

Erfaringsopsamling vedrørende de nationale kliniske retningslinjer

Telefon

(+45) 40 93 94 23

Email

ckh@charlottehassoe.dk

Adresse

Baggesensgade 4C, 1. Sal
2200 København N

Hjemmeside

charlottehassø.dk

Indholdsfortegnelse

1. Formål.....	3
2. Metode.....	4
3. Hovedkonklusion	6
4. Er det vigtigt, Danmark har evidensbaserede kliniske retningslinjer?	7
5. Er der kommet effekter ud af NKR-arbejdet?.....	10
6. Er NKR med til at understøtte prioritering på sundhedsområdet?.....	12
7. Er det lykket at lave tværfaglige og tværsektorielle NKR?	15
8. Er de rigtige områder blevet udvalgt?	17
9. Hvordan går det med at implementere NKR?	18
10. Hvordan fungerer den nuværende måde at udarbejde NKR på?.....	22
11. NKR og andre retningslinjer.....	27
12. Appendix - respondenter.....	29

1. Formål

Formålet med erfaringsopsamlingen er, via input fra interview med eksterne samarbejdspartnere og interessenter, at indsamle de hidtidige erfaringer med at udarbejde, formidle og anvende nationale kliniske retningslinjer (NKR). Dette med henblik på at vurdere resultaterne af indsatsen frem til i dag samt styrke og fokusere den fremtidige indsats på området.

Det er vigtigt at understrege, at Sundhedsstyrelsens opdrag til Hassø Consulting **ikke** har været en evaluering af NKR, men en erfaringsopsamling, som udelukkende bygger på respondenternes subjektive erfaringer med NKR.

Netop fordi der er tale om, at man skal lære af de hidtidige erfaringer og eventuelt foretage ændringer i et fremadrettet perspektiv, har Hassø Consulting valgt en formidlingsstil, hvor vi bringer en del citater. Det gør, vi fordi det er vores erfaring, at man på den måde kan overbringe så megen af respondenternes erfaringer og viden til læseren uden at miste væsentlige detaljer.

2. Metode

Dataindsamlingen er foregået via semistrukturerede kvalitative interview med i alt 24 fagpersoner, som fremgår af appendix.

Interviewene er foregået både ved personligt fremmøde og telefon afhængig af, hvad der har været muligt i forhold til at opnå en aftale med interviewpersonerne. Interviewene er blevet gennemført i perioden fra uge 34 til uge 45, 2015. Hvert interview har haft en varighed af ca. 1 time, som har vist sig tilstrækkeligt til at komme rundt om de væsentlige problemstillinger. Interviewene er gennemført af et meget erfarent interviewerkorps fra Hassø Consulting og Damvad Analytics. Det har været et krav for at kunne indgå i interview med fagpersoner, hvor det er nødvendigt at kunne spørge ind til svar og stille opfølgende spørgsmål.

Respondenterne er udvalgt med henblik på at repræsentere:

- Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab Danmark
- Dansk Ortopædisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik
- Danske Fysioterapeuter
- Hjerteforeningen, Danske Patienter
- Kommunernes Landsforening
- De Lægevidenskabelige Selskaber
- Lægeforeningen
- Praktiserende læger
- Region Hovedstaden
- Region Midtjylland
- Region Nordjylland
- Region Sjælland
- Region Syddanmark
- Rudersdal Kommune
- Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab
- Aalborg Kommune

Listen ovenfor er blevet til i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Hassø Consulting. Regionsrepræsentanterne er udpeget af regionernes sundhedsdirektører. Repræsentanterne for kommunerne er udpeget af KL. Udvælgelseskriterierne har været sundhedsfaglige ansatte, der enten direkte har været involveret i udarbejdelsen af NKR, eller har erfaring med at anvende og eventuelt implementere NKR.

Af hensyn til den økonomiske ramme, er der foretaget nogle afgrænsninger. Hovedvægten af respondenterne repræsenterer således regionerne, tre af de Lægevidenskabelige Selskaber samt ansatte på sygehuse, mens det ikke har været muligt indenfor rammen at inddrage lige så mange repræsentanter i forhold til kommuner og den primære sundhedssektor. Kommunerne er

således repræsenteret af KL, Rudersdal Kommune og Aalborg Kommune. De praktiserende læger repræsenteres af en praksiskonsulent fra Region Nordjylland, som repræsenterer 25 praktiserende læger.

Det har ikke været muligt at inddrage alle lægevidenskabelige selskaber. Vi har valgt at lade selskaberne blive repræsenteret af De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) samt de tre selskaber Dansk Ortopædisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik. Årsagen til at netop disse tre selskaber er udvalgt skyldes, at det er indenfor disse områder, der er udarbejdet flest NKR, som tidsmæssigt også har den fordel, at de har været udarbejdet i et stykke tid, så at ansatte i sundhedsvæsenet har opnået en vis erfaring med at anvende dem.

3. Hovedkonklusion

Erfaringsopsamlingen har ført til følgende hovedkonklusioner:

- Et stort flertal af respondenterne anser det som meget vigtigt, at Danmark har egne evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer
- Et stort flertal af respondenterne mener, at NKR-projektet bør fortsætte
- Et stort flertal af respondenterne mener, at der bør være mere fokus på implementering
- Et stort flertal mener, at Sundhedsstyrelsen har udvist en god autoritativ og koordinerende rolle
- Et stort flertal mener, at styringen af NKR-projektet også i fremtiden bør ligge hos Sundhedsstyrelsen, fordi de har en naturlig autoritet og er den øverste sundhedsfaglige myndighed på tværs af de mange områder, der berøres af de nationale kliniske retningslinjer.

Derudover peger erfaringsopsamlingen på:

- At NKR understøtter ensartet og høj kvalitet i udredning, behandling og rehabilitering under forudsætning af, at de bliver implementeret
- At NKR har potentialet til at understøtte en prioritering på sundhedsområdet, herunder at sikre mest mulig for pengene under forudsætning af, at de bliver implementeret
- Et flertal af respondenterne roser Sundhedsstyrelsen for at have skabt en udarbejdningsproces, som formår at samle de centrale interessenter i sundhedsvæsenet, og som skaber produkter, der er faglig respekt omkring
- Respondenterne er glade for at være blevet introduceret til GRADE-metoden
- Cirka halvdelen af respondenterne synes, det er de rigtige områder, der er blevet udvalgt
- Et flertal synes, det er lykkedes at lave tværfaglige NKR, men at det halter med det tværsektorielle
- Nogle respondenter kritiserer processen for at være for ressourcekrævende
- Nogle respondenter mener, det har været en forceret proces, hvor ikke alle har kunnet nå at spille ind
- Der er brug for fremadrettet at have fokus på formidling og implementering af NKR
- Der er særlige udfordringer med formidling og implementering i kommuner og primærsektoren
- Der er et bredt ønske om, at De Lægevidenskabelige Selskabers retningslinjer og andre retningslinjer bliver tænkt mere med i NKR-arbejdet
- Der efterspørges en plan for opdatering af de nuværende NKR, så det nuværende NKR-arbejde ikke forældes og dermed går til spilde.

4. Er det vigtigt, Danmark har evidensbaserede kliniske retningslinjer?

Blandt undersøgelsens respondenter mener et stort flertal, det er meget vigtigt, at Danmark har evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer. Der er tre gennemgående hovedbegrundelser for dette:

NKR er med til at sikre ens behandling

En af de primære begrundelser for, det er meget vigtigt, Danmark har evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer er, at NKR er med til at sikre ensartet behandling på sundhedsområdet. Niels Qvist, som er næstformand for De Lægevidenskabelige Selskaber, udtrykker det således:

"Uden NKR vil der være risiko for, at man får forskellige behandlinger alt afhængig af, hvor henne i landet man bor. Den allermest alvorlige risiko er at det bliver alt for dyrt for sundhedsvæsenet, og at man mister muligheden for at foretage prioriteringer. Jeg tror, det vil komme til at koste det hvide ud af øjnene, hvis man afskaffer NKR. Hvis ikke man har en ledestjerne, så kan man komme til at lave noget uhensigtsmæssigt og fordyrende og som ikke gavner patienten og i værste fald skade patienten. Det er godt at have nogle, der holder styr på os og holder øje med, om vi gør det rigtige."

Niels Qvist, professor, overlæge, dr. med, næstformand for De Lægevidenskabelige Selskaber.

Klinikchef Lene Birgitte Birket-Smith fra Klinik Medicin på Aalborg Universitetshospital er enig, og hun er en af de respondenter der understreger, at NKR er vigtige, fordi de kan være med til at sikre at behandlingen af patienter sker på et videnskabeligt grundlag:

"Der er flere grunde til at NKR er vigtige. Eksempelvis så skal de enkelte overlæger ikke sidde med deres mere eller mindre private tilgange. Der skal være et sted, hvor de kan gå hen og læse, om de er opdateret i forhold til den sidste nye viden. Det er SÅ vigtigt. Der er nogle, som ikke går til kongresser, og ikke holder sig så fagligt opdateret, som de burde. Og som patient er det ikke rimeligt, at man kan blive udsat for meget, meget forskellige behandlingsformer."

Lene Birgitte Birket-Smith, klinikchef, Klinik Medicin på Aalborg Universitetshospital.

Det er umuligt for den enkelte ansatte selv at holde sig opdateret

Den anden væsentlige grund, som der også er enighed om blandt respondenterne er, at mængden af viden gør det svært for den enkelte ansatte i sundhedsvæsenet at følge med og holde sig opdateret. Afdelingschef Christian Harsløf fra Kommunernes Landsforening, udtrykker det på denne måde:

"Der er så megen litteratur, at det er utopi at hver medarbejder kan sætte sig ind i stoffet. Derfor er NKR gode, for de hjælper med at man gør det rigtige. Uden dem ville man få en service, der strittede i flere retninger. Nogle borgere ville få en dårligere behandling, fordi personalet højest sandsynlig ville agere efter forældet viden – eller endnu værre - gamle vaner."

Christian Harsløf, afdelingschef, Kommunernes Landsforening.

Ifølge ledende overlæge, Ole Maagaard Christensen fra Holbæk Sygehus er der et yderligere aspekt, og det er at de yngre generationer, som i forhold til at tilegne sig ny viden, agerer anderledes end de ældre generationer:

"Det er vigtigt, Danmark har evidensbaserede NKR af forskellige grunde. Eksempelvis er der mange diskussioner, som tager afsæt i holdninger og erfaringer. Derfor er det vigtigt, at vi har noget fælles og evidensbaseret at tage udgangspunkt i. En anden begrundelse er, at når vi selv kigger i litteraturen, så er den tit behæftet med fejl, men det kan være svært for os at vurdere. Endelig er NKR vigtige i forhold til de unge generationer. De er ikke forankret i faget, som vi andre har været det. De har en slags lønmodtagerkultur, og ajourfører sig ikke nødvendigvis deres viden på samme måde som os andre har gjort det i fritiden."

Ledende overlæge, Ole Maagaard Christensen, Holbæk Sygehus.

NKR har en høj faglig status

For det tredje begrundes opbakningen med, at NKR har en høj faglig status. Dette primært af to grunde. Den ene er, at de er udarbejdet på baggrund af den nyeste evidens, hvilket man, som nogle respondenter peger på, ikke nødvendigvis kan være helt sikker på er tilfældet med de lægevidenskabelige selskabers retningslinjer. Den anden er, at det er Sundhedsstyrelsen, som udstikker dem. Som myndighed har Sundhedsstyrelsen en anden status end de lægevidenskabelige selskaber eller andre organisationer, fordi de har autoriteten til at anbefale, hvad der skal være gældende i hele landet.

Peter Treufeldt, vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri er en af de respondenter, der repræsenterer den holdning:

"Jeg kan ikke understrege nok, hvor vigtigt det er, vi har NKR. NKR har gennemgået den aktuelle evidens meget, meget grundigt. Det synes jeg er meget prisværdigt, fordi der er behov for at landets centrale sundhedsmyndighed udstikker nogle retningslinjer og vejledninger om, hvad der er det rigtige at gøre på sundhedsområdet. Indenfor psykiatrien har vi i mange år kunnet se helt utilfredsstillende stor variation i behandling på tværs af landet, men også inden for en region og sågar indenfor en afdeling. Der er tale om en lægekultur. Og det har tit været sådan, at overlægen lagde linjen på afdelingen. Og selv om det lyder som i meget gamle dage, så gælder det stadig i betydelig grad."

Hvad ville konsekvensen være, hvis ikke Danmark havde NKR?

Nogle respondenter svarer, at man nok kunne klare sig uden NKR. Det har man gjort inden man fik dem, men langt størstedelen håber og anbefaler, at NKR-arbejdet fortsætter. Primært fordi der ellers vil være risiko for uens behandling af patienter på tværs af landet. Nogle af respondenterne vurderer endvidere, at det vil være svært at komme af med de behandlinger, der ikke virker, og at det vil være vanskeligt at få allokere ressourcerne derhen, hvor det giver god mening at bruge dem.

Nedenstående citater er rammende for hovedparten af de synspunkter, der er fremkommet:

"Det ville føre til en meget ujævn behandling set ud over landet."

Michael Lau Bech Hansen, ledende overlæge, Psykiatrien Øst.

Endelig er der også dem, der generelt bakker initiativet op, som eksempelvis formand for Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab, Helen Bernt Andersen:

"Jeg synes, at det var et meget betydningsfuld initiativ man iværksatte, da man etablerede NKR i Sundhedsstyrelsen, og jeg synes at det ville være værdifuldt for det danske sundhedsvæsen at man fortsatte arbejdet i nationalt regi."

Helen Bernt Andersen, formand for Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab.

Endelig peger flere respondenter på, at processen i sig selv og særligt den aktivitet, der har bestået i at bringe så mange sundhedsfaglige kompetencer sammen, har en stor betydning. Det medvirker i sig selv til at løfte den faglige kvalitet og påvirke best practice på sundhedsområdet, at de mange aktører har været med, og har koordineret deres synspunkter.

5. Er der kommet effekter ud af NKR-arbejdet?

Sundhedsstyrelsen har ikke ønsket en evaluering af NKR, blandt andet fordi de nationale kliniske retningslinjer ikke har været udarbejdet så længe. Der er dog nogle respondenter, som allerede nu giver udtryk for, at NKR gør en forskel. Nedenfor har vi samlet nogle af eksemplerne.

NKR har været med til at omdefinere det ortopædkirurgiske speciale

NKR har ifølge Claus Munk Jensen, ledende overlæge, formand for Kvalitetsudvalget i Dansk Ortopædisk Selskab, haft en markant effekt på det ortopædkirurgiske speciale, fordi man via arbejdet med NKR har fået øjnene op for, at der findes evidens for at nogle behandlingsformer, som f.eks. træning, har bedre effekt for patienterne end operationer.

"I vores selskab har vi hidtil haft fokus på at dokumentere, at det kirurgiske virker – men på grund af NKR analyserer vi nu også litteraturen for de ikke-kirurgiske behandlinger. Og det har betydet, at vi har omdefineret det ortopædkirurgiske speciale til nu at være et speciale, der både varetager den ikke-operative og den operative behandling af lidelser i bevægeapparatet. På den måde har det været enormt relevant med NKR inden for det ortopædkirurgiske område, fordi der lidt hårdt sagt, konstant har været overbehandlingstiltag, hvilket nok primært skyldes det produktionskrav, der har været inden for de sidste 10 år. Alle har fokuseret på operation, så det er virkelig meget relevant."

Claus Munk Jensen, ledende overlæge, formand for Kvalitetsudvalget i Dansk Ortopædisk Selskab.

NKR-arbejdet har øget kvaliteten i selskabernes akademiske arbejde

På baggrund af NKR-arbejdet fortæller flere, at kvaliteten i De Lægevidenskabelige Selskabers arbejde er øget. Det skyldes ikke mindst, at nogle af medlemmerne har fået kendskab til GRADE-metoden. Som det fremgår af citatet nedenfor, er eksempelvis Det Ortopædkirurgiske Selskab blevet inspireret til at arbejde på en anden måde i forhold til at udarbejde selskabets egne retningslinjer.

"Metodemæssigt er det en interessant og meget spændende måde for os klinikere at gå ind i GRADE-konceptet, og få kvalificeret den litteratur, der ligger til grund for evidensen. Det kan også bruges på mange andre områder. Og man kan sige, at hele arbejdet med de kliniske nationale retningslinjer i virkeligheden har startet en proces op i vores selskab – hvor vi nu laver noget vi kalder korte kliniske retningslinjer – som er bitte små emner, der er alt for

små til at være nationale og med Sundhedsstyrelsen for bordenden. Men hvor vi selv sidder for bordenden efter samme, men selvfølgelig meget mindre kompliceret koncept. Eksempelvis har vi undersøgt om man skal operere for brud på kragebenet. Det er et meget kontroversielt emne blandt os ortopædkirurger, og der har vi fundet ud af, at nej det behøver man ikke at gøre til at starte med. Stop det. Det samme gælder for brud i den øverste skulder. Så tidsmæssigt har NKR passeret rigtig godt i forhold til vores speciale, fordi det har åbnet ortopædkirurgernes øjne til at se, at NKR også kan bruges til ikke at operere.” **Claus Munk Jensen, ledende overlæge, formand for Kvalitetsudvalget i Dansk Ortopædisk Selskab.**

NKR er en udtalt delt af virkeligheden

”NKR betyder mere end man forestiller sig. De er hele tiden med i dialogen, når man taler sammen. Det er udtalt, at det er en del af den virkelige, som man arbejder i. Tag bare det møde jeg lige kommer fra her til morgen. Hele mødet har været gennemsyret af det – vi spørger konstant hinanden, hvad ved vi om det, er der evidens for osv. Og NKR vægter meget højt, fordi de er interessefrie og neutrale. Hvis det står i en NKR, så behøver vi ikke at tale mere om det, så er det bare sådan.”

Klinikchef Lene Birgitte Birket-Smith fra Klinik Medicin på Aalborg Universitetshospital.

I det hele taget mener Lene Birket-Smith, at man kan tilskrive den positive udvikling indenfor for en del sygdomsområder, at rigtig mange i sundhedsvæsenet er begyndt at gå i samme retning. Det kan man ifølge hende ikke blot se i forhold til NKR, men mange steder, hvor Danmark har lavet en ensrettet indsats, som eksempelvis kræftpakker m.v.: *”Der er flere KOL-patienter, som overlever, og på kræftområdet har vi fantastiske resultater. Vi er jo næsten kommet op på niveau med Sverige og Norge. Sådan var det ikke tidligere. Det skyldes, at vi hele tiden søger det bedste, og at så mange ved det samme.”*

Klinikchef Lene Birgitte Birket-Smith fra Klinik Medicin på Aalborg Universitetshospital.

6. Er NKR med til at understøtte prioritering på sundhedsområdet?

Et af formålene med at udarbejde NKR er, at de skal være med til at understøtte en prioritering på sundhedsområdet, herunder støtte at der kommer mest sundhed for pengene. En del respondenter understøtter som svar på dette spørgsmål, at NKR ikke er udarbejdet af sundhedsøkonomer, men af forskere. Og at formålet ikke er en egentlig økonomisk prioritering, men en behandlingsmæssig prioritering, hvor man skal give de behandlinger, der er evidens for, og undlade at give behandlinger, der ikke er evidens for.

Andre respondenter fremhæver, at NKR ikke spiller en rolle som økonomisk prioriteringsværktøj på nuværende tidspunkt, men at de kan komme til at spille denne rolle, når de bliver fuldt implementeret. Endelig er der de respondenter, der mener, at ikke alene kan NKR spille den rolle, de bør også gøre det. Sidstnævnte mener ikke, regionerne helt har opdaget, hvilket betydeligt prioriteringsværktøj NKR kan være, og derfor heller ikke rigtigt anvender NKR på den måde endnu.

NKR kan modvirke overbehandling

"Regionerne var lidt nervøse for NKR i begyndelsen, for de frygtede at lægerne ville anbefale dét, der var det dyreste. Men man kigger på, hvad der er bedst for patienterne, og det er jo ikke altid det dyreste. Man går rent faktisk ind og prioriterer, når man laver en klinisk retningslinje, det skal ikke bare være at lave undersøgelser og behandlinger for at gøre det, der skal også være evidens for at det. Jeg tror, det vil være meget besparende, og med NKR kan man blandt andet modvirke overbehandling. På et tidspunkt i fremtiden så SKAL vi prioritere indenfor sundhedsvæsenet. Vi kan ikke blive ved med at have råd til det hele. Og med NKR har man en bedre forudsætning for at prioritere."

Niels Qvist, professor, overlæge, dr. med, næstformand for De Lægevidenskabelige Selskaber.

Behovet for fokus og prioritering bliver også fremhævet af andre respondenter:

"Jeg ville ønske, at NKR havde en større prioriteringsvinkel, fordi det er ved at kvæle os, at ingen vil prioritere."

Thomas Larsen, overlæge, Aalborg Sygehus.

"Der har været en tendens til at gøre det lidt for bredt. Det var bedre, hvis det var lidt mere fokuseret. Vi må se på dét, der er allervæsentligst at prioritere. Vi kan ikke have en one-size fits all mentalitet her."

Gunnar Gislason, Forskningschef i Hjerteforeningen, Danske Patienter.

"Nu har man i årevis sagt, at man skal tage statiner mod overforkalkning. Så viser det sig, at man har sygeliggjort folk for at forlænge deres liv i 2-3 dage. Jeg mener, at alle læger på et sygehus bør kunne redegøre for, om den dyre medicin, som de udskriver til deres patienter, har en effekt. For ellers bruger vi penge, som kunne gøre bedre nytte hos andre patienter."

Ole Maagaard, ledende overlæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, Holbæk Sygehus.

NKR er et ledelsesværktøj i forbindelse med prioriteringer

Mange respondenter peger på, at NKR er et vigtigt ledelsesværktøj i forbindelse med prioriteringer. Dette synspunkt giver bl.a. af Claus Munk Jensen, ledende overlæge, formand for Kvalitetsudvalget i Dansk Ortopædisk Selskab, udtryk for:

"NKR er et virkelig vigtigt redskab til prioriteringer. Noget at det vigtigste, for det giver os nogle redskaber som ledere på afdelinger. På grund af NKR kan vi jo komme til den konklusion, at man skal lade være med at gøre dét vi gør, men ændre vores hidtidige praksis. Med NKR kan man flytte fokus hen på de behandlinger, der virker."

"Regionerne har ikke helt forstået, hvor vigtigt et instrument det er for deres planlægning. De spørger os om den nye NKR vil få nogen betydning for ressourcefordelingen, og så ved alle godt at man skal svare nej. Det kunne jo også betyde fyringer på afdelinger eller at regionen skal sende penge til kommunerne, og det tror jeg er en hindring. På den måde har man forskellige værktøjer, som man ikke bruger. For at skubbe på udviklingen med at operere mindre inden for mit speciale kunne man nedsætte DRG-taksten for en given ydelse – f.eks. reducere med 25% og samtidig sige, at I skal ikke lave så mange mere jævnfør NKR. Så er der ikke længere det samme incitament til at gøre det. Men der til er man slet ikke nået endnu."

Claus Munk Jensen, ledende overlæge, formand for Kvalitetsudvalget i Dansk Ortopædisk Selskab.

På visse områder kan NKR være med til at mindske behandlingsbehovet i hospitalssektoren

Der er ligeledes en tydelig holdning blandt respondenterne i forhold til, at NKR kan være med til at mindske behandlingsbehovet: Dette giver cheflæge Hans Peder Graversen fra Sundhedsplanlægning i Region Midt et eksempel på:

"Hvis vi tager sådan et eksempel som nye knæ og hofteled. Så gøres der opmærksom på i retningslinjerne, at rigtig mange patienter skal behandles artrosen længe inden det kan komme på tale at operere. Og den behandling er selvfølgelig at stille diagnosen og følge op med træning og korrigeret adfærd/livsførelse. Dette skal foregå i primærsektoren. Og det er rigtig godt til understøtte vores bestræbelser i disse år på at udfolde de nære sundhedsvæsen. Og hvis det kommer til at foregå i stor skala, hvilket det endnu ikke gør i dag, så vil behandlingsbehovet i hospitalssektoren formentlig mindskes. Og på den måde kan der godt være en businesscase om at få mere sundhed for pengene, ikke ud af hospitalet, men ud af det samlede sundhedsvæsen."

Hans Peder Graversen, cheflæge, Sundhedsplanlægning i Region Midt.

7. Er det lykket at lave tværfaglige og tværsektorielle NKR?

De fleste respondenter mener, det er lykket at lave tværfaglige NKR. Dette mener de imidlertid ikke i samme grad er tilfældet med det tværsektorielle, hvilket ifølge respondenterne blandt andet skyldes, at der ikke eksisterer særlig megen forskning og evidens indenfor tværsektorielt samarbejde.

Det er speciallægenes erfaring, at de nationale kliniske retningslinjer i højere grad er blevet tværfaglige i forhold til dét, man ellers har været vant til på området. Overlæge Carsten Kock-Jensen roser f.eks. NKR for netop det tværfaglige og tværdisciplinære element:

"Det nye i NKR er også at det er tværfagligt og tværdisciplinært. Det er godt, fordi dét, der ofte er set, har været mere snævert lægefagligt og monofagligt"

Carsten Kock-Jensen, Ledende overlæge, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Sygehus.

"Ja, det er lykket med det tværfaglige og tværsektorielle. Men det er også en af forklaringerne på, at det tager så lang tid at udarbejde dem."

Kim Brixen, direktør, Odense Universitetshospital.

Afdelingschef Christian Harsløf fra KL problematiserer, at nogle retningslinjer har en tendens til at blive for monosektorielle:

*"Det er i høj grad lykket at lave tværfaglige NKR. Men der er særligt nogle enkelte retningslinjer, hvor vi ikke synes, de er blevet tværfaglige nok. Og det er især på de retningslinjer, der ligger på grænsen mellem en sundhedsfaglig og en socialfaglig indsats, hvor de har en tendens til at blive for monosektorielle. En del af problemet er, at det ikke er et samlet **behandlingsforløb** for eksempelvis børn med ADHD, som man får beskrevet. Det bliver et **forløb for medicinering** af børn med ADHD, som man får beskrevet."*

Christian Harsløf, afdelingschef, KL.

Som de to citater nedenfor redegør for, bliver der i forlængelse heraf givet udtryk for et markant behov for at finde ud af, hvordan man kan håndtere samarbejdet mellem de forskellige sektorer på trods af den manglende forskning, fordi de behandlingsmæssige resultater inden for eksempelvis psykiatrien i høj grad hænger sammen med den indsats, man yder i den primære velfærdssektor:

"Sundhedsstyrelsen har generelt gjort det rigtig godt. Men man mangler at få NKR nyttet bedre til den primære sundhedstjeneste. Det er en vanskelig opgave, da den er mangeartet og der er desværre heller ikke så gode videnskabelige undersøgelser at lægge sig op ad. De praktiserende læger og andre fagfolk fra den primære sundhedstjeneste sidder med i de forskellige arbejdsgrupper og gør det så godt de kan, men det er ikke nemt."

Niels Qvist, professor, overlæge, dr. med, næstformand for De Lægevidenskabelige Selskaber.

"Intentionen om at lave tværfaglige og tværsektorielle NKR er der. Men der er mangelfuld forskning indenfor det tværsektorielle område, som vanskeliggør det. Men jeg kunne godt ønske mig for fremtidige NKR, at fokus kan blive tværsektorielt, for det er meget sjældent, vi har patienter, som vi selv lige klarer. Vi har som regel parløb med kommunale kollegaer. Så jeg kunne ønske mig en best practice for hele patienten. Eksempelvis nogle der tør sige, at hvis vi giver forældrevejledning og medicin til barnet, så skal der også være specialpædagogik eller støtte i skolen, så det ikke blev så sektoropdelt, som det er nu."

Marianne Kryger, klinikchef, formand for Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab.

Endelig er der en respondent som er usikker på, om NKR når helt ud til kommunerne, fordi vedkommende aldrig har hørt kommunerne nævne NKR. Under alle omstændigheder synes respondenterne det er vigtigt, at NKR bliver fulgt op af forløbsprogrammer, der bliver udarbejdet i samarbejde med kommunerne, og som beskriver, hvordan man får det bedste forløb mellem de forskellige sektorer.

8. Er de rigtige områder blevet udvalgt?

Cirka halvdelen af respondenterne mener, det er de rigtige områder, der er blevet udvalgt. Den resterende halvdel har forskellige grunde til at have forbehold overfor udsagnet. Nogle mener for eksempel ikke, man skal bruge tid på at udarbejde en NKR, hvis der ikke er nok evidens på området. Andre synes, det har været en forceret udvælgelsesproces, hvor det har været vanskeligt for alle at nå at byde ind.

"Ud fra min dagligdag i klinikken er jeg meget enig i, at det er de rigtige områder, man har valgt at udarbejde NKR indenfor. Man kan altid diskutere, hvor mange NKR vi skal have. Når man kommer til 50, synes jeg, at man meget nøje skal vurdere, hvor mange flere vi kan tåle. Effekten af NKR er nok baseret på, at de ikke oversvømmer hele sygehussektoren. Det skal ikke være sådan, at man skal have NKR for alt muligt. Man skal vurdere om man skal kaste sig i lag med små patientpopulation. Måske er disse patienter kun på et eller to hospitaler, og så må de enkelte hospitaler have ansvaret for at have de rette retningslinjer. Så jeg tænker, man skal stoppe op og tænke over, om vi har nok ift. 50 NKR."

Lægefaglig direktør, Morten Noreng, Aalborg Universitetshospital.

"Ja, jeg synes, det er de rigtige områder, der er blevet udvalgt. Man har gjort sig umage med at udvælge."

Formand for Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab, Helen Bernt Andersen.

"De NKR, der er blevet lavet er rigtig gode, og vi vil gerne have endnu flere. Her skal man dog finde den rigtige balance af hensyn til samfundets ressourcer, så NKR skal kun laves på de relativt store områder, og så er det også vigtigt at finde en måde, de kan holdes ved lige på og gerne udvides hen ad vejen, så de får lidt mere form af referenceprogrammer."

Peter Treufeldt, vicedirektør, Region Hovedstandens Psykiatri.

Kim Brixen, som er direktør på Odense Universitetshospital er uenig i, at det er de rigtige områder, der er blevet udvalgt. Han mener ikke, man bør bruge ressourcer på at lave en NKR, som der ikke er evidens for:

"Jeg er uenig i, at det er de rigtige områder, der er blevet udvalgt. Det er spild af tid at lave en NKR, hvis der ikke rigtig er evidens for noget som helst."

Kim Brixen, direktør, Odense Universitetshospital.

9. Hvordan går det med at implementere NKR?

Nedenfor har vi samlet et udpluk af de svar, respondenterne har givet i forbindelse med spørgsmålet om, hvordan det går med at implementere NKR. Det billede, der tegner sig er, at implementeringen er i gang. Hvor langt man er kommet afhænger af dels hvilken sektor der er tale om, og dels hvor store ændringer de enkelte NKR medfører i forhold til den hidtidige praksis. Vi har et spinkelt datagrundlag i forhold til kommuner og i primærsektoren, men det ser ud til, at implementeringen er svagest på disse områder.

Nogle regionsrepræsentanter fortæller, at de er i fuld gang med at implementere NKR.

"Ja, NKR bliver faktisk implementeret. Men jeg kan jo ikke sværge på det, ihvertfald ikke 100 procent, fordi vi er midt i processen med at få dem rullet ud", siger cheflæge Hans Peder Graversen fra Sundhedsplanlægning i Region Midt. Han supplerer med at sige, at jo mere tværfaglige og tværsektorielle NKR er, jo vanskeligere kan implementeringen være, ikke mindst fordi siloer mellem faggrupper og sektorer lever i bedste velgående.

Implementeringsprocedure

Det er vores indtryk, at regionerne har udarbejdet procedurer og etableret fora for, hvordan de implementerer NKR. Nedenfor beskriver cheflæge Hans Peder Graversen fra Sundhedsplanlægning i Region Midt, hvordan det foregår i Region Midtjylland:

"Når der kommer en NKR, så læser vi den og holder den op mod den aktuelle rutine. Vi finder alle de retningslinjer, som afdelingerne bruger, og holder dem op mod NKR. Så kan de regionale retningslinjer blive revideret i forhold til NKR på området. Ved at være i kontakt med specialerådene og relevante afdelinger, hvor vi har forskellige mødefora, finder vi ud af, om der er noget, der skal ændres. Hvis det er tilfældet beder vi afdelingerne om at gennemføre ændringen ved hjælp af nogle af de værktøjer, der er i implementeringshåndbogen. Vi ønsker ikke, at to afdelinger arbejder helt forskelligt, og den dagsorden hjælper NKR med."

Hans Peder Graversen, cheflæge, Sundhedsplanlægning Region Midt.

Men selv om man har organisationen til at implementere NKR er det ikke nødvendigvis en nem opgave. Ifølge Michael Lau Bech Hansen, ledende overlæge, Region Sjælland er et vigtigt aspekt ved implementering af NKR nemlig, i hvor høj grad de ansatte er parate til at tage imod det nye. Han oplever en implementeringstræthed hos de kliniske medarbejdere i psykiatrien på grund af en konstant strøm af tiltag fra Christiansborg, der skal implementeres. Han efterspørger derfor et lidt lavere tempo for at mindske modreaktioner fra medarbejderne:

"Overlægerne er en enorm vigtig gruppe, og det kan være noget af en kunst at få dem til at acceptere NKR som et klinisk værktøj. Det er ledelsens opgave at sørge for, at der ikke opstår modstand, men den ledelsesopgave bliver alt andet lige sværere, hvis der ikke er tid til det."

Hans Peder Graversen, cheflæge, Sundhedsplanlægning Region Midt.

Mens regionerne og de hospitalsansatte læger trækker en del af læsset i forhold til implementeringen på sygehusområdet, virker det som om primærsektoren mangler et tilsvarende logomotiv.

Leder af praksiskonsulentordningen læge Morten Ort, NordKAP, Region Nordjylland synes, ideen med NKR er rigtig god, men udfordringerne med dem er blandt andet, at han savner fora, hvor de praktiserende læger kan drøfte med kommunerne og sygehusene, hvordan man skal koordinere indsatsen i forhold til patienterne, herunder prioritere NKR i forhold til andre eksisterende vejledninger.

"Det er som frugter, der bliver sendt fra himlen, men hvad skal vi gøre med dem? Vi har ikke opbygget en organisering i forhold til, hvordan de skal implementeres. NKR om ADHD er yderst relevant for os, men vi bliver f.eks. ikke kontaktet af sygehuset og spurgt, om ikke vi skal sætte os ned og tale om det. Der er behov for at vi taler om spørgsmål som, hvor er tilbuddene, hvordan henviser vi, hvilke konsekvenser får NKR for vores hidtidige praksis? Det sker ikke, for der mangler et forum. Så organiseringen og samarbejdet om disse patienter kan jeg godt savne, for problemerne opstår, når kæden hopper af mellem sektorerne."

Morten Ort, læge, leder af praksiskonsulentordningen NordKAP, Region Nordjylland.

Generelt er der nogle respondenter, der foreslår, at Sundhedsstyrelsen forsøger at finde ressourcer til at hjælpe med at øge implementeringsgraden. Eksempelvis ved at afholde workshops eller konferencer efter udgivelsen af en NKR, hvor man kunne samle de kernepersoner, der har været med til at udarbejde den kliniske retningslinje, og på den måde viderebringe den viden, der er fremkommet.

Endelig er der en respondent der siger, at så vidt vedkommende ved, skulle der komme nogle lette it-løsninger med app i forbindelse med udgivelsen af NKR. Men det har man ifølge respondenterne ikke set endnu, og vedkommende har opfattelsen af, at implementeringen af NKR på nuværende tidspunkt er lidt på nåde og fromme i forhold til, om de videnskabelige selskaber griber de nationale kliniske retningslinjer.

Informationsmateriale, der retter sig direkte til mod praktiserende læger

Ifølge nogle respondenter er det en udfordring, at NKR mest retter sig mod specialiserede læger og mindre mod eksempelvis praktiserende læger. Morten Ort er i den forbindelse en af de

respondenter, der efterspørger en national central gruppe, som udtrækker relevant information fra NKR for den almene praksis, herunder koordinerer anbefalingerne med andre retningslinjer, så den relevante information bliver nemt tilgængeligt for de praktiserende læger:

"Da jeg læste NKR om børneastma tænkte jeg, hold da op, den er godt nok lang, og konklusionerne var ganske små i forhold til os praktiserende læger. I stedet for at vi selv skal finde essensen, så ville det være nemmere, at der kom nogle og sagde: "Det her er budskabet." Der kommer i forvejen alt for mange vejledninger til at vi kan forholde os til dem. Vi beskæftiger os med mange ting hver dag. Så budskabet kommer nogle gange til at drukne, og reaktionen bliver hurtigt... Åhh nej, endnu en vejledning. Plus at det måske er emner, som ikke føles relevant."

Morten Ort, læge, leder af praksiskonsulentordningen NordKAP, Region Nordjylland.

De kommunale repræsentanter giver udtryk for nogle af de samme behov, som de praktiserende læger. Som Tina Solveig Koch, der er pleje- og aktivitetschef for Rudersdal Kommune siger:

"Der er udarbejdet en implementeringshåndbog i Sundhedsstyrelsen. Den angiver en del anvisninger. Men det er det springende punkt. Når vi har fået en viden, hvordan får vi den så implementeret? Mine erfaringer med vores KL kliniske retningslinjer er, at der er behov for STOR ledelsesmæssig bevågenhed og organisatorisk fleksibilitet, hvis det skal implementeres og resultere i en ændret adfærd."

Tina Solveig Koch, pleje- og aktivitetschef, Rudersdal Kommune.

Helen Kæstel, som er sygeplejechef i Aalborg Kommune, supplerer med at forklare, at det først og fremmest er sygeplejerskerne, der skal bringe ny viden til de andre faggrupper blandt andet til hjemmeplejen. Udfordringen er videndeling, fordi sygeplejerskerne og SOSU medarbejderne er organiseret i forskellige enheder og sidder fysisk adskilt.

En anden udfordring er, at hjemmehjælperne har brug for meget anvisende metoder, som viser hvordan tingene skal gøres, og som Tina Solveig Koch siger:

"En NKR kan være en lidt stor mundfuld at integrere i en travl hverdag, hvor der er forskellige generalistopgaver. Der er behov for en præsentation af det væsentligste input. Sundhedsstyrelsens quick guide er en god idé som appetizer, men der kunne godt være et powerpoint show, en video eller en invitation til en dag, hvor NKR bliver præsenteret."

Tina Solveig Koch, pleje- og aktivitetschef, Rudersdal Kommune.

Helen Kæstel er enig i dette synspunkt, og hun nævner PPS (Praktiske Procedurer i Sygeplejen) som et godt eksempel på noget, der rammer niveauerne rigtig godt i den kommunale sektor:

"Deres retningslinjer læner sig på at den nyeste evidens, og så udgiver de også instruktionsvideoer, som er handlingsanvisende i forhold til, hvordan den nye viden implementeres."

Helen Kæstel, sygeplejef, Aalborg Kommune.

Udover ønsket om meget anvisende metoder foreslår Tina Solveis Koch, lige som de praktiserende læger, endvidere etablering af et fælles forum:

"Der kunne også være et lokalt kvalitetsforum, hvor nye NKR kunne drøftes og planlægges strategisk, så vi sikrer at vi er opdaterede på den evidensbaserede praksis på de relevante steder"

Tina Solveig Koch, pleje- og aktivitetschef, Rudersdal Kommune.

Helen Kæstel går skridtet videre, for hun så gerne, at der bliver etableret nationale fora, hvor sektoren kan dele erfaringer om, hvordan man lykkes med at omsætte viden, så den bliver handlingsanvisende.

Endelig er der nogle respondenter, der synes, det kunne være fint, hvis regionerne og Sundhedsstyrelsen sammen kunne lave et fælles produkt, når det gælder visitationsretningslinjerne, og sammen sikre at de bliver anvisende. For hvis man har en NKR, der ikke kan realiseres, fordi visitationsretningslinjerne ikke er gode nok, så er NKR ikke til nogen hjælp.

10. Hvordan fungerer den nuværende måde at udarbejde NKR på?

Blandt respondenterne er der generelt ros til Sundhedsstyrelsen, fordi man er lykkedes med at skabe en proces for udarbejdelsen for NKR, der dels samler de centrale interessenter i sundhedssystemet, dels sikrer NKR af høj faglig kvalitet, som f.eks. Andreas Rudkjøbing, formand for Lægeforeningen, udtrykker det:

"Jeg er meget positivt overrasket over de gode resultater, der er kommet ud af arbejdet med NKR. Det er en kompliceret proces, hvor Sundhedsstyrelsen skal balancere mellem mange hensyn. Bare dét at kunne facilitere arbejdsgrupperne kan være særdeles udfordrende. Så jeg synes, det er alle pengene værd. Og det vil være tragisk, hvis ikke man fortsætter arbejdet, for nu har man endelig, og efter så mange år, fundet en tilgang som virker, og som der er bred opbakning til i sundhedsvæsenet."

Andreas Rudkjøbing, formand for Lægeforeningen.

"Sundhedsstyrelsen laver et rigtig godt stykke arbejde. De håndterer det meget professionelt. Det har undret mig, at de har kunnet få så mange igennem på så kort tid, men det skyldes blandt andet en fantastisk mødeledelse og en effektiv afdeling."

Niels Qvist, professor, overlæge, dr.med., næstformand, Lægevidenskabelige Selskaber.

Når det er sagt, så har en række respondenter også nogle kritikpunkter af NKR-arbejdet.

Er udarbejdelsesprocessen optimal i den nuværende form?

Ifølge Thomas Bo Drivsholm, lægefaglig konsulent, Dansk Selskab for Almen Medicin er der mange rigtige ting i NKR-projektet, men han mener, man skal være påpasselig med at forcere arbejdsprocessen i forbindelse med udarbejdelsen af NKR:

"En tværfaglig tilgang er som udgangspunkt ønskværdig, men oftest bliver det alligevel den højeste videnskompetence omkring bordet, det vil sige repræsentanterne fra de lægefaglige specialer, der dominerer gruppens arbejde og derved produktet. Erfaringen fra andre sammenhænge er, at det tager to år at lave en god klinisk vejledning. Hvis man definerer, at arbejdsprocessen kun må tage et år, forcerer man processen unødigt og risikerer dels et suboptimalt resultat og i enkelte tilfælde, at de faglige kapaciteter decideret løber skrigende bort, fordi de ikke oplever processen som meningsgivende."

Thomas Bo Drivsholm, lægefaglig konsulent, Dansk Selskab for Almen Medicin.

Ifølge Kim Brixen, som er direktør på Odense Universitetshospital, er kvaliteten af NKR god, men han mener, den nuværende måde at udarbejde NKR på er for dyr og ineffektiv. Kim Brixen

forklarer, at i Dansk Endokrinologisk Selskab er der 500 medlemmer, som laver 5 vejledninger om året, som godt nok, ikke bygger på systematisk litteraturgennemgang, men som udarbejdes til en helt anden pris. Han tvivler på, om det er omkostningseffektivt, når man bruger cirka 4 årsværk på en NKR. Han opfordrer derfor til, at der i Sundhedsstyrelsen bliver tænkt i nogle andre mekanismer, og et tæt samarbejde med Specialeselskaberne.

I det hele taget er Kim Brixen meget optaget af udarbejdelsesprocessen, som han synes er noget af det vigtigste, og som efter hans vurdering bør involvere så mange som muligt:

"Dét, at fagfolk forholder sig til deres eget fag, får diskuteret og udfordret hinanden er det vigtigste, fordi den proces sikrer, at vores fagfolk er på stikkerne og har det faglige højeste niveau. Hvis man nøjedes med at oversætte andre landes NKR, så ville man bare få et produkt – en bog uden forfattere. Det vigtige med de danske NKR er, at der er forfattere. For hvem lærer mest? Foredragsholderen, der forbereder sig, eller tilhørerne? Det ved alle, det er foredragsholderen. Og det er min pointe."

Kim Brixen, direktør på Odense Universitetshospital.

Forskningschef Gunnar Gislason fra Hjerteforeningen bakker op om, at NKR ikke bare er retningslinjer, man kan importere fra udlandet.

Afdelingschef Christian Harsløf fra KL deler ikke nødvendigvis synspunktet om det danske afsæt i forhold til NKR. Han siger, at den nuværende måde at udarbejde NKR på fungerer godt og at retningslinjerne bliver gode. Men han mener, at tidsforbruget bliver for stort, hvilket måske også er en af barriererne for, at KL har svært ved at rekruttere repræsentanter til udarbejdelsen af NKR:

"Man involverer en masse mennesker i udarbejdelsen af NKR, som skal holde møder mange gange, og KL har ganske enkelt svært ved at få repræsentanter til at stille op."

Christian Harsløf, afdelingschef, KL.

Han mener, det er vigtigt, Danmark har Nationale Kliniske Retningslinjer, men ikke nødvendigvis at retningslinjerne bliver udarbejdet i Danmark. Han foreslår derfor, at Sundhedsstyrelsen skeler til udlandet for at se, om man dér kan finde inspiration til nogle mere smidige metoder. Han er især bekymret over, at det kommer til at tage for lang tid med den nuværende metode.

"I Danmark får vi lavet 50 NKR på 3 år, og hvis det skal være metoden til at afdække hele verden, så går der rigtig mange år, før vi er i mål."

Christian Harsløf, afdelingschef, KL.

Han fortæller, at der eksempelvis findes det norske system Praktiske Procedurer i Sygeplejen (PPS), som beskriver retningslinjer for udførelse af en række sygeplejefaglige procedurer.

Systemet drives af et forlag, der klarer det hele selv uden at involvere kunderne – i dette tilfælde kommunerne:

"Der er mange kommuner, der arbejder med PPS. Og det er et eksempel på, at man køber et internationalt standardsystem, hvor der er redaktionsgrupper involveret i forbindelse med udarbejdelse af retningslinjer. Det kører, det er sat i drift og man betaler et månedligt abonnement. Og så er det dét."

Christian Harsløf, afdelingschef, KL.

Ole Maagaard Christensen, som er ledende overlæge på Ortopædisk Afdeling på Holbæk Sygehus, overvejer umiddelbart også, om man kunne gøre processen mindre tung:

"Jeg er ikke helt sikker på, om den nuværende måde at udarbejde NKR fungerer optimalt. Det er en tung måde med både en stor styregruppe og en stor arbejdsgruppe. Styregruppen kunne godt være mindre. Den behøver ikke at afspejle alle interessenter – det kan arbejdsgruppen gøre. Måske kan man også samles færre gange."

Ole Maagaard Christensen, ledende overlæge, Ortopædisk Afdeling på Holbæk Sygehus.

PICO-spørgsmål

Et andet tema, som nogle respondenter adresserer, er PICO-spørgsmålene. Nogle respondenter advarer imod, at metoden til udarbejdelse af NKR kan blive for rigid, og at der kan være en fare for, at der går "for meget metode i den."

"Sundhedsstyrelsen laver et rigtig, rigtig flot stykke arbejde. Min væsentligste anke er i forhold til de 10 PICO-spørgsmål. Det viser sig ofte, når man kommer i gang med kliniske retningslinjer, at spørgsmålene måske ikke er helt rigtige og korrekte. Så skal man ikke bare blive ved med at køre ud af banen. Så skal man sadle om. Så der er en rigiditet i metoden, som nogen gange gør, at man kommer ud på et lidt forkert spor."

Niels Qvist, professor, overlæge, dr.med., næstformand, Lægevidenskabelige Selskaber.

Peter Treufeldt, som er vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri kunne godt tænke sig, at det var muligt at have dobbelt så mange PICO-spørgsmål, fordi der på psykiatriområdet er så mange spørgsmål, man skal forholde sig til som behandler. Han kunne også godt tænke sig, at regionerne kunne være lidt mere med i det rum, hvor pennen bliver ført, således at driftsherreren har lidt mere indflydelse på slutproduktet end "kun" at være rådgivende:

"Det skal ikke opfattes som kritik, for med de vilkår, der har været, har det være nogle gode processer. Men der er et stort dilemma mellem de faglige eksperter og så driftsherrerne. Vi har en virkelighed, der skal gå op med de penge og de

læger vi nu engang har. Vi kan ikke få flere læger.”

Peter Treufeldt, vicedirektør, Region Hovedstandens Psykiatri.

For korte tidsfrister

Nogle respondenter fra især regionerne oplever, hvad de kalder urimelige korte tidsfrister. De synes, at man ude i klinikken får for kort tid til at finde repræsentanter til NKR-arbejdet, og som en af respondenterne siger, så skal det jo helst være de bedste klinikere, der udvælges til NKR-arbejdet, og der opleves den korte tidsfrist som en hæmsko.

Også høringsrunderne må godt være længere. Som cheflæge Hans Peder Graversen fra Sundhedsplanlægning i Region Midt siger:

”I regionerne synes vi, at høringsrunden er for kort. Vi kunne godt tænke os at den er på 6 uger. Vi kan simpelthen ikke nå at inddrage de kliniske afdelinger.”

Hans Peder Graversen, cheflæge, Sundhedsplanlægning Region Midt.

Formidling af NKR kan blive bedre

En række respondenter efterspørger en højere grad af brugervenlighed, når det gælder formidling af NKR. Nogle siger, at lægerne nok skal klare at læse sig igennem den store mængde viden, men at man er nervøs for, om det samme er tilfældet med andre faggrupper.

”Brugervenligheden kunne være bedre. NKR er store og tunge. Lægerne skal nok få gnavet sig igennem. Men jeg kan godt være bekymret for andre faggrupper. Det vil være fint hvis man kunne arbejde med formen. De har stadig en lidt gammeldags rapport-karakter.”

Michael Lau Bech Hansen, ledende overlæge, Region Sjælland. Næstformand i psykiatrisk.

”GRADE-metoden er sædeles arbejdskrævende og vejledninger resulterer i relativt snævre udsagn, som reelt kun afspejler en brøkdel af hverdagens kliniske problemstillinger – og derfor fremstår fremmedgjorte for mange slutbrugere. Frem for at være selvstændige retningslinjer, bør NKR-anbefalingerne derfor i højere grad tilpasses slutbrugerne og fx via lægehåndbogen blot indgå som en del af den samlede viden, som slutbrugeren efterspørger i hverdagen. Ellers bliver NKR-anbefalingerne forstyrrende frem for en hjælp.”

Thomas Bo Drivshold, lægefaglig konsulent, Dansk Selskab for Almen Medicin.

NKR skal revideres med jævne mellemrum

Flere respondenter peger på vigtigheden af, at NKR bliver revideret løbende, og de savner en plan for, hvordan det skal komme til at foregå. Hvis ikke der kommer en opdatering mener de, at det hidtidige arbejde går tabt. Et eksempel på vigtigheden af en løbende opdatering er ifølge cheflæge Hans Peder Graversen fra Sundhedsplanlægning i Region Midt, vejledningen om blodtransfusion. Der blev udgivet en vejledning i 2007 som først blev fornyet i 2014. I den mellemliggende periode er der kommet megen evidens, som gør, at den nye retningslinje er anderledes og mere præcis end den første. Den gør eksempelvis opmærksom på, at blodtransfusioner ikke ubetinget er et gode for patienterne:

"Indtil den nye retningslinje har man ment, at det var sjældent, der forekom bivirkninger ved blodtransfusion, og at bivirkningerne spillede en meget lille rolle. Men i dag ved man, at man skal være meget præcis med blodtransfusion for at sikre en effekt og for at undgå bivirkninger. Og der har været en tendens til at give for meget blod. Så det er et eksempel på, at det ville have været godt at få skrevet den nye viden ind efter 3 år."

Cheflæge Hans Peder Graversen fra Sundhedsplanlægning i Region Midt.

"Arbejdet med NKR er vigtigt. Nu er der behov for at fokusere på opfølgning og implementering. Vedligeholdelse af de udarbejdede retningslinjer er en forestående udfordring."

Henning Langberg, professor ved Københavns Universitet, Danske Fysioterapeuter.

"Med NKR sikrer man, at patienter kan få den bedste behandling uanset hvor de behandles i Danmark. På den baggrund skal initiativet roses, og der bør afsættes ressourcer til det, for man skal sikre, at NKR bliver opdateret, ellers er det værdiløst."

Gunnar Gislason, forskningschef, Hjerteforeningen, Danske Patienter.

11. NKR og andre retningslinjer

Der udarbejdes retningslinjer i mange forskellige regi i Danmark. Og nu hvor respondenterne har set, hvordan man kan kvalitetssikre NKR gennem GRADE-metoden, så ønsker en markant del af dem, at den evidensbaserede tilgang bredes ud til andre typer af retningslinjer for at løfte kvaliteten. Derved forestiller respondenterne sig, at man kan sikre et endnu bredere kvalitetsløft i behandlinger i Danmark, end NKR formår at løfte alene.

Tilgængelighed

Nogle kunne godt tænke sig, at eksempelvis retningslinjerne fra De Lægevidenskabelige Selskaber "kommer lidt mere ind i varmen" og på en eller anden måde bliver mere inkluderet i det nuværende system både hvad angår offentliggørelse og opbevaring. Årsagen er, at brugerne ville få en samling på alle de kliniske retningslinjer, og at det vil blive nemmere og hurtigere at skabe sig et overblik.

"Hvis jeg vil vide noget om blodfortynding til kirurgiske patienter, så skal jeg ind på diverse videnskabelige selskabers hjemmeside og finde deres retningslinjer for det. Det er nemmere, hvis jeg vidste der var ét sted, hvor jeg kunne få alle oplysningerne."

Niels Qvist, professor, overlæge, dr.med., næstformand, Lægevidenskabelige Selskaber.

Videnscenter eller "anbefalelsescenter"

I forlængelse deraf ønsker Niels Qvist også, at Sundhedsstyrelsen i højere grad forholder sig til selskabernes retningslinjer og giver udtryk for om retningslinjerne er fornuftige eller ej. Det mener han godt kan lade sig gøre uden at Sundhedsstyrelsen nødvendigvis behøver at autorisere selskabernes retningslinjer eller lægge navn til dem.

På den måde mener Niels Qvist, at Sundhedsstyrelsen kunne holde lidt øje med eventuelle urimeligheder og retningslinjer, styrelsen ikke er enig i og kunne sætte sig sammen med de relevante parter og få styr på det. På den måde ville man få en slags videnscenter eller "anbefalelsescenter", som ville betyde, at man på sigt vil kunne begynde at prioritere.

Eksempelvis har gynækologerne ifølge Niels Qvist fundet ud af, at det ikke hjælper noget at systematisk efterkontrollere cancerpatienter ved hjælp af scanningsundersøgelser: "*Så på det område kunne man jo sige, at vi ikke vil prioritere den indsats - det vil vi spare.*"

Formand for Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab, Helen Bernt Andersen efterspørger ligeledes en permanent organisation, der kan sikre et højt fagligt niveau både i forhold til NKR og resterende kliniske retningslinjer, således at der er nogle konsistente faglige vurderinger af, om det man gør, er til patienternes bedste hver gang:

"En så stor indsats som udarbejdelsen af de nationale kliniske retningslinjer, bør efterfølges af en mere permanent organisation, som kan sikre revision af nuværende retningslinjer og stå for godkendelse af nye retningslinjer. Hvis Sundhedsstyrelsen ikke selv i fremtiden har en enhed hvor kliniske retningslinjer kan revideres og godkendes, håber jeg at styrelsen kommer med anbefalinger til, hvordan det så kan sikres at de kliniske retningslinjer vi anvender i sundhedssektoren, efterlever en høj faglig standard på international niveau."

**Helen Bernt Andersen, formand for Rådet for Center for Kliniske
Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab,**

12. Appendix: Respondenter

Andreas Rudkjøbing, formand, Lægeforeningen

Claus Munk Jensen, ledende overlæge, formand for Kvalitetsudvalget i Dansk Ortopædisk Selskab

Christian Harsløf, afdelingschef, Kommunernes Landsforening

Gunnar Gislason, forskningschef, Hjerteforeningen, Danske Patienter

Helen Bernt Andersen, formand for Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, Dansk Sygepleje Selskab

Henning Langberg, professor v. KU, Danske Fysioterapeuter

Jakob Krogh, kontorchef, Sundheds- og ældreministeriet

Jens Buchhave, ledende centeroverlæge, BUC, Region Midt

Karen Reinhold Wøjdemann, overlæge, Kirurgisk Afdeling, Bornholms Hospital, Formand for Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik

Marianne Kryger, klinikchef, formand for Børne- og Unge Psykiatrien

Niels Qvist, professor, overlæge, dr.med., næstformand, Lægevidenskabelige Selskaber

Thomas Drivsholm, lægefaglig konsulent, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

Thomas Larsen, ledende overlæge, næstformand i Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik

Udpeget af Kommunernes Landsforening

Helen Kæstel, sygeplejefaglig leder, Aalborg Kommune

Tina Solveig Koch, pleje- og aktivitetschef, Rudersdal Kommune

Udpeget af Region Hovedstaden

Birthe Krogh Rasmussen, overlæge, Neurologisk Afdeling, Nordsjællands Hospital

Ina Rønberg, sundhedsfaglig specialkonsulent, Center for Sundhed, Region Hovedstaden

Peter Treufeldt, vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri

Udpeget af Region Midtjylland

Carsten Kock-Jensen, ledende overlæge, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Sygehus

Udpeget af Region Nordjylland

Lene Birgitte Birket-Smith, klinikchef, Klinik Medicin, Aalborg Universitetshospital

Morten Noreng, lægefaglig direktør, Aalborg Universitetshospital

Morten Ohrt, praktiserende læge NordKAP, Region Nordjylland

Udpeget af Region Syddanmark

Kim Brixen, direktør, OUH Odense Universitetshospital

Udpeget af Region Sjælland

Ole Maagaard Christensen, ledende overlæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, Holbæk Sygehus.