

REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

Höftledsartros

Ange avsändare som lämnar svaret:

Region (om applicerbart): [Skriv ditt svar här]

Organisation: [Svensk Förening för Allmänmedicin]

Ansvarig person, titel/roll: [Magnus Isacson, ordförande]

[X] Jag samtycker att mina personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2020. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Svarsmall

Du lämnar dina synpunkter på respektive avsnitt kommentaren avser. Det finns även möjlighet att vid behov avslutningsvis lämna övergripande synpunkter på det specifika vårdförloppet.

Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1

Delar av beskrivningen bör problematiseras. Vi saknar referens till påståendet om att en stor andel patienter som remitteras inte är aktuella för operation. Slutgiltigt beslut om huruvida en patient skall opereras, metodval och operabilitet måste fattas av opererande klinik. En mycket hög andel operationsfall av remitterade patienter medför dels med nödvändighet en större andel patienter lämpade för kirurgi som inte remitterats (underbehandling), dels anser SFAM att ortopedklinikernas expertkunskap bör utnyttjas till mer än att bara operera. Differentialdiagnostiska överväganden och second opinion i svårbedömda, men ej nödvändigtvis kirurgiska, fall är nödvändiga för att förtroendet för vårdkedjan skall bibehållas. Det kan gälla tillfällen där generalistens bedömning ifrågasätts eller där samband mellan diagnos och besvär inte är solklara. SFAM menar även att inte är förenligt med ett personcentrerat arbetssätt att avfärda remisser och därmed avsäga sig intresse eller ansvar för patienter i de fall primärvården gör bedömningen att den behöver stöd. SFAM ifrågasätter med hänvisning till ovanstående lämpligheten av måttet andel opererade som kvalitetsindikator.

Kapitel 1.2 [SFAM anser att flödesbilden och tillhörande text är onödigt svåröverskådlig och att texten ger en alltför svepande och nedvärderande beskrivning av primärvårdens omhändertagande av dessa patienter, även om klara förbättringsområden finns. Delar av resonemanget bygger på den falska föreställningen om att det alltid och i alla avseenden är bättre att ställa diagnos så tidigt som möjligt. Det finns ofta fördelar med tidig diagnos, men även väl dokumenterade risker vad gäller diagnostisk precision (som oftast är lägre tidigare i ett förlopp, särskilt när symtomen överlappar de som förekommer i frisk befolkning) och negativa psykologiska effekter av diagnos, sk labelling, där forskning visar att en människas livskvalitet kan försämrans av att erhålla en sjukdomsdiagnos i sig.

Kapitel 1.3 [

Kapitel 1.4 Kapitlet bygger delvis på ett cirkelresonemang, där mål och metod för att uppnå dessa överlappar, t.ex att målet är att öka kunskapen, vilket skall uppnås genom att öka kunskapsnivån. Målet, att fler patienter skall få vård i rätt tid, anser vi kommer att vara svårutvärderat eftersom "rätt tid" är medicinskt sett godtyckligt.

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 Vi föreslår en förenkling av flödesschemat, med färre steg och förenklad design. De fyra första stegen sker i allmänhet under ett och samma besök hos läkare eller fysioterapeut.

Kapitel 2.2 Vi har inga invändningar i sak, men visuellt/pedagogiskt föreslår SFAM en annan grafisk presentation än pyramidformen, som dels stämmer dåligt med det kronologiska förloppet och dels riskerar tolkas som en värdering av omhändertagandet, där kirurgi värderas högst. En alternativ illustration kunde vara en horisontell figur med tre pilar som beskriver kronologisk ordning och eventuellt även proportionell vikt av respektive handläggningssteg.

SFAM vill även problematisera den del av beskrivningen som handlar om vad patienten kan och bör göra, där vi vill framhålla att det i första hand är ett professionellt ansvar att genom patientcentrerat bemötande främja patientens involvering i sin vård, oavsett dennas förkunskaper.

Kapitel 2.3 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.5 [Skriv eventuella kommentarer här] (gäller endast kritisk benischema)

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 3.2 SFAM anser att målvärden för medelålder och andel patienter som genomgår röntgen innan diagnos har tveksam vetenskaplig grund.

SFAM vill erinra om resonemanget i avsnitt 1.2 avseende potentiella nackdelar med tidig diagnostik.

SFAM instämmer i att röntgen inte bör krävas för diagnos, utan i princip bör betraktas som en preoperativ åtgärd, som för övrigt ofta lämpar sig väl för att beställas och bedömas i samband med preoperativ utredning vid ortopedklinik. Målvärdet 50% för andel patienter som undersöks med röntgen inför diagnos kan därmed anses onödigt högt satt.

Vi vill också ifrågasätta lägre målsättning än 100% för processmålet deltagande i artrosskola, sjukgymnastik och träning, under förutsättning att måtten inte kopplas till ekonomistyrning genom till exempel målrelaterad ersättning.

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Innebörden i de två begreppen patientcentrering respektive personcentrering överlappar men de är inte synonymer och tydligare begreppsdefinitioner vore av värde. Båda begreppen torde förutsätta möjlighet till anpassning efter individuella förutsättningar. Vårdförlopp som benämns sammanhållna, men som i många avseenden avser likriktning/standardisering, riskerar därmed stå i motsatsställning till personcentrering.

Det kan principiellt ifrågasättas huruvida införandet av fler och mer detaljerade riktlinjer är en lämplig strategi för att komma till rätta med vad som uppfattas som bristfällig följsamhet till redan befintliga rekommendationer och riktlinjer. Vetenskapligt grundade nationella rekommendationer finns redan och såvitt SFAM kan bedöma tillför detta vårdförlopp ingen ny information, då det baserar sig på samma kunskapsunderlag.

SFAM anser att organisationen för kunskapsstyrning bör överväga riskerna med att genom algoritmbaserade standardiserade förlopp spä på den deprofessionalisering av läkaryrket i allmänhet, och av specialistläkare i allmänmedicin i synnerhet, som pågår. Andra sätt att uppnå vårdförloppets vällovliga målsättning torde kunna vara mer effektiva och mindre skadliga, t ex icke-hierarkiska fortbildning och kulturförändring där primärvård och sekundärvård lär sig bilateralt av varandra.

När det gäller konsekvensbeskrivningen av vårdförloppet vill SFAM framhålla att det är av vikt att förhålla sig till registerinformation med försiktighet i förhandsbedömning och utvärdering, då det finns viktiga och allvarliga felkällor inbyggda i alla kvalitetsregister.

SFAM håller med om att praxisvariationen är orimlig, men att den beror på dålig följsamhet till aktuellt kunskapsläge snarare än brist på tydlighet i riktlinjer. Vi instämmer i den farhåga som deltagare i arbetsgruppen uttryckt, att mängden riktlinjer i sig kan komma att försämra patientsäkerhet, följsamhet och arbetsmiljö snarare än tvärtom. Förhastade slutsatser i förväg om vårdförloppets positiva effekter (till exempel under 2.2 där man antar effekter som tidigare behandling och positiva konsekvenser av detta) bör undvikas.

SFAM vill särskilt framhålla att det finns en stark tradition inom sjukvården, att underskatta nackdelar och skadeverkningar med sina interventioner. Det kan delvis bero på kognitiv bias, önskan att göra gott. Forskningsunderlaget för att bedöma potentiella risker är också ofta undermåligt och många studier, även stora och välgjorda sådana, är sällan designade för att upptäcka eller värdera dessa risker. Detta är viktigt att ta hänsyn till i konsekvensanalyser.

SFAM instämmer i förhoppningen om att vårdförloppet, i bästa fall, kan bidra till att minska omotiverade skillnader i handläggning av höftledsartros men risken för konsekvenser för andra patientgrupper berörs i otillräcklig omfattning. Det finns alltså potential för såväl positiva som negativa aspekter ur jämlikhetsperspektiv. Denna aspekt bör

förtydligas under avsnittet om prioriteringsgrunder och behovs- och människovärdesprincipen.

Man uttalar sig om att detta vårdförlopp inte bedöms medföra några undanträngningseffekter, men det presenteras inget djupare resonemang kring möjliga sådana effekter, och redovisas inget vetenskapligt stöd för bedömningen. Konsekvensanalysen bör därmed betraktas som otillräcklig. Risken för undanträngning bör istället bekräftas, och en strategi för att bevaka och hantera denna risk presenteras.

Under 2.5 om kostnader anges så vitt vi kan förstå ingenting om omfördelning av resurser. I den mån primärvårdens ansvar och arbete utökas bör dokumentet förespråka omfördelning av ekonomiska och personella resurser, från högre till lägre nivåer i "omhändertagandepiramiden" (jämför dock kommentar angående visuell pedagogik, ovan).

Under 2.9 om uppföljning anser SFAM att det är djupt problematiskt att förespråka ett införlivande av primärvården i register som är utvecklade av och för sekundärvården, i detta fallet BOA-registret.

Som kommentar till 2.10 vill SFAM framhålla det i nuläget helt otillräckliga vetenskapliga underlaget för satsning på digital anamnes och digitala algoritmer för diagnos och inklusion till exempelvis ett vårdförlopp som detta. Forskning och erfarenheter inom konsultationsmetodik visar att en patient-/personcentrerad intervju med öppet utforskande ger effektivare, säkrare informationsöverföring och konsultationer än slutna, ledande frågor, som riskerar "lägga orden i munnen" på patienterna. Den kliniska betydelsen av anamnes framtagen på sistnämnda sätt är osäker, med risk för överinklusion, överdiagnostik och överbehandling.

Formuleringen, att utveckling av automatiserad anamnestagning och digitalt besluts- och behandlingsstöd utgör en garant för ökad patientcentrering, är anmärkningsvärt och saknar såvitt SFAM kan bedöma helt stöd.