

Til Sundhedsstyrelsen

Høringsvar fra DSAM vedr. udkast til specialebeskrivelse af Intern medicin: Nefrologi

Overordnet vurdering

DSAM henviser indledningsvist til *DSAM's generelle bemærkninger til specialebeskrivelser*, som danner grundlag for vurderingerne i det følgende høringssvar og bør læses først.

DSAM finder, at specialebeskrivelsen for Intern medicin: Nefrologi overordnet giver en grundig og dækkende beskrivelse af specialets kerneopgaver, herunder håndtering af avanceret nyresygdom, dialyse, transplantation og sjældne nefrologiske tilstande.

DSAM vil gerne anerkende, at der på side 5 beskrives et behov for en tydelig opgavefordeling mellem sektorerne. Opgaveflytning og opgaveoverdragelse forudsætter netop klare rammer, relevante kompetencer, kvalitetssikring, tilstrækkelig kapacitet og konkrete aftaler, så den nødvendige efteruddannelse og kvalitetssikring kan finde sted i almen praksis (se også generelle bemærkninger).

Netop derfor er det problematisk, at man i afsnittet om CKD og MMU beskriver ikke tydeligt aftalte nye opgaver, som om de allerede er indført som gældende praksis – se nedenfor.

Konkrete bemærkninger

Akut nyresvigt (AKI)

Under fremtidig varetagelse angives det, at forebyggelse og tidlig opsporing forventes styrket, "muligvis understøttet af beslutningsstøtteværktøjer". Dette er helt relevant, men vi gør opmærksom på, at der allerede er beslutningsstøtteværktøjer i FMK, der understøtter korrekt medicinvalg og dosering på baggrund af eGFR. Måske bør man derfor fjerne "muligvis" og ændre teksten til, at brugen af beslutningsstøtte forventes udbygget.

Kronisk nyresygdom (CKD)

Det fremgår, at langt de fleste patienter med mild CKD følges i almenmedicinske tilbud, hvilket vi er enige i.

Herefter fremgår det i afsnittet om nuværende varetagelse, at: "*Behandling af nogle patienter med CKD 4–5 kan ligeledes, under forudsætning af nem adgang til konference med speciallæger i Intern medicin: nefrologi, varetages i almenmedicinske tilbud, fx hvis der ikke er behov for kronisk uræmibehandling, eller hvis patienten ikke tilbydes dialyse eller nyretransplantation.*"

Ifølge Lægehåndbogen er CKD 4-5 en specialis opgave. Hvis enkelte af disse patienter i dag følges i almen praksis, er det et resultat af opgaveglidning. Der er ikke etableret nogle aftaler om konference eller shared care.

Almen praksis varetager dog CKD 4-5 i forbindelse med palliative forløb.

Hvis man ønsker, at almen praksis skal overtage behandlingen af visse patienter med CKD 4 (udover palliative forløb), bør det beskrives under fremtidig varetagelse.

Der vil i så fald skulle etableres et shared care tilbud med tydelig beskrivelse af opgavefordeling og ansvar.

DSAM vurderer ikke, at CKD 5 bør varetages i almen praksis.

Kompliceret hypertension og hypertensiv krise/præeklampsi

Sætningen om behandlingsresistent hypertension og hypertension hos gravide er en smule kringlet og kan misforstås, således at de almenmedicinske tilbud behandler hypertension hos gravide.

Det foreslås, at formuleringen opdeles, så der sættes punktum efter: *"Diagnostik, udredning og ...///... i almenmedicinske tilbud."*

Herefter kan der stå: *Det almenmedicinske tilbud identificerer og viderehviser ligeledes patienter med behandlingsresistent hypertension og hypertension hos gravide.*

Maksimal medicinsk uræmibehandling

Det fremgår under beskrivelsen af nuværende varetagelse, at konservativ behandling kan varetages i almenmedicinske tilbud i tæt samarbejde med nefrologien.

DSAM er ikke bekendt med, at der er etableret et formaliseret samarbejde.

Aktuelt varetager almen praksis alene maksimal medicinsk uræmibehandling i forbindelse med palliative forløb.

Under fremtidig varetagelse kan man beskrive et formaliseret samarbejde eller en shared care model, der omhandler disse patienter.

Glomerulonefritis

Under nuværende varetagelse fremgår det, at almen praksis kan håndtere stabil CKD. Det bør præciseres til stabil mild CKD.

Kunstig intelligens og beslutningsstøtte

Det fremgår, at henvisninger med AI-understøttelse kan sikre, at relevante patienter henvises.

DSAM finder, at dette er en uhensigtsmæssig tilgang. Der henvises til DSAM's generelle bemærkninger.

Det foreslås, at "antibiotikavalg" i fjerde dot ændres til "medicinering", da anvendelsesmulighederne netop er bredere.

For kommentarer til teknologisk udvikling henvises i øvrigt til DSAM's generelle bemærkninger.

Konklusion

Almen praksis varetager allerede en stor behandlingsopgave i relation til patienter med nefrologiske sygdomme. Opgaven vil vokse alene som følge af den demografiske udvikling.

Det er muligt, at de praktiserende læger kan påtage sig et større ansvar for opfølgning af udvalgte patienter med CKD 4, fx via shared care, forudsat at der etableres relevante DSAM-vejledninger samt efteruddannelse og kvalitetssikring.

DSAM vurderer, at CKD 5 kun bør varetages i almen praksis i forbindelse med palliative forløb.

Opgaveudvikling bør være målrettede opgaver, som er hyppige, klinisk afgrænsede og kan integreres i en almen medicinsk kontekst uden behov for løbende specialistinvolvering.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM