

Utrikesfödda rapporterar mer problem efter total höftprotes än svenskfödda

Oklart varför, men bättre information och välutbildade tolkar kan behövas

FERID KRUPIC, med dr, leg anestesistjuksköterska
ferid.krupic@gu.se

JOHAN KÄRRHOLM, professor,
överläkare; båda avdelningen

för ortopedi, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

En växande mångkulturell befolkning innebär en stor utmaning för vårdpersonal med ambition att erbjuda en vård som baseras på individens behov och varje persons behov av autonomi [1-4]. Hög kunskapsnivå krävs av sjukvårdspersonal om alla patienter ska garanteras grundläggande rättigheter, rättvisa, jämlikhet och opartiskhet [5, 6]. Enligt svensk officiell statistik från 2013 hade 23,3 procent av den svenska befolkningen på 9,7 miljoner utländsk bakgrund, och 15,4 procent var födda utanför landet [7].

Under de senaste tio åren har arbetskraftsinvandring i samband med EU:s regler också ökat. Under 2013 invandrade 115 845 personer till Sverige. Samtidigt utvandrade ca 51 000 personer, vilket ger en nettoinvandring av 65 000. Under 2014 steg nettoinvandringen till >75 000 personer, varav mer än hälften var män (57 procent). Personer födda utanför Sverige representerade 171 nationaliteter [7, 8].

Många utrikesfödda lider av eller kommer att drabbas av höftledssjukdom, vilket för en del kommer att innebära operation med total höftprotes. För att maximera förutsättningarna för lyckade behandlingsresultat krävs god preoperativ information, adekvat smärthantering och förebyggande av komplikationer samt åtgärder för optimal rehabilitering, där patientens eget deltagande är av största vikt.

Kunskapsläget är svagt

Tidigare studier har visat förekomst av etniska skillnader i utnyttjandegrad av operation med total höftprotes så till vida att utländska patienter tycks vara mindre benägna att genomgå operation och mindre villiga att betala för den. I de länder där studierna genomfördes opererades således färre utländska patienter. Även nöjdheten med resultatet av operationen skiljde sig [9-11].

I en tidigare studie kunde vi inte påvisa någon säker skillnad beträffande risk för reoperation inom 2 år eller revision inom 14 år efter operation med primär höftprotes mellan patienter födda i Sverige och patienter födda utanför Sverige [12]. Kunskapsläget vad gäller huruvida effekten av höft-

»I studien ingick 151 837 patienter, varav 63,5 procent kvinnor, som genomgått primär höftprotesoperation mellan 1992 och 2007.«

protesoperationer och andelen tidiga såväl som sena komplikationer skiljer sig åt mellan patienter beroende på födelse-land är svagt.

Syftet med denna studie var att undersöka om det finns något samband mellan patientupplevt resultat efter primär total höftprotesoperation och patientens födelseplats (i eller utanför Sverige) och socioekonomiska faktorer.

MATERIAL OCH METOD

I studien ingick 151 837 patienter, varav 63,5 procent kvinnor, som genomgått primär höftprotesoperation mellan 1992 och 2007. Patienterna delades in i olika grupper beroende på födelseplats (Tabell I). För att ingå i respektive grupp krävdes att patientens föräldrar skulle vara födda i Sverige respektive utomlands. Patienter med en svensk- och en utländsfödd förälder exkluderades. Demografiska data, uppgifter om det kirurgiska ingreppet och patientrapporterade data före och 1 år efter operationen hämtades från Svenska höftprotesregistret.

Patientrapporterad information bestod av EQ-visuell analog skala (VAS) för smärta, VAS för tillfredsställelse och EQ-VAS. Samkörningar skedde med Patientregistret och Statistiska centralbyrån för att inhämta information om patientens övriga sjukdomar, civilstånd, utbildningsnivå, inkomst och födelseland.

Statistisk analys

För att utvärdera om någon av de fem underkategorierna i EQ-5D-formuläret (rörlighet, egenvård, vanliga aktiviteter, smärta och oro/nedstämdhet) skiljde sig mellan patienter födda i Sverige och patienter födda utanför Sverige dikotomiserades svaren till antingen inga eller måttliga respektive svåra problem för varje underkategori. Eventuellt inflytande av demografiska och socioekonomiska variabler utvärderades med χ^2 -test och med logistisk regressionsanalys där en odds-kvot som låg statistiskt signifikant över 1 innebar att utrikesfödda hade ökad sannolikhet att rapportera problem.

De variabler som ingick i modellen visas i Tabell I. Preoperativ smärta enligt EQ-5D utvärderades inte med regressionsanalys, eftersom nästan alla patienter rapporterade måttliga eller svåra smärtpproblem före operationen. Vid 1-årsuppföljning inkluderades det preoperativa värdet i regressionsanalyserna för var och en av de fem dimensionerna i EQ-5D. VAS för smärta, VAS för tillfredsställelse och EQ-VAS analyserades med användning av variansanalys (ANOVA) och t-test. Dessa parametrar analyserades också i en multipel linjär regres-

SAMMANFATTAT

Många som invandrat till Sverige lider av eller kommer att drabbas av höftledssjukdom, vilket kan leda till operation med total höftprotes.

Före operation rapporterar utrikesfödda mer problem med egenvård, dagliga aktiviteter och ångest/depression och högre grad av smärta än patienter födda i Sverige.

Postoperativt rapporterar utrikesfödda mer problem i alla dimensioner av skattningsverk-

tyget EQ-5D efter 1 år.

Skilnaden kan bero på att utrikesfödda opereras i ett senare skede, har olika krav och förväntningar samt kommunikationssvårigheter.

Tydligare patientinformation, bättre utbildning av sjukvårdspersonal och ökad tillgång till tolkar skulle kunna underlätta dessa patientgruppers kontakt med sjukvården och bidra till bättre behandlingsresultat.

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

TABELL I. Patientdata i förhållande till födelseland (siffrorna anger antal).

Variabler	Född i Sverige	Född i Norden exklusive Sverige	Född i Europa exklusive Norden och fd Sovjetunionen	Född utanför Europa inklusive fd Sovjetunionen
Kön				
Man (procent)	56 480 (40,3)	2 029 (31,7)	1 416 (35,3)	417 (36,9)
Kvinna (procent)	83 819 (59,7)	4 367 (68,3)	2 597 (64,7)	713 (63,1)
Ålder, år^a				
<50	5 864	298	288	298
50–59	17 798	955	593	168
60–69	38 468	2 102	1 250	225
70–79	52 690	2 355	1 424	304
≥80	25 479	686	458	135
Diagnos				
Primär osteoartrit	108 966	4 925	3 221	732
Inflammatorisk ledsjukdom	5 275	283	131	51
Fraktur	18 032	817	363	125
Pediatrika sjukdomar	2 212	121	146	126
Idiopatisk avaskulär nekros	4 297	201	116	73
Övriga (ej tumör)	1 517	49	36	23
Sammanlevande				
Ja	81 319	3 439	2 267	621
Nej	58 980	2 957	1 746	509
Utbildning ISCED 97^b				
Låg	94 331	4 188	2 126	667
Medel	32 188	1 688	1 264	272
Hög	13 780	520	623	191
Samsjuklighet^c				
Elixhauser 0	100 065	4 385	2 864	817
Elixhauser 1	39 808	1 984	1 139	309
Typ av fixation^d				
Cementerad	124 502	5 538	3 370	777
Ocementerad	6 120	380	292	182
Hybrid	5 557	269	186	68
Omvänd hybrid	3 004	179	122	80
Ytersättningsprotes	761	15	29	16

^aMedelvärde, 95 procents konfidensintervall för medelvärdet anges inom parentes.

^bInternational standard classification of education 1997.

^cIngen samsjuklighet (0) eller ≥1 typ av samsjuklighet enligt Elixhauser. Data saknas för 0,3 procent av studiedeltagarna.

^dData saknas för 0,3 procent av studiedeltagarna.

sionsmodell med hjälp av variablerna ålder, utbildning och preoperativ utvärdering av smärta vid 1-årsuppföljningen.

Vid utvärdering definierades tre grupper av utrikesfödda; födda i Norden, födda i Europa utanför Norden och födda utanför Europa inklusive före detta Sovjetunionen, vilka i vissa analyser kondenserades till en grupp för att minska antalet statistiska test. Patienter födda i Sverige utgjorde referensgruppen. Avvikelsen från normalfördelningen bedömdes vara inom acceptabla gränser. EQ-5D-data presenteras för samtliga fyra patientgrupper. Signifikansnivån sattes vid $P < 0,05$. SPSS version 19.0 och 20.0 användes för analyserna.

RESULTAT

Utrikesfödda som opererades med höftprotes var generellt sett yngre och fick oftare en ocementerad protes. Den relativa andelen med sekundär artros var endast högre i gruppen födda i länder utanför Europa. Pediatrika höftsjukdomar och

»Generellt sett var resultaten efter höftprotesoperation inte lika goda för utrikesfödda patienter som för svenskfödda patienter.«

avaskulär kaputnekros var något vanligare bland patienter födda utanför Europa.

Före operation rapporterade alla grupper utrikesfödda mer problem med egenvård ($P \leq 0,02$). Vissa grupper utrikesfödda tenderade att ha mer problem med dagliga aktiviteter ($P \leq 0,05$), och patienter födda i Europa respektive utanför Europa rapporterade oftare problem med ångest/depression ($P \leq 0,005$). Utrikesfödda rapporterade högre smärtpoäng (skillnad i medelvärde: 2–4 steg, $P < 0,001$) än födda i Sverige. Ett år efter operation angav utrikesfödda mer problem i alla EQ-5D-dimensioner. Efter justering för kovariater, inklusive det preoperativa ingångsvärdet, återstod de flesta av dessa skillnader med undantag för dimensionerna smärta och ångest/depression i gruppen födda i övriga nordiska länder. Ett år efter operationen hade smärta enligt VAS minskat betydligt i alla grupper. Utrikesfödda rapporterade mer smärta (skillnad i medeltal 3–9 steg) och sämre psykiskt mående än födda i Sverige, både före och efter justering för eventuell samvariation ($P < 0,001$, ANOVA).

DISKUSSION

Generellt sett var resultaten efter höftprotesoperation inte lika goda för utrikesfödda patienter som för svenskfödda patienter. En möjlig förklaring skulle kunna vara att utrikesfödda patienter

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

»Patientrelaterade faktorer som att inte behärska det inhemska språket och/eller kulturell och socioekonomisk bakgrund kan vara av betydelse.«

ter opereras i ett senare skede av sjukdomsförloppet eller att de på grund av kulturella eller religiösa skäl ställer högre krav på sin egenvård. Förekomst av mer ångest/depression, sämre tillfredsställelse och mer kvarstående smärta hos patienter födda utanför Norden skulle delvis kunna ha samma orsak.

I en tidigare studie omfattande patienter opererade i Göteborgsregionen observerade vi sämre patientrapporterat utfall hos utrikesfödda patienter såväl preoperativt som vid 1 års uppföljning [13]. Tidigare studier har visat att patienter skatar smärta annorlunda beroende på etnicitet och kultur. Smärtan tycks kläs i olika känslor, och smärtreaktionerna kan innehålla mer eller mindre dramatik [14-16].

I en studie jämfördes hälsorelaterad livskvalitet bland hemlösa personer födda utanför Sverige med en oselektad befolkningsgrupp från Stockholmsområdet [17]. Instrumentet HRQoL användes för skattning av hälsorelaterad livskvalitet. Efter justering för kovariater observerades ett lägre EQ-5D-index för personer födda i länder utanför Europa än för personer från Sverige.

I denna studie observerade vi också mer ångest och/eller depressiva besvär preoperativt i alla grupper utrikesfödda samt lägre EQ-5D-index. Lägst EQ-5D-index hittades hos patienter födda utanför Europa i analogi med tidigare nämnda studie [18]. En tidigare genomgång visade att HRQoL inte bara beror på ålder och kön utan även på socioekonomisk status, som varierar mellan olika grupper av sjukdomar [13]. Valet mellan de olika alternativen i EQ-5D-formuläret skulle således också kunna vara föremål för variationer relaterade till kulturell bakgrund.

Förmodligen hade de flesta utrikesfödda patienter inte helt samma bakgrund som i tidigare studier. De flesta av de utrikesfödda patienterna i denna studie, och särskilt de som var födda utanför Europa, tenderade att vara yngre och ha högre utbildningsnivå än referensgruppen. De patienter som var födda i länder utanför Europa var dessutom oftare män, hade större andel sekundär artros och fick oftare ocementerade implantat [12].

Indelning beroende på etnicitet är vanlig i studier från tex USA. Den är dock enligt vår uppfattning mindre relevant på grund av svåra eller omöjliga gränsdragningar och motsvaras inte heller alltid av kulturella skillnader. Vi hade information om födelseland men tvingades slå ihop dessa till större regioner för att erhålla tillräcklig statistisk säkerhet. Denna indelning blev relativt grov, och störst heterogenitet kan sannolikt förväntas inom gruppen födda utanför Europa inklusive före detta Sovjetunionen. Detta utgör en begränsning med vår studie.

Problem att förstå det svenska språket kan också ha påverkat resultatet. Språkproblem kan ha inneburit att fler utrikesfödda patienter än svenskfödda fick hjälp av släktingar eller vänner att fylla in frågeformuläret. Bristen på kunskap i svenska kan också förklara att bortfallet i gruppen utrikesfödda var något högre än i gruppen svenskfödda. En annan möjlig begränsning med vår studie är att vi använde den brittiska EQ-5D-tariffen för att konvertera svaren till ett numeriskt värde. Den brittiska tariffen är eventuellt något bättre anpassad till en svensk befolkning än till utrikesfödda patienter, speciellt patienter födda i länder utanför Europa.

KONKLUSION

Vi fann att utrikesfödda svenskar rapporterar mer problem

före och efter operation med total höftprotes i flera dimensioner av EQ-5D än patienter födda i Sverige. Patientrelaterade faktorer som att inte behärska det inhemska språket och/eller kulturell och socioekonomisk bakgrund kan vara av betydelse. Skillnader i indikationer kan också föreligga men kräver ytterligare studier. I dag vet vi inte om utrikesfödda patienter opereras i samma sjukdomsstadium som patienter födda i Sverige.

Förbättrad patientinformation både före och efter operation, bättre utbildning av sjukvårdspersonal i invandrades sociala situation och villkor, bättre tillgång till välutbildade tolkar och även andra riktade åtgärder skulle sannolikt kunna underlätta och förbättra utrikesfödda patienters kontakt med sjukvården, rehabilitering och resultat efter höftprotesoperation.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Taylor G. Migration and refugees. In: Papadopoulos I (editor). Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners. London: Churchill Livingstone Elsevier Publishing; 2006. p. 45-63.
2. Purnell LD, Paulanka BJ. Transcultural health care: a culturally competent approach. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Publishing; 2003.
3. Fishman J. Ethnicity as being, doing and knowing. In: Hutchinson J, Smith AD (editors). Ethnicity. New York: Oxford University Press; 1996. p. 62-8.
4. Taylor G, Papadopoulos I, Dudau V, et al. Intercultural education of nurses and health professionals in Europa (IENE). Int Nurs Rev. 2011;58(2):188-95.
5. Wilow K. Författningshandbok. Stockholm: Liber; 2003.
6. Basic documents. 43rd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. Statistiska centralbyrån. Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2012 och befolkningsförändringar 2012. <http://www.scb.se>
8. Sveriges officiella statistik. Statistiska meddelanden. Migration 2003. In- och utvandring och asylsökande. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2004. BE 68 SM 0401. Tabell 4a-c.
9. Ibrahim SA. Racial variations in the utilization of knee and hip joint replacement: an introduction and review of the most recent literature. Curr Orthop Pract. 2010;21:126-131.
10. Ibrahim SA, Stone RA, Han X, et al. Racial/ethnic differences in surgical outcomes in veterans following knee or hip arthroplasty. Arthritis Rheum. 2005;52:3143-51.
11. Nwachukwu BU, Kenny AD, Losina E, et al. Complications for racial and ethnic minority groups after total hip and knee replacement: a review of the literature. J Bone Joint Surg (Am). 2010;92:338-45.
12. Krupic F, Eisler T, Eliasson T, et al. No influence of immigrant background on the outcome of total hip arthroplasty. 140,299 patients born in Sweden and 11,539 immigrants in the Swedish Hip Arthroplasty Register. Acta Orthop. 2013;84(1):18-24.
13. Krupic F, Eisler T, Garellick G, et al. Influence of ethnicity and socioeconomic factors on outcome after total hip replacement. Scand J Caring Sci. 2013;27:139-46.
14. Staton LJ, Panda M, Chen I, et al. When race matters: disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. J Natl Med Assoc. 2007;99:532-8.
15. Zola IK. Culture and symptoms – an analysis of patients' presenting complaints. Am Sociol Rev. 1966;3:615-30.
16. Green CR, Anderson KO, Baker TA et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. Pain Med. 2003;4:277-94.
17. Sun S, Irestig R, Burström B, et al. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County. Scand J Public Health. 2012;40:115-25.
18. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. Health Policy. 2001;55:51-69.

■ SUMMARY

In 2013, 23.3% of the Swedish population of 9.7 million had foreign background and 15.4% were born outside the country. Immigrants, just as natives, suffer or will suffer from hip disease, which could involve surgery with total hip arthroplasty. Our aim was to explore the association between birthplace (in or outside Sweden), socio-economic factors and outcome after primary total hip arthroplasty. Records from the Swedish Hip Arthroplasty Register were cross-matched with population-based registers from the National Board of Health and Welfare and Statistics Sweden. Preoperatively immigrants reported more problems with self-care ($P \leq 0.02$), usual activities ($P \leq 0.05$) and anxiety/depression ($P \leq 0.005$) as well as higher levels of pain. Postoperatively immigrants reported more problems in all EQ-5D dimensions. Improved patient information, better training of medical staff and better access to interpreters could facilitate these patients' contacts with health care and also contribute to improved outcome.