

Mag- och tarmförbundets remissvar avseende Standardiserade vårdförlopp (SVF)

1. Ang. välgrundad misstanke – F Hb

Mag- och tarmförbundet, patientförening för kolorektalcancer samt GIST, anser att Lars Agreus (nedan) och Stefan Skullman synpunkter måste beaktas inför fastställandet av SVF för kolorektalcancer.

Om en patient söker för diffusa mag-/ tarmsymptom och prov tas som visar Fekal-Hb så ska det enligt vår mening hanteras som en misstanke för tarmcancer inom SVF och utredas vidare.

Vi kan förstå resonemanget bakom hållningen att diffusa symtom inte bör byggas in som ett led i det standardiserade vårdförloppet, men delar inte slutsatsen.

Av den mailkonversation som vi tagit del av kring frågan får vi heller inte intrycket av att någon egentligen anser att diffusa symptom skall ignoreras, utan att undersökande läkare skall vara vaken nog att ändå beakta sådana diffusa symptom på kolorektalcancer.

Tyvärr sitter vi som patientförening med ett facit som visar att detta inte alltid fungerar, och att det faktiskt händer att diffusa symptom tolkas som tecken på andra, lindrigare sjukdomar än cancer.

Vår farhåga är därför att om diffusa symtom inte *byggs in i* den standardiserade processen, det kan innebära att *de byggs ut* ur processen:

Tanken bakom SVF är att skapa ett instrument som fungerar som garant för att alla patienter skall få en likvärdig behandling – ett verktyg för jämlik vård helt enkelt. Som det ser ut idag förekommer det att patienter i olika landsändar får olika behandling. Men vi vill också framhålla att det kan komma att bli en ”checklista” för professionen i tider av knappa vårdresurser, t.ex. när tiden inte räcker till, när personalen inte räcker till etc. Då finns det risk för att stressad personal kommer att vända sig till SVF, bocka av tarmcancerindikatorer och sedan gå vidare om dessa inte stämmer med de i SVF angivna indikatorerna.

Vi inser svårigheterna med att SÄKERT fastställa medicinska indikatorer och att vissa indikationer är för vaga att ta som tarmcancersignaler ur professionens synvinkel. Men säg det till en patient med dessa vaga symtom och som i slutänden faktisk visar sig vara cancer! Det är höga insatser i den given. Går patient- och professionsperspektivet isär?

Vi vill därför lyfta nedanstående synpunkter av Lars Agreus som vi anser vara ett uttryck för sann patientcentrering:

'För mig är det fortfarande fullständigt obegripligt att om man i primärvården i en riktad utredning av mer diffusa symptom som typ basal malignitetsutredning vid PMR, viktnedgång, sjukdomskänsla och dylikt (kanske dessutom hos en överviktig diabetiker) när man screenar runt efter orsaker skulle få typ 1-3 av 3 pos F-Hb om man beställer det (ofta enda sättet leta elakheter i aktuella området) inte skulle klassas ens som vanlig misstanke. Om vi får napp på ett prov där vi söker en orsak o så är det ju en klar misstanke som ska utredas. De som hävdade motsatsen av er tror jag inte vet hur det funkar - det är visat att hälften av alla som söker i PV har symptom som inte stämmer med någon lärobok och ibland är dom uppenbart sjuka fast man inte vet vad - och så söker man orsak på olika sätt - kanske får napp - och då är man misstänkt. Det är inte detsamma som om man av någon anledning kör F Hb som hälsokontroll - det gör vi aldrig initialt.'

2. Ang. utredning – Ordningen mellan blocken

Mag- och tarmförbundet anser att man ska få träffa sin kirurg innan MDT eftersom intentionen nu är att vi patienter ska vara delaktiga i beslut om vår kommande behandling och inte bara vara ett objekt. Viktig för att kunna uppnå: *'Vårdmedverkan i patientens liv istället för patientmedverkan i vården'* Om kirurgen träffar patienten före MDT så får han förhoppningsvis en känsla för patienten som människa.

3. Ang. utredning och beslut om behandling

Mag- och tarmförbundet anser att ledtiden från välgrundad misstanke, SVF Remiss, till beslut om behandlingsrekommendation skall vara kortast möjlig. Att utredningen sker skyndsamt i denna fas är mycket viktigt då just väntan på behandlingsstart är synnerligen påfrestande för patienten.

Birgitta Rehnby
Förbundsordförande

Fredrik Hopfgarten
Styrelseledamot

Kontakt: **Peter Eneroth**
Intressepolitisk ombudsman
peter.eneroth@magotarm.se
08-55 80 99 55