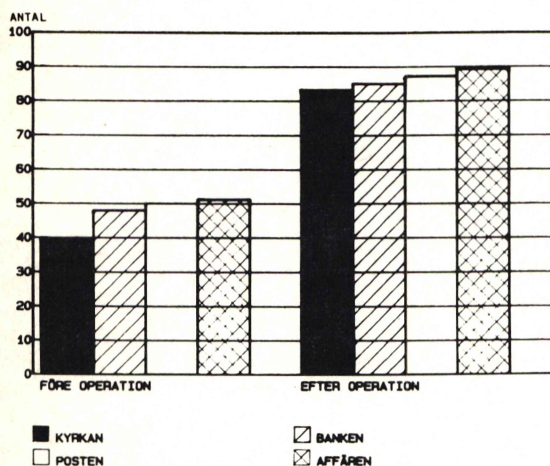
2. Patienternas kontaktnät.

Av figur 1 framgår en betydande förbättring vad beträffar patienternas möjligheter att hälsa på släkt, vänner och bekanta efter genomgången knäledsartroplastik.

Figur 1. Sociala kontakter: Möjlighet att i önskad omfattning hälsa på släkt, vänner och bekanta före och efter operation.



Figur 2. Sociala kontakter: Förmåga att klara vardagliga ärenden före och efter operationen.



Figur 2 visar att det efter genomgången knäledsartroplastik skett en väsentlig förbättring avseende patienternas förmåga att utföra dagliga ärenden.

3. Boendeform.

Svaren på frågor som rör patienternas boendeform visade ingen markant skillnad. Fyra patienter hade flyttat till servicehus med helinackordering.

Då boendet relaterades till behovet av hjälp av annan person svarade 17 patienter att de kunde bo kvar med ökad hjälp, medan 4 hade flyttat pga ett ökat hjälpbehov. De sistnämnda tillhörde samtliga

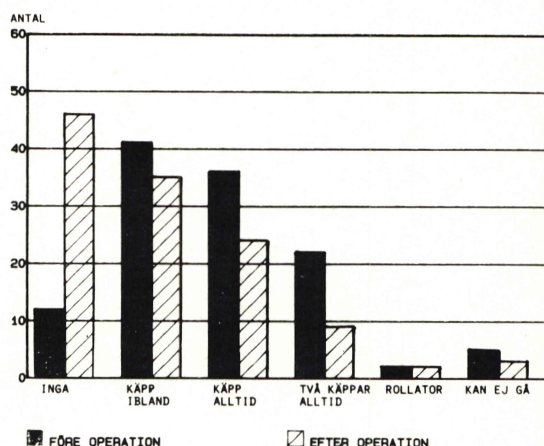
diagnosgruppen reumatoid artrit. Flertalet av de 17 patienter som bodde kvar med ökad hjälp, framhöll att de fått detta hjälpbehov tillgodosett huvudsakligen av anhöriga och vänner.

4. Patienternas hjälpbehov och gångförmåga.

När det gäller antalet timmar patienterna hade hemhjälp från landsting och kommun finns endast en liten skillnad. Operationen hade inte inneburit att detta hjälpbehov väsentligen reducerats. Utan genomgången operation tror emellertid över 80% av patienterna att de hade varit i behov av ökad hjälp.

Figur 3 visar att behovet av gånghjälpmedel minskat avsevärt efter knäledsartroplastik. Samtidigt med detta hade en betydande ökning av gångsträcka skett efter operationen.

Figur 3. Gånghjälpmedel före och efter operation.



Diskussion

Bakgrundsvariablerna, diagnos, kön och åldersfördelning har visat att patienter med diagnosen arthros utgör den största gruppen. Vidare finns det dubbelt så många kvinnor som män. Beträffande åldersfördelningen återfinns de äldre patienterna under diagnosen arthros, vilket inte är förvånande då vi vet att arthros i regel debuterar i högre åldrar (1).

På frågan om patienterna är nöjda med operationen svarar 113 patienter att de är nöjda medan 7 förklarar sig icke vara nöjda. Ser man dessa svar i relation till den egna bedömningen av operationsre-

sultatet finns tydliga samband mellan svaren. 108 patienter uppger sig vara förbättrade eller bra.

Frågorna som rör arbetsförmågan klargör att ingen av de patienter som besvarat vår enkät förvärvsarbetade före operationen. De allra flesta var sjuk- eller ålderspensionärer. Efter knäledsoperation har situationen förändrats för en del i patientgruppen under 50 år (sammanlagt 6 patienter). 3 heltidsarbetare, 1 arbetar deltid och 2 är fortfarande arbetsoförmögna. Det låga antalet förvärvsarbetande totalt har förmodligen en del av sin förklaring i den höga medelåldern vid operation (66 år), samt att de flesta patienterna är kvinnor. Förvärvsarbete bland kvinnor — som tillhör denna åldersgrupp idag — var ej så vanligt förekommande. För patienter under 50 år anser vi att operationen haft betydelse och bidragit till en ökad social kontaktyta.

När det gäller möjligheten att besöka släkt, vänner och bekanta har denna kontakt ökat avsevärt. 22 patienter kunde före operationen hälsa på dem de önskade besöka. Efter operationen kan 86 patienter utan hinder göra detta. Endast en patient är helt förhindrad att genom egna besök upprätthålla de önskade kontakterna med släkt och vänner.

Vad beträffar möjligheten att uträtta dagliga ärenden har knäledsoperationen väsentligt ökat utsikterna till detta. Vi anser det vara av stor vikt att kunna bibehålla de kontakter som besök i affär, post, bank eller kyrka innebär.

Det behöver inte betyda social isolering att vara rörelsehindrad. Vi tror dock att risken för detta är större om man endast med stor svårighet kan ta de kontakter man önskar.

Flertalet patienter bor kvar i samma bostad som före operationen. 4 patienter uppger att de flyttat till servicehus med helinackordering.

Graden av självständighet då det gäller boendet har för de flesta bibehållits. Med tanke på att patienterna är 1–4 år äldre än vid operationstillfället och att medelåldern är hög anser vi att operationen bidragit

till detta. Denna uppfattning styrks av att 105 patienter anser sig kunnat bo kvar tack vare operationen, medan 12 inte är av denna uppfattning. Detta kan tolkas så att operationen haft betydelse för deras möjlighet att bibehålla sin bostad.

Behovet av hemhjälp från kommun och landsting är nästan oförändrat, fränsett en marginell minskning efter operationen. Det är inte osannolikt — utan tvärtom troligt — att hjälpbehovet utan operation avsevärt hade ökat då patienterna är upp till 4 år äldre än vid operationstillfället. Vår uppfattning är därmed att operationen trots allt inneburit en minskad hjälinsats från kommun respektive landsting.

Beträffande behovet av gånghjälpmedel har detta väsentligt minskat efter operationen. Skillnaden märks tydligast bland dem som efter operationen klarar sig helt utan hjälpmedel. Hela skalan har förskjutits uppåt till ett minskat behov av gånghjälpmedel och detta borde ge patienterna möjlighet till ett bättre socialt liv på flera nivåer.

Med utgångspunkt från de faktorer, som vi har valt att belysa, anser vi oss ha belägg för att de flesta patienterna får ett bättre "socialt liv" efter genomgången operation.

Dessa operationer är förvisso inte helt utan komplikationer, men risken för sådana får bedömas som ringa i relation till de vinster som i det stora flertalet fall uppnås (1).

REFERENSER

1. *Bauer G et al: Knäkirurgi vid artros och reumatoid artrit. Samlingsvolym, Läkartidningen 1980; 77:2085–2118.*
2. *Bauer G: Ortopedisk kirurgi. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur, 1979.*
3. *Kolstad K, Wigren A: Costs of and Needs for Resources in Hospital Care. Scand J Soc Med 1981; 9:11–18.*
4. *Johansson, S: Höftledsplastik, kostnader och effekter av en ortopedisk-kirurgisk operationsmetod. Göteborgs universitet Socialhögskolan, Vt-1983.*
5. *Bauer G: Behovet av kirurgi för knäledsartros under 1980-talet. Läkartidningen 1983; Nr 23.*