Danske Regioner

15. januar 2020

DSAM's høringssvar vedr. model for et kommende Behandlingsråd

I DSAM deltager vi gerne i arbejdet med en model for et Behandlingsråd med forventet opstart primo 2021.

Vi kan læse, at "Formålet med Behandlingsrådet er at målrette sundhedsvæsenets ressourcer til de teknologier og indsatser, der giver mest sundhed for pengene. Behandlingsrådet skal samtidig bidrage til højere kvalitet og til at dæmpe udgiftspresset på sundhedsvæsenet. Konkret skal Behandlingsrådet evaluere, om omkostningerne i sundhedsvæsenet til sundhedsteknologier og behandlinger står mål med effekten for patienter."

Der lægges op til en åben høringsproces for at fastlægge den endelige ramme for Behandlingsrådets arbejde hos en bred kreds af interessenter, hvorefter Danske Regioners bestyrelse på baggrund af høringen vil fastlægge den endelige ramme for Behandlingsrådets arbejde.

Med sundhedsteknologi menes enhver anvendelse af procedurer, behandling og systemer – med den tilknyttede viden og kompetence – der anvendes med henblik på at løse et sundhedsproblem eller forbedre livskvalitet. De rent farmakologiske behandlinger vil fortsat blive behandles i Medicinrådet.

Af høringsmaterialet fremgår det, at man ikke påtænker at give de praktiserende lægers fagvidenskabelige selskab, DSAM, plads i et kommende behandlingsråd. Det er svært for os at vurdere, hvilken prioritering man i Behandlingsrådet vil vælge at give almen praksis sektoren. Vi mener, at der er et betydeligt behov for, *inden* implementering, at evaluere de mange nye forslag til teknologier til brug i almen praksis, som aftales i disse år. Så hvis denne opgave skal ligge i Behandlingsrådet, så bør DSAM have en repræsentant udpeget direkte, og ikke være afhængig af indirekte repræsentation gennem LVS.

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Almen praksis sektoren har en særlig position og en tiltagende betydning i det nære sundhedsvæsen. Stadigt flere opgaver lægges over til almen praksis, og det er uhyre vigtigt, at de praktiserende lægers tid prioriteres, og at man ikke indfører teknologier, som alene er politisk motiverede, men derimod vælger løsninger, som ren faktisk kan forventes at forstærke almen praksis, gøre den praktiserende læges arbejde mere smidigt og give mere sundhed for pengene. Det er ikke det, der sker lige nu.

DSAM vil kunne bidrage til arbejdet i rådet særligt i forhold til flere bekymringer, som DSAM har rejst før i andre sammenhænge.

I DSAM har vi konsekvent påpeget, at mange anbefalinger på baggrund af ingen, tvivlsom eller sparsom evidens er et stigende problem, og at man i vejledninger udarbejdet af myndigheder ofte bør undlade at komme med anbefalinger, når evidensen er meget tynd eller ikke eksisterende. Anbefalinger på baggrund af tvivlsom eller sparsom evidens kan ofte sidenhen vise sig ikke at være retvisende og kan i øvrigt svække myndighedernes autoritet.

Klinisk arbejdende læger, der i samarbejde med patienten skal træffe beslutninger om brug af teknologi og behandling af alle slags, skal kunne fravælge gængs praksis af helt legitime årsager som komorbiditet, polyfarmaci, patientværdier eller patientønsker[1]. Det er vigtigt, at egentlige anbefalinger/aftaler/vejledninger bygger på et solidt vidensfundament. Dette uanset om der er tale om en svag anbefaling. Hvis dokumentationen er af begrænset kvalitet eller sparsom, så bør man undlade at anbefale for eller imod, men i stedet fremstille, at dokumentationen er mangelfuld, hvorfor det kliniske skøn og patientens præferencer vil kunne fylde mere, ganske som det er meningen med evidensbaseret praksis.

Ressourceforbrug og tid, der tages fra genuin læge-patient kontakt i forbindelse med stillingtagen til eller anvendelse af nye teknologier, bør ikke negligeres. Forløbsplaner for patienter med kronisk sygdom, hvor en enkelt sygdom sætter rammen og ikke patienten (som ofte har mere end en sygdom), kan nævnes som et nyligt eksempel på en teknologi, der er indført i almen praksis, som ikke er dokumenteret/undersøgt/underbygget med andet end ordensargumenter og såkaldt ”sund fornuft”.

I et review fra 2014[2] fandt man ingen dokumentation for effekt af den slags teknologier i forhold til forebyggelige indlæggelser. Tid med lægen og organisation af almen praksis omkring en længerevarende læge-patient relation kunne derimod vises at forebygge indlæggelse af patienter med kroniske sygdomme.

Mange vejledninger med mange anbefalinger og teknologier, der bygges op omkring generelle anbefalinger, kan, hvis de implementeres, lægge beslag på så mange lægeårsværk, at en enkelt af slagsen kan føre til skævt ressourceforbrug og skævvride hele den personcentrerede faglighed i specialet almen medicin, som er beskrevet i notat fra Fagligt Råd under Fonden for Almen Praksis i 2016[3].

---

[1] Morgott, M, Heinmüller, S, Hueber, S, Schedlbauer, A, Kühlein, T. Do guidelines help us to deviate from their recommendations when appropriate for the individual patient? A systematic survey of clinical practice guidelines. J Eval Clin Pract. 2019; 1– 9. https://doi.org/10.1111/jep.13187

[2] van Loenen et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. Fam Pract. 2014 (5), 502–516https://doi.org/10.1093/fampra/cmu053

[3] Personcentreret almen medicin https://www.laeger.dk/sites/default/files/notat_om_personcentreret_almen_medicin_oktober_2016.pdf

Program- eller guidelinebaseret praksis/medicin giver flere kendte problemer: Mange guidelines har indbyrdes indbyggede konflikter, som gør det svært/umuligt at behandle patienter med flere lidelser, hvis guidelines skal følges.

Seneste estimat foreslår, at 2 ud af 3 danskere over 16 år lider af en kronisk sygdom, og at mange har flere[4]. Man kan frygte, at sundhedsvæsenets svar på denne medikaliseringsbølge af skavanker og tilbøjeligheder bliver nye teknologiske løsninger, som indføres uden dokumentation for gavn/skade/sygeliggørelse og/eller overdiagnostik.

DSAM hilser på ovenstående baggrund et Behandlingsråd velkomment, og vi håber, at et sådant råd også vil prioritere at evaluere løsninger, procedurer, behandling og systemer, der foreslås implementeret i almen praksis. Hvis det bliver tilfældet, så kalder det på, at DSAM får en plads i rådet.

Med venlig hilsen

Anders Beich
Formand, DSAM

[4] Hvidberg, M.F., Johnsen, S.P., Davidsen, M. et al. PharmacoEconomics Open (2019). https://doi.org/10.1007/s41669-019-0167-7