

# ”Det görs för många operationer”

– Vi måste minska antalet artrosrelaterade knä- och höftoperationer på tveksamma indikationer och istället ordinera icke-kirurgisk behandling som förstaåtgärd!

Det säger Göran Garellick, överläkare i ortopedi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och sakkunnig i Sveriges Kommuner och Landstings arbetsgrupp för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård.

GÖRAN GARELLICK har sysslat med proteskirurgi i 25 år och är en av registerhållarna för Svenska Höftprotesregistret.

Just nu är han tjänstledig från klinisk verksamhet för att jobba på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Där sitter han i arbetsgruppen för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård, som är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen.

I slutet av november 2009 publicerade man en rapport som pekade på att tiotusentals knäoperationer, artroskopier, genomförs med tveksam indikation på patienter över 40 år, till en kostnad på cirka 200 miljoner kronor. Något som gav rubriker både i SvD, DN och Dagens Medicin.

– Inom svensk ortopedi görs operationer på tveksamma indikationer. Ett flertal studier visar att titthålskirurgi inte ger några säkra långsiktiga förbättringar hos den här patientgruppen, säger Göran Garellick när Fysioterapi ringer upp.

ENLIGT BÅDE nationella och internationella behandlingsriktlinjer ska steg ett i behandlingen av artros vara anpassad träning, information, gånghjälpmedel och viktkontroll. Först när detta har prövats och visat sig vara otillräckligt ska frågan om operation aktualiseras.

– Enligt svenska studier erbjuds bara cirka 30 procent av artrospatienterna

sjukgymnastik före en operation och ännu färre, tio procent, får en fullständig sjukgymnastisk intervention, tillägger han.

*I ett inlägg i Läkartidningen i september 2008 skrev du att ”det otäcka är att det sannolikt inte bara är onödiga artroskopier vi utför inom Svensk ortopedi”. Vad syftade du på då?*

”Många studier visar att sjukgymnaster är en underutnyttjad resurs vid artros.”

– Jag sticker väl ut hakan nu, men inom idrottsmedicinen har man hittills inte varit lika tuff när det gäller evidensbaserade behandlingsriktlinjer. Patienterna kräver ofta en aktiv insats och om inställningen är att ”kunderna har alltid rätt” produceras mer vård. Det görs ett stort antal operationer där resultaten inte mäts på ett standardiserat sätt, så vi får egentligen ingenting veta om utfallet. Omotiverade magnetkameraundersökningar är också kostsamma.

Göran Garellick har som representant för Öppna jämförelser fått utstå hård kritik inifrån de egna leden.

– Inom Svensk Ortopedisk förening är agendan att vi ska granska oss själva. Vi har en lång tradition av detta via våra mer än 30 år gamla ortopedregister. De som främst har reagerat på Öppna jämförelser är just verksamheter som tjänar pengar på artroskopier, säger han.

EN GRUPP ORTOPEDER på privata ortopedkliniker begärde i en debattartikel i Dagens medicin att SKL och Socialstyrelsen skulle be Sveriges ortopedier om ursäkt. Man skrev bland annat att ”till-

tron till både SKL och Socialstyrelsen minskar avsevärt när de publicerar slutsatser utan vetenskaplig grund och via media förmedlar en negativ bild av en hel yrkeskår.”

I sin replik svarade Göran Garellick med flera att Öppna jämförelserns huvudsyfte är att ”med god transparens redovisa process- och resultatmått i svensk hälso- och sjukvård”. Och att arbetsgruppen inte hade för avsikt att anklaga en yrkesgrupp. Idag tillägger han att de ortopedier som kom med kritiken inte har kunnat visa att SKL:s och Socialstyrelsens analys varit felaktig, annat än att de anser att antalet onödiga artroskopier är ett tusental färre.

– Det exakta antalet är inte viktigt utan målet att skapa en öppen debatt för att öka trycket på analys och förbättringsarbete.

”Jag har stått och mässat om samma sak i femton år, men nu verkar ett paradigmskifte faktiskt vara på gång”

*Du har uttryckt att ”Vi måste genomföra ett paradigmskifte och bedöma kvaliteten på vår ortopediska sjukvård via effektivitetsanalyser”. Är det bara motstånd eller rör det sig framåt?*

– Jag har stått och mässat om samma sak i femton år, men nu verkar ett paradigmskifte faktiskt vara på gång både nationellt och regionalt. De stora landstingen har börjat inse att utvärderingen av vården måste vara kvalitetsrelaterad och att bristerna också kostar, säger Göran Garellick.

Han menar att om landstingen bygger ut kvalitetskontrollen, kan de dra ned på bristkostnaderna, som enligt vissa beräkningar slukar 30 procent av hälso- och sjukvårdens resurser. Ett allt vanligare sätt att komma åt brister inom hälso- och sjukvården är att skapa olika kvalitetsregister. De fungerar som ett viktigt underlag för olika typer av forskning och, ju mer öppna de blir, även som en grund för jämförande granskning av vårdgivarna.

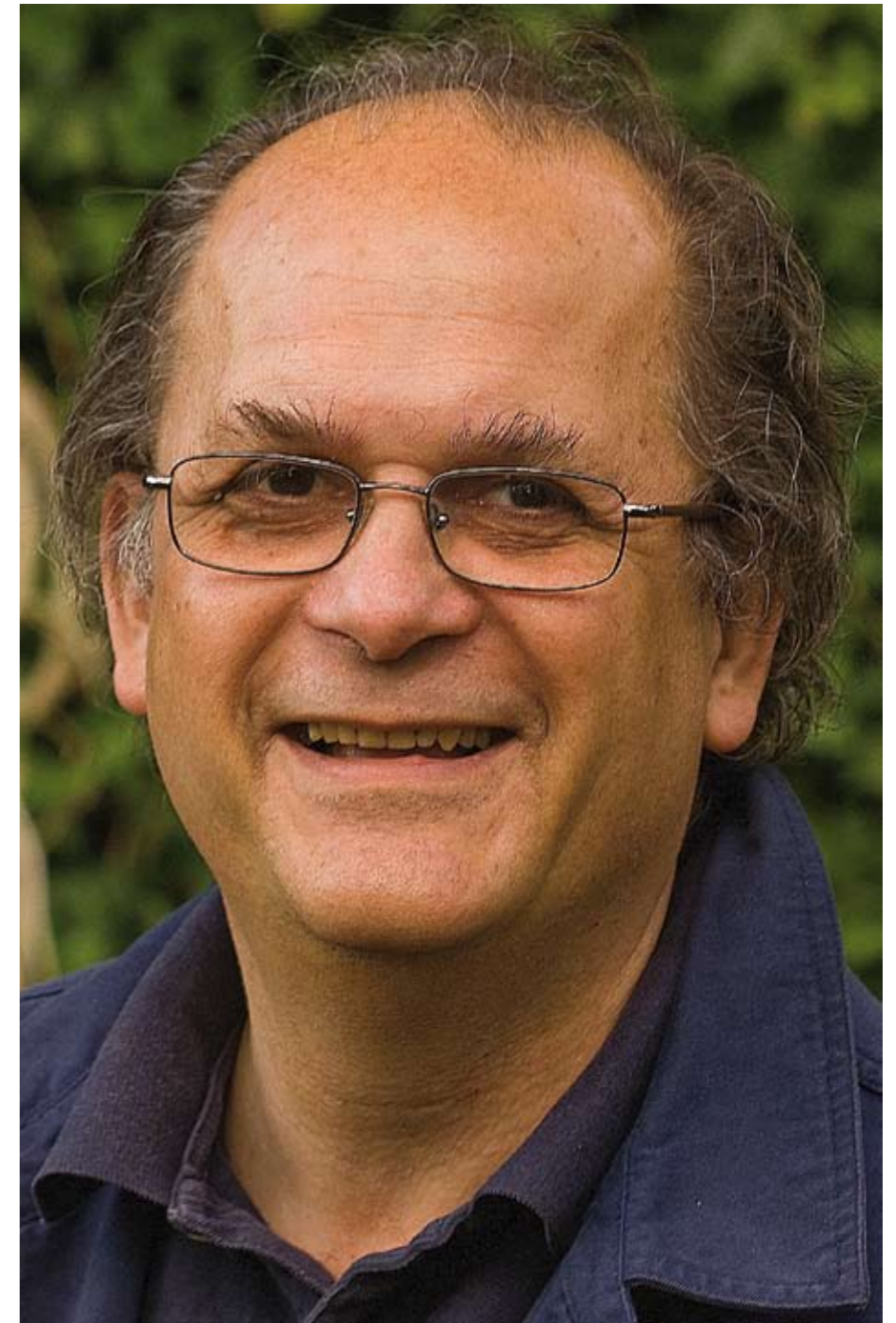
– Via kvalitetsregister och Öppna jämförelser blir det tydligt vilka vårdgivare som inte följer nationella behandlingsriktlinjer. Tanken är att det ska leda till en självsanering. Ingen vill vara sämst i klassen.

Göran Garellick är själv registerhållare för Svenska Höftprotesregistret som startades 1979 samt Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA) som startades 2008. BOA är ett register över vilken vård artrospatienter boende i Region Skåne, Västra Götalands Regionen, Värmlands och Västerbottens läns landsting har fått.

– Många studier visar att sjukgymnaster är en underutnyttjad resurs vid artros. Syftet med BOA är att alla patienter med artros ska erbjudas adekvat information och träning i enlighet med gällande behandlingsriktlinjer och att kirurgiska ingrepp ska övervägas när icke-kirurgisk behandling inte gett resultat.

Ett annat viktigt mål med BOA är att minska sjukskrivningar till följd av höft- och knäartros.

– Det är bara cirka tio procent av alla som söker sjukvård på grund av knäsmärta som kommer ifråga för operation. Många står på väntelista mycket länge för att sedan få beskedet att operation inte är aktuellt. All väntan utan aktiva åtgärder ökar risken för försämring av fysisk funktion och sjukskriv-



**Prioritera rätt.** Göran Garellick är överläkare i ortopedi och sakkunnig i SKL:s arbetsgrupp för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård. Han anser att icke-kirurgiska åtgärder vid artros, enligt den evidens som finns, bör prioriteras högre av ortopedkåren.

ning, säger Göran Garellick.

Han är övertygad om att många artrospatienter via ett gånghjälpmedel, rätt smärtlindring och anpassad träning skulle kunna slippa sjukskrivning.

– Sjukskrivningskostnaderna för enbart knäledsartros motsvarar nästan 500 miljoner kronor. Och för höftartros är det minst lika mycket, då trettiosju procent av de personer som väntat på höft- proteskirurgi under de senaste tio åren har varit i arbetsför ålder.

”Värmlands landsting sticker ut i Öppna jämförelser, där redovisar man ett halverat antal artroskopier på patienter över 40 år.”

Ett glädjande besked är dock att i Värmland där man arbetat aktivt för att förändra patientflödet från ortopedier till sjukgymnasten först, har knäartroskopier minskat i antal.

– Värmlands landsting sticker ut i Öppna jämförelser, där redovisar man ett halverat antal artroskopier på patienter över 40 år. Där är det också sedan några år obligatoriskt att patienter med knäbesvär primärt bedöms av en sjukgymnast, berättar Göran Garellick.

**HAN ANSER ATT** det behövs massiva utbildnings- och informationsåtgärder för att ”rätt vårdprogram, i rätt tid, för rätt

patient” ska börja praktiseras av vårdpersonal och verksamhetschefer – och för att patienter och politiker ska börja efterfråga rätt intervention.

– Vårdgarantins baksida är att den leder till fler ”politiska operationer” för att landstingen får krav på sig att korta köerna. Men varför omfattar inte vårdgarantin den artrosbehandling som evidensmässigt är prioritet nummer ett? Tänk vad en ökad tillgänglighet till artrosskolor kunde innebära! säger Göran Garellick och tillägger:

– Tyvärr är våra huvudmän inte alltid så intresserade av resultatet av våra insatser. De riktiga budgetnissarna struntar ofta i medicinska resultat. De räknar oftast bara produktiviteten, ”så här många operationer har vi producerat och så här mycket kostade det och så här mycket har vi kortat köerna.”

Nu är det valår igen och sjukvården en viktig fråga för stor del av väljarkåren.

– En kärv ekonomi har ökat medvetenheten om sambanden mellan kostnader och kvalitet hos landstingspolitikerna. När jag har talat med den högsta politiska ledningen i VG-region betonar de att de vill satsa på kvalitetsmått. Risken att man ökar tillgången till onödig vård är därför liten, säger Göran Garellick.

Han upplever även att det finns en politisk vilja att styra mot kvalitet hos regeringen och Socialdepartementet, då man driver frågan att alla kvalitetsregister ska vara tillgängliga och öppna on-line och att de ska uppdateras regelbundet. Men de bör samtidigt inse att det finns begränsningar i vad kvalitetsregistren kan ge, anser Göran Garellick.

– Det finns ibland en övertro på kvalitetsregistren; det är inte alla on-linedata som faktiskt säger något av värde. När

”Vårdgarantins baksida är att den leder till fler ’politiska operationer’ för att landstingen får krav på sig att korta köerna.”

det gäller elektiv smärtreducerande kirurgi är det exempelvis de långsiktiga uppföljningarna som är mest intressanta.

**SLUTLIGEN** tror Göran Garellick att sjukgymnastiska insatser skulle kunna bli ännu mer efterfrågade inom ortopedin om samförståndet mellan ortopedkirurger och sjukgymnaster ökade.

– När jag började jobba gick vi in till patienterna tillsammans. Tyvärr upplever jag att dagens sjukgymnaster är mer konfliktinriktade, samtidigt som yngre ortopedier kan vara lite väl inriktade på kirurgi och inte på ett funktionellt tänkesätt.

Kanske, menar han, är det dags att högskolorna kör vissa moment på utbildningen gemensamt så att läkare och sjukgymnaster lär sig att tänka i samma banor. Att han själv fick upp ögonen för vikten av sjukgymnastiska åtgärder började med en skopa ovetta på 70-talet.

– Som ung ortoped såg jag inte till att patienterna hade fått träning innan jag opererade dem och blev utskäld av min överordnade. Träningen var redan då ett sätt att optimera patienter inför kirurgi, nu är det vetenskapligt bevisat.

LOIS STEEN VIVANCO

## 40 procent fler höft- och knäoperationer inom Stockholms läns landsting

– Vi ökade produktionen av höft- och knäproduktioner med 40 procent under förra året och ser positivt på det, säger Henrik Almkvist, chefläkare på Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inom Stockholms läns landsting, SLL.

**NÄR FYSIOTERAPI** ringer upp Henrik Almkvist, chefläkare på Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inom Stockholms läns landsting (SLL) berättar han att SLL de senaste åren inriktat sig på att öka tillgängligheten och kvaliteten.

– Tillgänglighet har legat i fokus, vi har främst satsat på att kapa köer, öka mångfalden och införa vårdvalet.

*Om landstinget är inriktat på att kapa köer, finns det inte en risk att ersättningssystemen premierar ökad produktion av operationer istället för icke-kirurgiska insatser?*

– Inget ersättningssystem är perfekt och det är svårt att skapa ett system som betalar för de insatser som ger så mycket hälsa som möjligt. Det är lättare att prissätta medicinska åtgärder som är tydligt avgränsade och särskilt svårt att prissätta behandling av kronisk sjukdom där insatser under en längre tid är grunden för behandlingen, säger Henrik Almkvist.

Socialstyrelsens och SKL:s rapport om Öppna jämförelser i november 2009 visade att det görs 10 000 onödiga artroskopier på patienter över 40 år i Sverige. *Vilken kontroll och styrning har SLL inom det här området?*

– Vi har inga specifika krav, men enligt de allmänna villkor som finns ska alla vårdgivare inom landstinget och de privata vårdgivare vi har avtal med använda de behandlingsriktlinjer som finns. Det är deras skyldighet att följa dem och arbeta med evidensbaserad medicin. Samtidigt är ett generellt problem att det tar lång

tid att implementera ny kunskap och utmönstra dåliga eller överksamma metoder, säger Henrik Almkvist.

Han beskriver hälso- och sjukvården som en komplex organisation under kontinuerlig utveckling.

– Den är styrd av såväl politik som av kunskap och bör kännetecknas av ständigt lärande.

”Det är lättare att prissätta medicinska åtgärder som är tydligt avgränsade”

**KUNSKAPSSTYRNINGEN** inom Stockholms läns landsting sker via en sakkunigorganisation med olika specialitetsråd, vars uppgift bland annat är att medverka i framtagande av vårdprogram och fokusrapporter, som görs tillgängliga för vårdpersonalen via webben.

*Vad gör SLL idag för att ersättningen ska styra vårdgivarna mot kvalitet?*

– Inom läkemedelsområdet styr vi mot kvalitet genom en bonus för de vårdgivare som visar följsamhet till rekommendationen att hålla sig till ”Kloka listan” och ett vite för de som inte gör det. Och inom höft- och knäkirurgin ska alla reoperationer betalas av den vårdgivare som gjorde den första operationen, säger Henrik Almkvist och tillägger:

– Inom alla områden ställer vi krav på uppföljning av kvalitet och detta utgör även en del av vårdgivarens totala ersättning. Inom primärvården ses ersättningssystemet inför 2011 över och även här blir ekonomiska incitament för ökad kvalitet aktuellt.

**VID ARTROS** i knä och höft är bästa tillgängliga evidens att icke-kirurgiska me-



**Nöjd.** Henrik Almkvist, chefläkare, är nöjd med att ha kapat köerna till höft- och knäoperationer inom Stockholms läns landsting.

toder (anpassad träning, rätt smärtlindring och viktnedgång) ska vara förstahandsvalet i behandlingen.

*Kommer SLL att ändra patientflödet så att patienten erbjuds sjukgymnastik innan man sätts på väntelista till ortopedkirurgen?*

– Nej, i dagsläget finns inga planer på det, men om det är så att man inom Specialrådet säger att ”nu bör vi ändra praxis inom det här området” då kommer det ut sådana riktlinjer.

*Kan SLL tänka sig att satsa på fler sjukgymnaster för att ge snabbare hjälp åt de artrospatienter som väntar på operationer?*

– Sjukhusen styrs av avtal med uppdrag och uppföljning; antal tjänster av olika yrkeskategorier är en fråga för respektive vårdgivare. Jag känner inte till att man satsar på fler sjukgymnasttjänster, men jag är säker på att sjukgymnaster precis som andra vårdprofessioner kan frigöra tid och jobba mer effektivt genom att sluta göra saker som enligt evidens saknar effekt.

LOIS STEEN VIVANCO

Skanlab 25 Bodywave® • Skanlab Laser™ • Benker • Elektroterapi • Service • Finans

www.skanlab.se  
info@skanlab.no  
052536915