

Marts 2012

Klare retningslinjer for antibiotikabehandling

Allerede i dag dør patienter som følge af antibiotikaresistens, får varige men og tab af funktion, arbejdsevne eller livskvalitet. For at modvirke resistensudvikling skal det samlede forbrug og især forbruget af bredspektrede antibiotika begrænses. Det skal sikres, at der kun anvendes antibiotika til behandling, når det er nødvendigt, og at det er det bedst egnede antibiotikum, der anvendes i rette dosis og behandlingsvarighed. Lægeforeningen opfordrer regeringen og Sundhedsstyrelsen til at sætte turbo på udviklingen af klare retningslinjer for antibiotika-behandlingen.

DET VIL LÆGEFORENINGEN

- Klare retningslinjer for antibiotikabehandlingen
- Lægen skal tilse patienten inden ordination af antibiotika
- Adgang til bedre og hurtigere diagnostik
- Undervisning og audit om antibiotikabehandling skal prioriteres
- Målrettet information til patienter

KLARE RETNINGSLINJER - NU

Præcise og opdaterede retningslinjer giver læger grundlag for at give det rigtige antibiotikum i den nødvendige mængde. Retningslinjerne bør samtidig anviser hvilke infektioner/sygdomstilfælde, hvor patienten kan/skal afvente naturlig helbredelse – evt. angive hvor mange dage patienten kan/skal afvente, før der igen tages kontakt til læge.

Lægeforeningen foreslår, at Sundhedsstyrelsen via Det Nationale Antibiotikaråd og sammen med de Lægevidenskabelige Selskaber hurtigt udarbejder klare retningslinjer for behandling af konkrete sygdomme med antibiotika under hensyntagen til resistens. Retningslinjerne skal efterfølgende indgå i de kommende nationale kliniske retningslinjer for de enkelte sygdomme. Inspiration kan f.eks. hentes i promedicin.dk's antibiotikavejledning.

3 KRAV TIL ANTIBIOTIKABEHANDLINGEN

Retningslinjerne bygger på følgende hovedprincipper:

Lægen skal

- tilse patienten inden eventuel ordination af antibiotika. Antibiotika bør kun undtagelsesvist ordineres ved telefonkonsultation
- sikre, at mikrobiologisk diagnostik i videst muligt omfang foreligger, før der indledes antibiotisk behandling og der kan forventes en reel effekt
- vælge så smalspektrede antibiotika som muligt som førstevalg

Ved behandling af akut syge patienter på sygehus kan det være nødvendigt at igangsætte behandling med et bredspektret antibiotikum, før der foreligger en sikker mikrobiologisk diagnose. I disse tilfælde bør der foretages en revurdering af ordinationen inden for 24 og 48 timer f.eks. ved patienter med blodforgiftning.

BEDRE OG HURTIGERE DIAGNOSTIK

En afgørende faktor er, at læger får adgang til bedre og hurtigere diagnostik. Ved lægen fra start, hvad patienten fejler, kan lægen undgå at give antibiotika »for en sikkerheds skyld«.

Retningslinjerne skal redegøre for, hvilke laborietests der med fordel kan udføres i praksis, og hvornår der bør indsendes test til nærmere bakteriologisk udredning. Jo flere test der umiddelbart kan gennemføres i praksis – jo større sikkerhed for hurtig og rigtig diagnostik. Regionerne bør sikre, at sygehusene stiller den nødvendige laborietekapacitet til rådighed, således at patienten ikke kommer til at vente unødigt længe på resultatet.

UNDERVISNING OG AUDIT VIL KUNNE NEDBRINGE FORBRUGET

Lægeforeningen opfordrer regionerne og praksissektoren til at prioritere undervisning og audit vedr. anvendelse af antibiotika. Der bør gennemføres regelmæssige antibiotika-audits både i primærsektor og på hospitaler, og undervisningen skal gennemføres systematisk og tænkes ind i afprøvede effektfulde undervisningsforløb/modeller. Udarbejdelsen af retningslinjer skal følges op af information om og undervisning i de nye retningslinjer.

Lægeforeningen foreslår, at der etableres tætte bånd mellem speciallæger på hospital og læger i primærsektoren inden for relevante specialer. Formålet er læring i praksissektoren bl.a. vedr. diagnostik og behandling af infektioner.

MÅLRETET INFORMATION TIL PATIENTER

Lægeforeningen foreslår, at Det Nationale Antibiotikaråd i samarbejde med Danske Regioner – evt. via sundhed.dk – etablerer en elektronisk platform med indgange til information, oplysninger og viden om antibiotika og antibiotikaresistens målrettet både borgere og sundhedspersonale.

Platformen skal bevidstgøre befolkningen om

- forebyggelse af smitte ved afbrydelse af smitteveje og elimination af smitekilder – f.eks. hygiejne
- forskellen på bakterieinfektioner og virusinfektioner
- mange infektioner går over af sig selv
- vigtigheden af at igangsæt behandling skal følges nøje med indtagelse af antibiotika på de angivne tidspunkter (høj *compliance*).
- sammenhængen mellem behandling med antibiotika og resistensudvikling
- at fremme vaccinationer

ONE HEALTH

One health betegner sammenhængen mellem mennesker og dyrs sundhed. Resistente bakterier kan overføres mellem dyr og mennesker, og resistente bakterier overlever i vores miljø.

Lægeforeningen skal opfordre regeringen til at arbejde for

- at der etableres et formaliseret antibiotika-samarbejde mellem de humane og veterinære sektorer i alle EU-lande
- at det kun er dyrlæger efter en personlig undersøgelse, der kan ordinere antibiotika til behandling af dyr. Der bør indføres receptpligt (og håndhævelse heraf) for

antibiotika både humant og veterinært i alle medlemsstater

- at læger og dyrlæger ikke må sælge antibiotika. Det eksisterende nordiske princip bør implementeres i alle de øvrige EU-lande.

FAKTA:

STIGNING I ANTIBIOTIKAFORBRUG

DANMAP-rapporten for 2010 viser, at danske læger både i almen praksis, i speciallægepraksis og på sygehusene ordinerer stadigt mere antibiotika – også mere bredspektrede antibiotika. Forbruget er det højeste niveau siden starten af DANMAP-programmet i 1995. Det totale forbrug er steget med 32% i praksissektoren og 14% på somatiske sygehuse siden 2001.

RESISTENS INDEN FOR ALLE ANTIBIOTIKAGRUPPER

For alle antibiotika er der påvist resistens. Enhver brug af antibiotika medfører risiko for selektion af resistens. Der er en signifikant sammenhæng mellem forbrug af antibiotika og hyppighed af antibiotikaresistens. Resistensmekanismer udvikler sig nærmest eksponentielt som følge af overforbrug eller misbrug af antibiotika. Forekomsten af multiresistente bakterier er steget kraftigt i de seneste år.

BEHANDLING AF INFEKTIONER

Antibiotika anvendes til behandling af infektioner forårsaget af bakterier bl.a. lungebetændelse, urinvejsinfektion, rosen, alvorlig halsbetændelse, kønssygdomme, hjernehindebetændelse, skarlagensfeber, tuberkulose, sårinfektioner og anvendes til at forebygge infektioner ved operationer.

INGEN NYE ANTIBIOTIKA I PIPELINEN

Traditionelt har løsningen på opstået resistens været udvikling af nye antibiotika. Siden først i 1970'erne har udviklingen nærmest været stillestående. Der er kun få forsøg med nye præparater enten i fase 1 eller fase 2.

KILDER:

1. Fælles antibiotika- og resistenshandlingsplan. Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Fødevareministeriet, 26. maj 2010.
2. Videnskab, Ugeskrift for Læger 45/2011/s. 2850-2889
3. IRF – antibiotikavejledning til almen praksis 30. september 2011.
4. DANMAP-rapport 2010 – Statens Serum Institut, Lægemedelstyrelsen, Fødevarestyrelsen og Danmarks Tekniske Universitet.
5. Europa-kommissionen: Meddelelse fra Kommissionen til Europa-parlamentet og Rådet – Handlingsplan for den voksende trussel fra antimikrobiel resistens – 15.11.2011.

En svær pille at sluge

Det er trist at erfare, at Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) snart er for tid. Instituttet har i 13 år leveret højt kvalificerede og uvildige analyser og anbefalinger af lægemidler. Anbefalingerne fra IRF har lettet lægers arbejde med at vælge de lægemidler, som samlet set har den største effekt og de færreste og mindst alvorlige bivirkninger til den lavest mulige behandlingspris. IRF's nyhedsbrev er blandt de mest læste udgivelser om lægemidler overhovedet.

Nu skal der spares i Sundhedsministeriet med tilhørende styrelser, og det betyder, at IRF fremover bliver en del af Sundhedsstyrelsen. Lægeforeningen vil kraftigt opfordre til, at styrelsen sætter kræfter af til at fortsætte det uundværlige arbejde, som IRF har udført, og at det sker i samme ånd.

” Der er brug for en vagthund, som kan give industrien kvalificeret modstand.

Der er brug for en vagthund, som kan give industrien kvalificeret modstand, som har tid og ekspertise til at gå i dybden med sammenligning af forskellige lægemidlers effekt, også i forhold til nonfarmakologisk behandling, og som kan påpege, at det er gammel vin på nye flasker, når firmaer lancerer velkendte lægemidler i nye og dyrere udgaver, f.eks. i plaster- eller sugetabletversioner. IRF-tilgangen til vurdering af lægemidler er uundværlig. Forhåbentlig forstår Sundhedsstyrelsen det. Det er helt afgørende, at disse opgaver ikke drukner i et stort hus med mange andre gøremål.

Tværtimod vil det være oplagt at benytte lejligheden til at skabe et stærkt videncenter for lægemidler. Lægeforeningen har tidligere peget på fordelene ved at samle ekspertisen om lægemidler i et sådant vi-

dencenter ved en sammenlægning af IRF, Nationalt Udvalg til Vurdering af Kræftlægemidler (UVKL), regionernes Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), indkøbsorganisationen Amgros, Medicin-tilskudsnavnet og dele af Sundhedsstyrelsen.

En stærk og uvildig formidling af viden om lægemidler er nødvendig. At ordinere den rigtige medicin bliver stadig mere komplekst. Nye lægemidler kan være små mirakler. Men de kan også vise sig at være en variation over velkendte lægemidler – blot til en højere pris. I de vurderinger har læger brug for at kunne læne sig op ad eksperter af den slags, som hidtil har bemandet IRF.

Det gælder også her og nu i lægers dagligdag. F.eks. skal den praktiserende læge mange gange om dagen tage stilling til, hvilket lægemiddel en patient er bedst tjent med. Også andre sundhedsprofessionelle har brug for en nem og brugervenlig tilgang til opdateret viden om lægemidler. Promedicin.dk er det mest brugte elektroniske opslagsværk om lægemidler. Et videncenter bør også kunne varetage den opgave, som promedicin.dk udfører i dag. Det er et godt og professionelt værktøj, men signalværdien ved, at et så vigtigt værktøj er ejet af lægemiddelindustrien, er helt skæv.

Lægers samarbejde med medicinalindustrien er et højaktuelt emne - i pressen, blandt politikere og ikke mindst blandt læger. Regeringen har besluttet at gennemanalysere lægers og industriens relationer i en arbejdsgruppe. At lukke IRF uden at etablere et mindst lige så stærkt alternativ er ude af trit med de strømninger mod større uvildighed og åbenhed, som også internationalt får større kraft. Patienter vil have uafhængig information om lægemidler. Det vil læger også.

NÆSTFORMAND FOR
LÆGEFORENINGEN
Yves Sales



LÆGEFORENINGEN



Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Telefon 35 44 85 00
Telefax 35 44 85 03
E-mail dadl@dadl.dk
www.laeger.dk

BESTYRELSE

Mads Koch Hansen,
formand
Yves Sales, næstformand
Lisbeth B. Lintz Christensen
Michael Dall

Jette Dam-Hansen
Henrik Dibbern
Poul Jaszczak
Anja Mitchell
Lars Peter Riber
Niels Siebuhr

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Henrik Dibbern, formand

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER

Anja Mitchell, formand

YNGRE LÆGER

Lisbeth B. Lintz Christensen, formand

Vi vil have patienterne tilbage

21. marts 2012

Kravene til dokumentation og kontrol i sundhedsvæsenet er løbet løbsk, og sammen med dårlig arbejdstilrettelæggelse og langsomme it-systemer er vi nu nået dertil, hvor lægen kun bruger 25 procent af sin arbejdstid sammen med patienterne. Yngre Læger vil have tid til det, der er vigtigt og have patienterne tilbage.

Yngre Læger har taget et stopur med ud til seks medicinske afdelinger, tre kirurgiske afdelinger, to akutafdelinger, en børneafdeling og en onkologisk afdeling og dér registreret, hvad lægerne laver. Lægerne, vi har fulgt, er de såkaldte forvagter. Altså de yngre læger som typisk modtager patienterne og som er til stede på hospitalerne 24 timer i døgnet, 7 dage om ugen, 365 dage om året.

Resultaterne af undersøgelsen er både tankevækkende og bekymrende. Kun en fjerdedel af lægernes tid bliver brugt sammen med patienterne. Det er knap to timer på en almindelig dagvagt!

Over halvdelen af lægernes aktive arbejdstid (56 procent) sidder vi foran computeren eller udfylder forskellige papirskemaer.

Otte procent af tiden venter lægen. Venter fx på langsomme og dysfunktionelle it-systemer eller bare på en ledig computer.

De sidste ni procent af tiden bruges til at uddanne fremtidens speciallæger. Forvagterne på hospitalerne er typisk yngre læger, der er i gang med at videreuddanne sig til speciallæger.

Hvis man lægger "computertid" og ventetid sammen, når man op på 64 procent eller 2/3 dele af yngre lægers arbejdstid.

Derfor foreslår vi:

- 1) at vi nøjes med at måle det rigtige. Det, der har betydning for patienterne og resultatet.
- 2) at vi måler smart, så de samme data ikke skal tastes ind flere gange.
- 3) at kvalitet kommer (tilbage) på dagsordenen hos de læger, der arbejder på sygehusene – også de yngre læger. Det er bare med at komme i gang. Der er masser af tid og ressourcer at hente. For det er vel ikke meningen, at lægen skal bruge mere tid på pc'ere end patienter...

(Kilde: Yngre Lægers hjemmeside)



Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen
Beskæftigelsesministeriet
Ved Stranden 8
1061 København K
bm@bm.dk

Succesfuld pensionsreform forudsætter kapacitet og kvalitet i behandling af psykisk sygdom.

I Lægeforeningen har vi med stor interesse læst regeringens oplæg til reform af førtidspensionen. Vi støtter regeringens hensigt om at give flere yngre mennesker mulighed for at komme i job i stedet for på førtidspension i en ung alder. Vi mener imidlertid, at det er en helt nødvendig forudsætning for reformen, at regeringen opprioriterer psykiatrien, så rigtig og rettidig behandling af psykisk syge kan forebygges, at de kommer på førtidspension. Lægeforeningen vil derfor anbefale regeringen at gøre opprioritering af psykiatrien til en grundlæggende præmis for reformarbejdet.

Regeringen skriver i oplægget om reformen, at den kræver investering i tålmodighed og omsorg. Men tålmodighed og omsorg gør det ikke alene. Af de 4.667 personer under 40 år, der i 2010 fik tilkendt førtidspension, havde 72 pct. psykisk sygdom. Derfor er regeringen nødt til at investere i behandling af psykisk syge og fokusere på, at psykisk syge udredes og behandles hurtigt. Uden tilstrækkelig kapacitet til de psykisk syge risikerer reformens gode hensigter at strande.

Ventetiden på udredning og behandling af bl.a. angst og depression betyder, at sygdommen forværres, behandlingen forlænges, og muligheden for helbredelse bliver mindre. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) påpeger i rapporten "Behandling af mennesker med angst og depression" (2011), at kapaciteten i almen praksis og speciallægepraksis ikke imødekommer behovet for behandling og, at egenbetaling for kognitiv behandling hos psykolog afholder mange fra at benytte denne behandling.

Regeringen bør derfor sikre,

- at kapaciteten til udredning og behandling af psykisk sygdom i almen praksis, speciallægepraksis og på hospitaler matcher behovet
- at behandlingen er kvalitetssikret gennem nationale kliniske retningslinjer for udredning, behandling og rehabilitering

Formanden

19. marts 2012

Jr. 2012-1946/592323
PK

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 3544 8218 (direkte)
E-post: dadl@dadi.dk
E-post: pk@dadi.dk (direkte)
Fax: 3544 8505
www.laeger.dk



Lægeforeningen uddyber gerne ovennævnte synspunkter på et møde med ministeren.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink that reads "Mads Koch Hansen". The signature is written in a cursive, flowing style.

Mads Koch Hansen

DEN FØRSTE

NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJE

KOMMER TIL EFTERÅRET



Selvom ingen aner, hvordan arbejdet fortsat skal gribes an med de kommende nationale kliniske retningslinjer, og budgettet endnu ikke er godkendt i ministeriet, lover Sundhedsstyrelsen, at de første retningslinjer er klar i 2012. For den dybe tallerken er opfundet.



I fjerde kvartal i 2012 ligger den første kliniske retningslinje færdig. Den første arbejdsgruppe går i gang før sommer«.

Enhedschefen i Sundhedsstyrelsen og manden for bordenden, når det handler om de kommende nationale kliniske retningslinjer, der skal sikre en ensartet evidensbaseret behandling både i Holstebro og Hvidovre, Søren Brostrøm, ved udmærket godt, at netop det statement er kontroversielt. Og måske ligefrem ønsketækning.

” Det vil ikke være sådan, at når vi er færdige om fire år, og pengene er brugt, så har vi fået en ny håndbog i praktisk lægegerning.

For intet er endnu på plads, når det handler om en af de kommende års helt store satsninger på sundhedsområdet set fra Slotsholmen, Sundhedsstyrelsen på Islands Brygge og Domus Medica: de nationale kliniske retningslinjer.

S-SF-R-regeringen har sammen med Enhedslisten afsat 20 mio. kroner årligt over en fireårig periode til arbejdet. Som en projektbevilling, ikke et permanent indsatsområde.

Nu ligger et budget fra Sundhedsstyrelsen i Finansministeriet og afventer en endelig godkendelse. Når lyset er grønt, starter arbejdet.

HURTIGT ARBEJDE

I modsætning til tidligere tiders tunge ar-

bejde med eksempelvis referenceprogrammerne, der ifølge Søren Brostrøm kunne være forældede, når de efter års arbejde landede på lægens bord, skal det denne gang være anderledes. Gå stærkere.

De relevante aktører – bl.a. læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, Danske Regioner, KL og patientorganisationer – skal have plads i den styregruppe, der skal blive enig og give håndslag på tilgang, proces og koncept.

Lægeforeningens formand Mads Koch Hansen har længe og med spænding set frem til et udspil fra Sundhedsstyrelsen. Han er helt med på, at alle aktører skal være med i arbejdet, så der efterfølgende kommer ejerskab til resultatet:

»Jeg er slet ikke forskrækket over, at andre faggrupper skal ind over. Heller ikke, at patienterne inddrages. Det er trods alt for deres skyld, at vi gør det. Men tyngden i det faglige skal naturligvis ligge i de lægevidenskabelige selskaber«, siger han.

Søren Brostrøm forestiller sig ikke, at nationale kliniske retningslinjer skal være et »totalsystem, der dækker alle tænkelige sundhedsfaglige emner og patientgrupper«:

»Det vil ikke være sådan, at når vi er færdige om fire år, og pengene er brugt, så har vi fået en ny håndbog i praktisk lægegerning. Det skal være udvalgte emner, hvor det giver fagligt god mening at lave nationale kliniske retningslinjer. Og hvor der er et tværfagligt eller tværsektorielt behov«, siger han.«

DET MULIGES KUNST

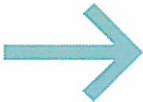
Lægeforeningen medgiver, at det er »det muliges kunst« for 20 mio. kroner om året:

»Derfor er det vigtigt, at vi får prioriteret de områder, hvor det giver størst effekt, hvor vi får mest for pengene, på hyppige sygdomme, hvor behandlingerne er særligt svære, eller hvor vi ser de store nationale variationer i behandlingstilgangen. Vi skal sikre et ensartet tilbud inden for en given tilstand«, siger Mads Koch Hansen.

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal der ikke laves retningslinjer for, om antibiotika ved kejsersnit er en god ide. Eller ved bihulebetændelse. Det er monofagligt og interesserer kun henholdsvis obstetrikere og almenmedicinere.

Det skal være sygdomsområder eller patientgrupper, der rækker på tværs af sektorer – som ADHD hos voksne, der både be-

DERFOR ER DER BRUG FOR NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER – SLIDGIGT I KNÆ



Sundhedsstyrelsen lægger lige nu sidste hånd på en national klinisk retningslinje for slidgigt i knæ. Den er en udløber af de visitationsretningslinjer, der blev besluttet i den seneste økonomiaftale med regeringen og regionerne.

Selvom arbejdet er gået langsommere, end Søren Brostrøm forestiller sig, at det skal gå med de kommende nationale kliniske retningslinjer, mener han, at det er et glimrende eksempel på, hvorfor retningslinjer er påkrævede. Og hvordan arbejdet kan gribes an:

»Slidgigt i knæet er ikke kun en ortopædkirurgisk sygdom. Der er måske sket et indikationsskred med det frie sygehusvalg, da mange private aktører og patienter, der føler et større krav på behandling. Men i virkeligheden er det en kæmpe folkesygdom«, siger Søren Brostrøm.

Symptomet er blandt andet smerter i knæet og funktionsnedsættelse. Men mange af patienterne er overvægtige, og der kan være mange andre gode tilgange end kirurgi som førstevalg, understreger han.

Vægttab er noget af det mest effektive på symptomerne, selvom det ikke fjerner bruskskaden. Men tilgangen til sygdommen har haft mange forskellige traditioner, alt efter hvor patienten er endt. Nogle læger og patienter har sværet til glukosamin. Evidensen taler nu imod. I en periode var guldbehandling et hit. Selvom andre mente, at det var hokuspokus. Nu taler nogle om bruskrtransplantation. Og der har været meget forskellige måder at beskrive røntgenforandringerne ved slidgigt.

»Den eneste måde at løse de mange tilgange er nationale kliniske retningslinjer. Behandlingstilgangen skal ikke være afhængig af, hvilken læge patienten tilfældigvis konsulterer. Det skal ikke være sådan, at hvis du ser en reumatolog, får du ikke tilbudt en operation, som måske er indiceret. Eller at du hos en ortopædkirurg får tilbudt et nyt knæ med det samme, selvom vægttab måske var det rigtige og ikke har været prøvet. Det duer heller ikke, at fysioterapeuten ordinerer varme pakninger, hvis det er uden effekt, og patienten skal have genoptræning før evt. operation. Men patienterne skal behandles lige, så det giver ikke mening i dagens Danmark. Det skal ikke afhænge af, hvor du bor, og hvilken lægen du besøger, hvilken behandling du får. En tværfaglig afklaring sikrer et ensartet evidensgrundlag i en national klinisk retningslinje«, siger han.

Derfor har praktiserende læger, ortopædkirurger, sygeplejersker, fysioterapeuter, radiologer og reumatologer i fællesskab nu set på dokumentationen for de forskellige tilgange og forsøgt at blive enige. Resultatet bliver en klinisk retningslinje, som Sundhedsstyrelsen regner med at færdiggøre til sommer. Processen ser ud til at lykkes i dette tilfælde. Og netop den oplevelse overbeviser Søren Brostrøm om, at det kan og vil ske andre på behandlingsområder, når arbejdet med nationale kliniske retningslinjer går i gang.

” Vi skal ikke opfinde den dybe tallerken. Den er opfundet. Og det skønne er, at vi er et par år efter Sverige og Norge, ja England og USA. Så metoderne er opfundet.

rører almen medicin, kommunale sociale tilbud, psykiatere og psykologer.

Når sekretariatet er oprettet i Sundhedsstyrelsen, og styregruppen er enig om fremgangsmåden, skal faglige arbejdsgrupper til de udvalgte retningslinjer udpeges.

DEN DYBE TALLERKEN ER OPFUNDET

Ifølge Søren Brostrøm er det vigtigste i opstartsfasen, at der sikres enighed om metoden til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer:

»Evidensen skal læses på samme måde af alle, så der opnås konsensus. Det er et afgørende skridt væk fra tidligere, hvor jeg har selv læst tre studier, der alle er enige i mit synspunkt'.

Her skal vi blive enige om en litteratursøgningsmetode, en litteraturvurderingsmetode og en metode til at syntetisere det«, siger han og fortsætter:

»Men vi skal ikke opfinde den dybe tallerken. Den er opfundet. Og det skønne er, at vi er et par år efter Sverige og Norge, ja England og USA. Så metoderne er opfundet, og derfor bør det kunne løses inden for en overkommelig tidsramme«.

Sundhedsstyrelsen deltager i Guidelines International Network, hvor tilsvarende *set-ups* er grundigt beskrevet. Og der findes ligefrem internationale faglige selskaber til udvikling af kliniske retningslinjer med forskellige metodetilgange. Styregruppen skal blot blive enig.

UNGE LÆGER SKAL SKRIVE

Søren Brostrøm forestiller sig, at arbejdsgrupperne med fagfolkene holder korte møder og beslutter proces, mens skrivearbejdet lægges på helt få hænder, hvor faglige kompetencer frikøbes.


Han forestiller sig ikke, at det skal være »superekspertterne«, der skal skrive selve retningslinjerne, men eksempelvis en postdoclæge eller forskningstrænet fysioterapeut, der har lært metoden, kender området, er god til at læse evidens og koge det ned på baggrund af de input, der kommer fra arbejdsgruppen.

Den tilgang bakker Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) umiddelbart op om:

»Det er helt på linje med vores tanker. De faglige eksperter skal være garanter for det faglige niveau, mens det konkrete skrivearbejde kan ligge i hænderne på f.eks. yngre læger på vej. Det er vigtigt at medinddrage læger midt i deres karriere, således at man uddanner fremtidens eksperter der skal tage over når de nationale kliniske retningslinjer senere skal opdateres,« siger formand for LVS, Peter Schwarz, der ser frem til, at parterne snart skal mødes.

TIDEN ER LØBET FRA PAPIR

Resultatet – de nationale kliniske retningslinjer – skal ifølge Søren Brostrøm være et elektronisk produkt. Ikke papir til hylden. Det er for tid. Apps og netbaserede tilgange, som kan kobles til regionernes it-systemer.



Behandlingstilgangen skal ikke være afhængig af, hvilken læge patienten tilfældigvis konsulterer. Det skal ikke være sådan, at hvis du ser en reumatolog, får du ikke tilbudt en operation, som måske er indiceret. Eller at du hos en ortopædkirurg får tilbudt et nyt knæ med det samme, selvom vægttab måske var det rigtige.

” Beslutningsstøtte er ikke det samme som beslutningstagning. Nationale kliniske retningslinjer har aldrig været tænkt som et behandlingsdiktat; så kunne vi jo afskaffe lægen.

»I dagens Danmark er alt digitaliseret, læger søger information elektronisk, og vi skal svare til den virkelighed. Læger søger ikke længere information i store tunge glitter-sager, ikke de unge i hvert fald. Og så skal det kunne opdateres, så de ikke er forældede ved udgivelsen, men løbende indeholder den nyeste viden«, siger han.

Søren Brostrøm gør sig mange tanker. Nogle luftet her. Nogle holdt for sig selv. Han skal jo blive enig med mange aktører med mange meninger. Måske kommer det ikke til at gå så hurtigt, som han drømmer om. Men nu har han skudt en meningsbold af sted. Med håbet om, at modtagerne griber den.

! | SUNDHEDSSTYRELSEN: INGEN TVANG – FOLK VIL BRUGE DEM AF SIG SELV

»Vi hverken skal eller vil tvinge folk til at overholde de nationale kliniske retningslinjer, når de er færdige«, siger Søren Brostrøm. Ifølge enhedschefen i Sundhedsstyrelsen skal nationale kliniske retningslinjer levere »beslutningsstøtte« i den kliniske hverdag til alle de fag og sektorer, der er involveret i en given sygdom. Retningslinjerne kan så indarbejdes i de lokale afdelingsinstrukser mv. Ifølge Lægeforeningen er det en selvfølge, at lægen skal kunne fravige en behandlingstilgang beskrevet i nationale kliniske retningslinjer:

»Patienter skal behandles individuelt; nogle vil ikke have piller eller en given behandling, men det skal forklares i journalen, hvorfor man fraviger. De nationale kliniske retningslinjer vil være bindende, men med mulighed for at fravige«, siger Mads Koch Hansen.

Søren Brostrøm er da også sikker på, at lægerne vil følge de kommende nationale behandlingsvejledninger:

»Vores erfaring er, at hvis vi laver et godt stykke arbejde, og Sundhedsstyrelsen står som afsender, så bliver det fulgt«, siger han og fortsætter:

»Men beslutningsstøtte er ikke det samme som beslutningstagning. Nationale kliniske retningslinjer har aldrig været tænkt som et behandlingsdiktat; så kunne vi jo afskaffe lægen. Nej, det skal hjælpe lægen i dennes behandlingsbeslutning ud fra en helhedsvurdering af patienten og dennes mange helbredsmæssige forhold. Det er jo lægegerningen«, siger Søren Brostrøm.

! | ANDRE VIL BRUGE DE NATIONALE KLINISKE RETNINGSLINJER TIL PRIORITERING

Flere læger er bange for – når også Danske Regioner skal sidde med i styregruppen bag de nationale kliniske retningslinjer – at det bliver så som så med fagligheden. Frem for en økonomisk tænkning og prioritering. Men det afviser Søren Brostrøm: »Retningslinjerne skal være et fagligt beslutningsværktøj. Det er det primære formål. Men man skal ikke være blind for, at

der skal være sekundære gevinster. Og jeg ser ingen problemer i, at de efterfølgende kan bruges til prioritering. Men en national klinisk retningslinje er ikke en visitationsretningslinje eller en henvisningsretningslinje, som nogle tror. Det kommer nok bagefter, ovenpå, når vi har lavet retningslinjerne«, siger han. Det synspunkt støttes af formanden for IVS, Peter Schwarz:

»Hvis den bedste evidens anvendes, så betyder det, at vi giver den bedste behandling til patienten indenfor de eksisterende rammer. Målet er ikke i første omgang at lave et prioriteringsværktøj, men sikre en ensartet god behandling til patienter i hele landet. At det så sekundært bruges i prioriteringsøjemed er noget andet, men fint«, siger han.