

KLoK-oppgave

Innføring av ny retningslinje for behandling av akilleseneruptur ved ortopedisk avdeling, Oslo Universitetssykehus Aker



Kull H-03, gruppe K-2

Zanira Ansari

Magne Bergh Ånonsen

Sohail Ahmad

Håvar André Kvale

Johan Holck-Steen

Lise Collett

Mirjam Kilen

Innhold:

Sammendrag	3
Bakgrunn	4
Kunnskapsgrunnlag	5
Materiale og metode	5
Resultater	5
Observasjon og praksis:	7
Valg av indikator	9
Vurdering av tiltak:	10
Prosess og organisering for bedre praksis:	11
Evaluering	13
Diskusjon	14
Referanser	15

Sammendrag

Bakgrunn: Akillesseneruptur har en insidens på ca 17 per 100.000 innbyggere i Norge.

Akillesseneruptur kan enten behandles kirurgisk med sutur av senen eller konservativt med gips. Ved Oslo Universitetssykehus Aker (OUA) behandles pasienter med akutt akillesseneruptur konservativt, mens kirurgi er førstevalg ved byens øvrige sykehus. Vi ønsket med denne oppgaven å studere kunnskapsgrunnlaget for hvilken av behandlingsformene som er best. Ettersom praksis er ulik ved OUA og de øvrige sykehusene, ønsket vi med dette å avdekke et kvalitetsforbedringspotensiale der praksis strider mot tilgjengelig evidensbasert litteratur.

Kunnskapsgrunnlag: Vi har brukt en eksplisitt søkestrategi etter PICO-modellen. Vi valgte å søke etter informasjon i Medline, Cochrane, PubMed og uptodate.com. Det ble lagt mest vekt på systematiske oversikter og metaanalyser. Litteraturen konkluderer med at kirurgisk intervensjon etter akutt akillesseneruptur er fordelaktig i forhold til konservativ behandling hva angår reruptur. Kirurgisk intervensjon gir imidlertid en signifikant økt risiko for infeksjoner.

Tiltak: På bakgrunn av det evidensbaserte kunnskapsgrunnlaget har vi konkludert med at operativ behandling er bedre enn konservativ behandling med hensyn til reruptur. Derfor har vi valgt å innføre operativ behandling av akillesseneruptur. Kontraindikasjoner mot operativ behandling er eksempelvis høy biologisk alder, inaktiv livsførsel, betydelig svekket allmennhelse, systemsykdom og inoperabel hud lokalt. En mulighet er å gjøre en RCT mellom OUA og de andre sykehusene, der en sammenlikner pasientene etter at de har gjennomgått den ene eller den andre behandlingsformen.

Konklusjon: På bakgrunn av evidensbasert kunnskap mener vi at nye retningslinjer for behandling av akillesseneruptur bør innføres ved OUA. Dette gjelder i særlig grad for unge og aktive pasienter. Med innføring av operativ behandling av aktuelle pasienter ved OUA forventer vi en redusert andel rerupturer. Denne gevinsten synes å kunne oppveie en samtidig økning av andre komplikasjoner ifølge internasjonal litteratur på området. Pasientens eget ønske bør tas med i vurderingen.

Innføring av ny retningslinje for behandling av akillesseneruptur ved ortopedisk avdeling, Oslo Universitetssykehus Aker

Bakgrunn

Akillessenen har stor styrke, men etter kronisk overbelastning, mikrorupturer og fysiologisk aldringsprosess kan den likevel ryke. Ruptur er hyppigst relatert til sportsaktivitet hos menn mellom 30 og 60 år¹.

Akillesseneruptur har en insidens på rundt 16,8 per 100.000 innbyggere i Norge².

Akillesseneruptur kan enten behandles kirurgisk med sutur av senen eller konservativt med gips. Frem til 90-tallet var konservativ behandling vanligst ved norske sykehus. Fordelene med konservativ behandling er ifølge to store metaanalyser færre infeksjoner og færre hudproblemer^{3,4}. De fleste studier viser imidlertid at operativ behandling gir lavere rerupturfrekvens, og er grunnlaget for dagens utbredte praksis på ortopediske avdelinger^{3,4}.

Tross denne brede dokumentasjonen velger Oslo universitetssykehus Aker (OUA) å behandle akillessenerupturer konservativt. Dette innebærer først støvelgips i spissfotstilling i 2-3 uker, dernest gågips i 4-5 uker. Forsiktig vektbelastning med krykker tillates fra rundt 4. uke, og pasienten har gips i totalt åtte uker⁵.

For en pasient som får diagnostisert akillesseneruptur på Oslo Kommunale Legevakt vil hans/hennes postnummer avgjøre om videre behandling blir konservativ ved OUA eller operativ ved Oslo Universitetssykehus Ullevål (OUU). Retningslinjer som bygger på vitenskapelig dokumentasjon er ønskelig ved alle sykehus for å optimalisere behandlingsresultatet. I dette tilfellet vil vi se på muligheten for at Ortopedisk Avdeling ved OUA endrer sine retningslinjer, slik at kvaliteten på behandlingen i henhold til resultatet heves for denne pasientgruppen. Dersom OUA endrer praksis til operativ behandling vil vi med tiden sannsynligvis se færre rerupturer. Vi har med dette et kvalitetsforbedringspotensial ved Ortopedisk Avdeling på OUA.

Kunnskapsgrunnlag

Materiale og metode

Ved gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for denne KLoK-oppgaven ble det brukt en eksplisitt søkestrategi. Denne gikk ut på å søke i anerkjente databaser med en konkret og gjennomarbeidet søketekst. Denne var basert på PICO-strategien og gav oss følgende nøkkelord: "achilles", "rupture" og "intervention". Disse ble bundet sammen med "AND". For å begrense antallet treff ble det i tillegg lagt til "NOT tendinitis". Dette for å utelukke treff som omhandlet behandlingen av tendinitter. Det ble med hensikt besluttet å ikke legge inn begrensninger på hvilke pasienter studiene skulle omhandle. Dette fordi retningslinjene vi forsøker å endre ikke sikter seg inn på en spesiell pasientpopulasjon, men er generell og omfatter alle pasienter. Vi valgte å søke etter informasjon i Medline, Cochrane, PubMed og uptodate.com. Det ble lagt mest vekt på systematiske oversikter og metaanalyser. Spesielt Cochrane-oversikter ble tillagt stor vekt. På uptodate.com måtte søkestrategien legges om noe da denne basen ikke gir enkeltstudier, men underpunkter med evidensbasert informasjon skrevet av portalens forfattere med grunnlag i en rekke enkeltstudier. Vi valgte å søke på "Achilles" and "Rupture". Derifra valgte vi underpunktet "Achilles tendinopathy and tendon rupture", så underpunktet "Treatment" og "Tendon rupture".

Resultater

Gjennom våre søk fant vi flere artikler og metaanalyser som omhandlet vår problemstilling.

Bhandari et al³ har i sin systematiske oversikt og metaanalyse sammenliknet kirurgisk vs konservativ behandling ved akutt akillesseneruptur. De fant at kirurgisk behandling reduserer insidens av reruptur. Rerupturrater var henholdsvis 3,1 % for gruppen som hadde gjennomgått kirurgi og 13 % for gruppen der konservativ behandling var benyttet. Pasientene i studien hadde akutte lukkede spontane rupturer av akillessenen og var hovedsaklig menn i 40-årene. Den konservative behandlingen bestod av gips over eller under kneet i 6-8 uker. Kirurgisk behandling innebar suturering av senen og gips i 6-8 uker. Relativ risiko for infeksjon var 4,6 ved kirurgisk intervensjon. Andel som returnerte til normal aktivitet var 71 % etter kirurgi mot 61 % ved konservativ behandling. 19 % klaget etter behandlingen etter kirurgi mot 25 % etter konservativ behandling.

Mininder et al⁶ har i sin artikkel *Operative versus Nonoperative Management of Acute Achilles Tendon Rupture* funnet en risiko for reruptur ved kirurgi på 2,2 % versus 12,1 for konservativ behandling. Andelen med større komplikasjoner (major complications) var ved kirurgi 3,0 % og ved konservativ behandling 2,5 %. De med operativ behandling kom best ut med tanke på sannsynlighet for reruptur. Det som talte for non-operativ behandling var en marginalt mindre sannsynlighet for komplikasjoner. Studien konkluderer med at en operativ strategi var den optimale behandlingen, men det anbefales at pasienten tas med i diskusjonen om hva slags behandling som skal tilbys.

Khan et al⁷ har i sin Cochrane-review *Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures* sammenliknet operativ versus nonoperativ behandling ved akillesseneruptur. Alle randomiserte og kvasirandomiserte studier som omhandler dette temaet er inkludert i studien. Den operative behandlingen var assosiert med en lavere risiko for reruptur, RR var 0,27. Det var en høyere risiko for andre komplikasjoner som infeksjon, adhesjoner og nedsatt hudsensibilitet, RR 10,60. De konkluderer med at kirurgisk behandling signifikant reduserer risiko for reruptur sammenliknet med konservativ behandling, men det er samtidig en signifikant høyere risiko for komplikasjoner, inkludert sårinfeksjon.

På uptodate.com⁸ finner vi samsvarende resultater med de ovenstående artikler hva angår reruptur. Kirurgisk intervensjon reduserer absolutt risiko for reruptur av senen til 3,5 % sammenliknet med 12,6 % hos dem som hadde gjennomgått konservativ behandling. Relativ risiko var 0,27. Tallene er basert på et materiale på 356 pasienter under 40 år.

Pasienttilfredshet varierte fra studie til studie, og man fant ingen klar konklusjon.

Komplikasjonsraten (nummenhet, hypersensitivitet, infeksjoner og adhesjoner) ved kirurgi ble funnet å være 34 % mot 2,7 % ved nonoperativ behandling.

Oppsummering: Litteraturen konkluderer med at kirurgisk intervensjon etter akutt akillesseneruptur er fordelaktig i forhold til konservativ behandling hva angår reruptur. Risikoen for reruptur ved kirurgisk behandling varierer mellom 2,2 % og 3,5 %, mens risikoen ved konservativ behandling varierer mellom 12,1 % og 13,0 %. Resultatene fra de ulike studiene samsvarer godt, noe som styrker konklusjonen ytterligere. Kirurgisk intervensjon gir imidlertid en signifikant økt risiko for infeksjoner. Resultatene er sprikende hva angår andre komplikasjoner, for eksempel pasienttilfredshet.

Observasjon og praksis:

Ortopedisk avdeling ved Oslo universitetssykehus Aker (OUA) benytter seg av konservativ behandling ved akillesseneruptur. De er et av få sykehus som bruker dette som hovedbehandling. Evidensbasert litteratur viser som nevnt at:

- Kirurgisk behandling gir mindre risiko for reruptur og svekket senekraft, men har en høyere infeksjonsrate.
- Konservativ behandling ved akillesseneruptur gir økt risiko for reruptur og dårligere kraft i senen.

Generelt benyttes kirurgisk behandling av akillesseneruptur fordi dette gir mindre risiko for reruptur. Konservativ behandling er et alternativ for pasienter hos hvem et kirurgisk inngrep er ønskelig å unngå. Hvert sykehus har lokale retningslinjer for hva slags behandling de benytter seg av. Retningslinjene viser ulik praksis mellom ortopedisk avdeling ved OUA og Oslo Universitetssykehus Ullevål (OUU) og ortopediske avdelinger ellers i landet. Vi har sett på tre retningslinjer, men har ikke kontaktet de enkelte sykehus og sett at disse retningslinjene følges i praksis.

Retningslinjer ved Oslo universitetssykehus, Aker:

Revidert januar 2006

Behandlingen ved Aker universitetssykehus er konservativ dersom seneendene legger seg til hverandre i spissfotstilling. Man gipser i spissfot i 2-3 uker, hvoretter man omgipser til rettinkelstilling og anlegger en ”gåklakk” for å la pasienten belaste fullt ut ytterligere 5 uker. Etter dette avgipsing. Pasienten får starte fullbelastning, men har sportsforbud (løpe/hoppe) i 6 måneder.

Retningslinjer ved Oslo Universitetssykehus Ullevål:

Ikke-operativ behandling medfører langvarig behandling med 8-12 uker i gips fulgt av mobilisering i ankel-/fot-ortose. Sammenlignet med operativ behandling gir dette mer reruptur, muskelatrofi og seneforlengelse, men ingen operative komplikasjoner og mindre

bruk av helseressurser. Konservativ behandling velges ved kontraindikasjoner mot operasjon som høy biologisk alder, inaktiv livsførsel, betydelig svekket allmennhelse, systemsykdom og inoperabel hud lokalt. Behandlingen er operativ dersom ikke kontraindikasjoner som nevnt ovenfor foreligger. Forsinket diagnose styrker indikasjonen. Operasjonen kan gjøres i lokalanestesi. Incisjon mediallyt baktil gir minst arproblemer.

Gips i 2 uker i 20 graders spissfot. Deretter mobilisering, fortrinnsvis i Walker (-støvel) med fotavvikling i 4 uker og aktive ankel ROM-øvelser. Henvisning til en fysioterapeut er en fordel.

Retningslinjer ved Haukeland Universitetssykehus:

Kristjan Valdimarsson og Sven Young 1997. Revidert november 2000 og januar 2008.

Behandlingen av akillessenerupturer er kontroversiell. Tradisjonelt har kirurgisk behandling med sutur av senen vært anbefalt. Andre hevder imidlertid at like gode resultater kan oppnås ved konservativ behandling (gips i spissfot 4 uker, gips i opprettet stilling i 4 uker ± og korkinnlegg under hælen i skoen i ytterligere 4 uker). Ved vår avdeling anbefaler vi operativ behandling ved totalruptur, unntatt ved svært proksimale rupturer i muskel-sene-overgangen der seneendene kommer helt sammen i spissfotstilling. I dette tilfellet kan man gipse som nevnt ovenfor.

Forskjellene i retningslinjene for behandling av akillesseneruptur ved OUA i forhold til andre sykehus er så entydig at det ikke ble behov for å bruke spesifikke verktøy i videre kartlegging av rutinene. Vi har ikke gått inn på hva som gir best resultat ved forskjeller i kirurgisk behandling.

Valg av indikator

Det er mange faktorer som har betydning for en avdeling når man skal velge strategi for behandling av akillesseneruptur. Et hovedmål bør være å redusere raten av reruptur. I tillegg vil faktorer som infeksjonsrate, totalkostnad, pasienttilfredshet, ventetid osv. være av betydning. Å måle raten av reruptur er relevant, men dette tar lang tid grunnet lav insidens, og er dermed relativt vanskelig og tidkrevende å monitorere². Innen medisinen generelt er pasienttilfredshet svært viktig ved valg av behandlingsmetode. I et større prosjekt ville det være nyttig å måle flere indikatorer, der pasienttilfredshet og de alvorligste komplikasjonene til behandling burde vært med.

Andelen som behandles riktig etter de nye retningslinjene, altså andelen som får kirurgisk behandling, vil være enklere og raskere å måle. Rerupturraten vil med støtte i litteraturen følge andelen som behandles kirurgisk^{3,6,7}. Vi velger oss derfor andelen av pasienter som blir behandlet kirurgisk etter iverksetting av tiltak som indikator.

Behandlingen som gis i hvert enkelt tilfelle blir alltid registrert i pasientjournalen, og er derfor lett å registrere og tolke uten særlig ekstra arbeidsmengde. Indikatoren lar seg raskt endre ved forandret praksis, men tiltaket vil grunnet begrenset insidens ta noe tid å kvantifisere og evaluere. En andel av pasientene vil også på grunn av alder, infeksjonsrisiko osv. ikke være aktuelle for kirurgisk behandling, og derfor ikke være en del av vår pasientgruppe. Dette vil være med på å øke tiden det tar å evaluere tiltaket ytterligere.

Vurdering av tiltak:

På bakgrunn av det evidensbaserte kunnskapsgrunnlaget har vi konkludert med at operativ behandling er bedre enn konservativ behandling med henblikk på reruptur. Derfor har vi valgt å innføre operativ behandling av akillesseneruptur. En forenklet ny retningslinje kan se slik ut:

Ny retningslinje for Oslo Universitetssykehus Aker

Behandlingen er operativ dersom det ikke er kontraindikasjoner som høy biologisk alder, inaktiv livsførsel, betydelig svekket allmennhelse, systemsykdom og inoperabel hud lokalt.

Endringen kan gjennomføres ved å bruke kvalitetsforbedrende verktøy. Vi har sett på Langley og Nolans metode, som igjen bygger på Demings klassiske PDSA- sirkel (Plan, Do, Study, Act)⁹.

Vi starter med å se på hvordan vi kan innføre de nye retningslinjene på OUA. De gamle retningslinjene er en innarbeidet rutine ved ortopedisk avdeling, og vi regner med særlig motstand fra professorene. Deres argumenter⁵ er blant annet at 4-11 % har risiko for postoperative komplikasjoner i form av infeksjoner, ubehag fra senen eller ubehag fra nerve som ligger i operasjonsområdet. Dypereleggende infeksjoner kan i verste fall forårsake hudnekrose, og dette er ifølge dem selv tungtveiende grunner for deres nåværende konservative behandling. Videre har OUA benyttet MR som radiologisk tilleggsundersøkelse av rupturerte akillessener¹⁰. MR-bildene viser at det er degenerative forandringer i senen. Dette indikerer at det allerede må ha vært små skader i senen før den rupturerte, for eksempel etter tidligere traumer eller nedsatt blodsirkulasjon av ukjent årsak. En sene uten degenerative forandringer hevdes ikke å kunne rupturere så lett¹⁰, og det spørres på OUA hvordan det kan være hensiktsmessig å sette inn suturer i allerede degenerert vev.

Ikke alle akillessenerupturer behandles konservativt på OUA.⁵ Rupturer forårsaket av kutt eller andre ikke-degenerative årsaker behandles kirurgisk. I våre planlagte retningslinjer må det selvfølgelig tas hensyn til kontraindikasjoner mot operativ behandling, som høy biologisk alder, inaktiv livsførsel, betydelig svekket allmennhelse, systemsykdom og inoperabel hud lokalt.

Det kan også tenkes at det vil være motstand mot økte økonomiske utgifter ved bruk av kirurgisk behandling. Det er derfor viktig at man foretar en kostnad/nytte-vurdering i forkant og underveis i innføringen av de nye retningslinjene. Inkludert i den økonomiske kalkylen må det tas hensyn til den samfunnsøkonomiske belastningen av eventuelle rerupturer i form av for eksempel sykemeldinger, fravær fra jobben med mer. Pasientens beste bør prioriteres selv om det kan føre til økte økonomiske utgifter. Mangel på ressurser i form av personell til å utføre kirurgisk behandling er et annet ankepunkt som vil bli brukt mot innføringen av nye retningslinjer ved OUA. Denne beslagleggingen av arbeidskraft kan potensielt gå utover andre kirurgiske aktiviteter som for eksempel hofteoperasjoner. Det kan også tenkes at kompetansen til kirurgene på avdelingen må oppdateres og forbedres, i form av kurs og veiledning. Dette vil kreve ytterligere ressurser og gi økte kostnader.

Prosess og organisering for bedre praksis:

Ved implementering av de nye retningslinjene på ortopedisk avdeling ved OUA må de nye retningslinjene godkjennes av klinikkledelsen og seksjonsoverlegen. Derfor er det strategisk viktig å starte med å involvere nøkkelpersoner internt i ortopedisk seksjon. Ved internundervisning på avdelingen, for eksempel via powerpoint-presentasjon, kan kunnskapsgrunnlaget legges frem. Der kan man vise til forskning med randomiserte-kontrollerte studier. Dette for å overbevise legene og andre ansatte om at det foreligger et gap mellom praksis og kunnskap. Det vil forenkle etableringen av de nye rutinene. De evidensbaserte studiene som det vises til, må ha lik sammenligning av den postoperative behandlingen. Det vil si at alle pasientene etter primærbehandlingen blir behandlet likt med tanke på postoperativ immobilisering, belastning, gipstid og opptrening. Eldre studier har sammenlignet kirurgisk behandlede pasienter som er tidlig mobilisert med belastning, versus pasienter som ikke er operert og behandlet immobilt, uten belastning. Dette er en kilde til feiltolkning av evidensmateriale. Det at ankelleddet immobiliseres og ikke gradvis belastes gjør at ankelområdet blir stivt og senen lettere rerupturerer. I tillegg tror man at belastningen stimulerer raskere tilheling⁵. Hvis avdelingens leger mener at tidligere forskningsmateriale ikke er tilfredsstillende i forhold til dette, eller ikke lar seg overføre til norske eller lokale forhold, kan dette bli et omdiskutert punkt. Det kan hindre innføring av kirurgisk

primærbehandling ved OUA. Det er da en mulighet og gjennomføre en RCT mellom OUA og OOU. Samtykkende pasienter randomiseres til ulik primærbehandling ved sykehusene, for deretter å følge et postoperativt behandlingsopplegg som tidligere skissert. Dette vil kunne gi ferske oppdaterte resultater og vil være tungtveiende for innføring av behandlingstype for akilleseneruptur. I de siste årene har dette vært et planlagt tiltak ved OUA, men lederne for prosjektet har fratrudd sine stillinger og det er ingen som har tatt opp igjen arbeidet for å få dette gjennomført.

Først når man har fått gjennomslag for alt dette, kan man diskutere seg frem til i hvilken grad det er mulig å innføre kirurgisk behandling, og eventuelt hvordan dette skal gjøres. Det må settes opp et totalt forventet tidsperspektiv for gjennomføring av de nye retningslinjene og kartlegging av hvilke ressurser som trengs, med hensyn til økonomi og personell og derav de antatte totale kostnader. Dermed bør sykehusledelsen involveres i første omgang. De bør undervises i noen viktige punkter om beste måte å forbedre praksis på. Dette kan for eksempel gjøres via foredrag. De følgende punkter anses som viktige¹¹:

Ledelsen må:

- Legge til rette for forbedringsarbeidet ved å sette av tilstrekkelig tid og ressurser.
- Involvere de ansatte på avdelingen (leger, sykepleiere, hjelpepleiere etc.) allerede i forberedelsesfasen.
- Opprette en tverrfaglig arbeidsgruppe som er ansvarlig for å gjennomføre arbeidet.
- Ha respekt for og lytte til betraktninger om de nye retningslinjene, som kommer fra de ansatte.
- Gi og informasjon til alle involverte parter, både før oppstart og underveis. Dette kan for eksempel gjøres kort på morgenmøtet.

Det kan være at noen av kirurgene ved OUA må sendes på kurs for å lære operasjonsteknikk. Det mest effektive er at et utvalg av erfarne kirurger kurses på steder som har kompetanse i dette, for så å implementere de nye metodene i avdelingen.

Etter hvert kan man ha gradvis omstilling av rutinene, med et prøveprosjekt over en periode, og evaluering av dette underveis. Når de praktiske forholdene er gjennomprøvd og tilrettelagt, kan man innføre den nye retningslinjen som fast primærbehandling på avdelingen.

For å finne frem til tiltakene for innføring av nye retningslinjer ved OUA har vi kontaktet professor Knut Strømsøe ved ortopedisk avdeling på OUA og hatt en informativ diskusjon rundt prosjektet. Vi har deretter diskutert i gruppen som helhet hvilke områder på et sykehus som vil bli involvert i denne prosessen fra den enkelte kirurg, pleiepersonale til sykehusledelsen. Et viktig punkt for omgjøring av primærbehandlingen ved OUA er at det ligger godt nok forskningsmateriale til grunn for endringene og at det deretter er økonomiske ressurser til gjennomføringen.

Evaluering

Det er naturlig å benytte indikatoren for å evaluere implementeringen av de nye retningslinjene. Alle pasienter som behandles for akillesseneruptur kodes i journalsystemet, og tidligere nevnte kontraindikasjoner mot kirurgisk behandling skal noteres i hver enkelt pasients journal. Slik kan man enkelt finne ut hvorvidt de som får konservativ behandling behandles "riktig", dvs. fordi de har en eller flere kontraindikasjoner (disse pasientene vil ikke evalueres i denne sammenhengen).

Avdelingen bør ha en prosjektansvarlig som går gjennom alle pasientjournaler som er kodet med akillesseneruptur en gang i halvåret. På OUA ville man selvsagt forvente en markant økning i andel kirurgisk behandlede akillessenerupturer etter innføring av de nye retningslinjene. Dersom så ikke er tilfelle bør man gå gjennom enkelttilfellene for å kartlegge årsakene til dette, og sette inn korrigerende tiltak.

Det vil være naturlig å gjennomføre tverrfaglige personalmøter med evaluering av personalets erfaringer med de nye retningslinjene. Dette kan for eksempel gjøres etter et halvt år, deretter ett år og siden årlig. Det kan også utarbeides et spørreskjema, som sendes pasientene 3 måneder postoperativt for å innhente erfaringer fra pasientene. Dette skjemaet kan utarbeides slik at det også kan sendes pasientene som behandles konservativt en tid *før* endring av retningslinjene. Slik kan man sammenligne pasientenes erfaringer både før og etter endringen. Utsending av skjemaer til pasienter i forkant av endringen vil naturligvis og beklageligvis ta en del tid, og er antakelig lite sannsynlig at blir gjennomført.

Etter ett år, som vil være en naturlig prøveperiode, vil det være behov for en revurdering av tiltaket kombinert med en gjennomgang av nytilkommet litteratur på området. Dette kan utføres av prosjektansvarlig, gjerne i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av både

leger og sykepleiere. Kombinasjonen av andel pasienter som behandles etter nye retningslinjer, tverrfaglige erfaringer med endrede rutiner, samt pasientenes tilbakemeldinger vil gi et godt bilde av effekten av de nye retningslinjene. Disse vil i kombinasjon indikere behovet for eventuelle justeringer og endringer. Evalueringen må nedtegnes skriftlig for å sikre at avdelingen også i fremtiden kan gjøre nytte av erfaringene som gjøres.

Diskusjon

Som nevnt tidligere viser evidensbasert litteratur at kirurgisk behandling av akillesseneruptur gir mindre risiko for reruptur og svekket senekraft sammenliknet med konservativ behandling. Akillesseneruptur utgjør ikke et stort helseproblem i Norge, følgelig vil endring av behandlingspraksis på OUA ikke gi de store helsemessige gevinstene. Men vi tilstreber til enhver tid forbedring av medisinsk praksis. I dette tilfellet er endring av praksis gjennomførbar i teorien, men vil nok i praksis gi mange utfordringer slik som motstand fra fagmiljøet, økt økonomisk belastning og endring av rutiner ved alle ledd på avdelingen.

Vi har ved samtale med avdelingsledelsen ved Ortopedisk Avdeling på OUA forstått at motstanden på avdelingen blir stor mot endring av behandlingspraksis. Det legges fra deres side stor vekt på de postoperative komplikasjonene, selv om rerupturraten er signifikant høyere blant de som behandles konservativt. Som ledd i den store motstanden nevnes det også at det ikke er blitt gjort noe randomisert kontrollert studie hvor behandlingsperioden med gips ved konservativ behandling og postoperativ er lik i kvalitet og kvantitet. Ved sterk motstand foreslår vi at det gjennomføres en randomisert kontrollert studie mellom OU Ullevål og OU Aker hvor samtykkende pasienter med diagnostisert akillesseneruptur ved Oslo Legevakt randomiseres til kirurgisk behandling ved OUA eller konservativ behandling ved OUA, avsluttende med lik gipsperiode. Deretter kan det på nytt gjennomføres et kvalitetsforbedringsprosjekt for å eventuelt endre rutinene ved ortopedisk avdeling på OU Aker. Det foreligger hittil ingen studier som sammenlikner de to pasientgruppene med likt videre forløp. For å få signifikante tall og verdier må det beregnes god tid til gjennomføring av studien. Ved klare signifikante funn vil en endring av praksis gi kvalitetsforbedring av behandling av akillesseneruptur.

Referanser

- ¹ Norsk elektronisk legehåndbok. www.legehandboka.no. Akillesseneruptur. Side revidert 09.10.2008. Sitert 12.03.2009
- ² Borchgrevink G, Grøntvedt T. Reruptur etter operasjon for total akillesseneruptur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2488-90. Tidsskriftet
- ³ Bhandari M, Gordon HG, Siddiqui F et al. Treatment of Achilles tendon ruptures. A systematic overview and metaanalysis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2002; nr. 400: 190-200.
- ⁴ Khan RJ, Fick D, Keogh A, Crawford J, Brammar T, Parker M. Treatment of acute Achilles tendon ruptures. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87: 2202-10. PubMed
- ⁵ Muntlig meddelelse professor dr. med. Knut Strømsøe. Mars 2009.
- ⁶ Mininder S, Kocher, Julius Bishop, Ryan Marshall, Karen K. Briggs and Richard J. Hawkins Operative versus Nonoperative Management of Acute Achilles Tendon Rupture: Expected-Value Decision Analysis *Am. J. Sports Med.* 2002; 30; 783
- ⁷ Khan RJK, Fick D, Brammar TJ, Crawford J, Parker MJ. Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD003674. DOI: 10.1002/14651858.CD003674.pub2.
- ⁸ http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=ad_orth/11653&selectedTitle=3~9&source=search_result#23 Side oppdatert 14. oktober 2008. Side sitert 12. mars 2009.
- ⁹ http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1103 Sitert 20.02.2009
- ¹⁰ Pétursson G, Paulsrud Ø, Stiris M, Strømsøe K, Engebretsen L. Achillesseneruptur, en studie mellom to ulike primære behandlingsmetoder. Informasjonsbrosjyre fra Oslo Universitetssykehus, Aker. Utgitt 2006.
- ¹¹ http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf Fil er datert 2007, sitert 10.03.2009