

Løftebrud om kliniske retningslinjer

Aftalen om regionernes økonomi er et grundskud mod regeringens kvalitetsdagsorden. Indførelse af nationale kliniske retningslinjer, der skulle skabe kvalitet og større lighed i sundhed, bliver nu brugt som et instrument til at styre økonomien

Af Inge Madsen, formand for Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) og Peter Schwarz, formand for Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)

Det er ganske usædvanligt, at en regering i vores pluralistiske demokrati på så kort tid kan nå at skabe sig et så dybt troværdighedsproblem og brænde broerne til så mange potentielle samarbejdspartnere, som vi oplever for øjeblikket. Da regeringen ved sin tiltræden lovede kvalitet og øget lighed i sundhed vha. nationale kliniske retningslinjer og derefter satte penge af på finansloven, lød der et fuldtønt YES fra de faglige selskaber hos læger og sygeplejersker. Sjældent har fagligheden i den grad stået bag ministeren.

Nu oplever vi en aftale mellem regering og regioner, der som en tyv om natten stjæler denne dagsorden og gør nationale kliniske retningslinjer (nkr) til et instrument for embedsværket til at styre økonomien. Parterne vil formentlig hævde, at den oprindelige dagsorden er fastholdt i aftaleteksten, men blandt lægers og sygeplejerskers privilegium er evnen til at læse indenad, og teksten er tung med referencer til nkr som middel til økonomi- og rammestyring. Uanset, at der nu lægges op til etableringen af et nationalt råd om kliniske retningslinjer med en betydeligt bredere repræsentation, så har driftsherrerne sikret sig fuldstændig kontrol via en styregruppe sammensat af én fra KL, tre fra Danske Regioner, to fra Sundhedsstyrelsen og én fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Ingen faglige repræsentanter.

Det er naturligvis magthavernes ret. Men det er udtryk for en dyb mistillid til egne ansatte og usædvanligt i vores pluralistiske demokrati. Det er også dybt uklogt. Det hører med til historien, at der forud er gået en årelang dialog mellem politikere, embedsværk og de sundhedsprofessionelle om kliniske retningslinjer. De er ikke opfundet på et ministerielt kontor. De er vokset ud af de faglige miljøer som resultatet af megen god forskning. Ikke for at glæde os, men for at gavne patienterne og borgerne. Grundlæggende er kliniske retningslinjer en beskrivelse af, hvad fagkundskaben har belæg for, er den bedste forebyggelse, plejetiltag og behandling af bestemte lidelser inden for de rammer, som er til rådighed i sundhedsvæsenet. I det ligger også, at der ikke er noget lighedstegn mellem det bedste og det dyreste.

En klinisk retningslinje koster ikke spidsen af en F16. Der kan godt være en kostbar behandling, som ikke tilbydes, fordi den billigere behandling har samme effekt. Eksempelvis kan en blindtarmsoperation klares med et lille snit og en syning i lysken. Det kan også gøres med en kikkertoperation, der efterlader et mindre ar, men koster otte gange så meget. I begge tilfælde bliver man rask. Sygeplejerskerne har netop publiceret retningslinjer for konsekvent mundskyl med klorhexidin før og efter åben hjertekirurgi. Det nedsætter risikoen for lungebetændelse. Nationale kliniske retningslinjer er fortsat dagens bedste bud på at sikre danskere en ensartet behandling af høj kvalitet, og det er også det bedste bud på et værktøj, der kan bruges til at prioritere på et fagligt oplyst grundlag. Og bemærk ordet fagligt.

Men de kliniske retningslinjer udarbejdes meget forskelligt fra speciale til speciale, fra region til region. Der er brug for en national organisering, så nkr udarbejdes ensartet, bliver bedømt før de anvendes, bliver forpligtende og anvendes overalt i sundhedsvæsenet. Det er vi enige om. Dog vil vi meget gerne understrege, at denne bedømmelse sker efter bedste faglige evidens og ikke på baggrund af økonomiske beregninger. Selv om vi har mange gode eksempler, så er det naturligvis ikke nogen spareøvelse. Til

gengæld vil det være med til at sikre et kvalitetsløft i behandlingerne, som efterspørges så heftigt for øjeblikket, og det vil sikre, at den samme høje kvalitet i behandling og pleje tilbydes i alle dele af landet.

Det vil altid være politikernes ret at tage den endelige beslutning om, hvilke behandlinger og lægemidler, der skal tilbydes danskerne. Men det er lægers og sygeplejerskers pligt at rådgive om, hvad der tjener patienterne og borgerne bedst. Hvis de to verdener kan mødes i frugtbar dialog, kan vi næppe komme nærmere idealet. Men den aftale, der nu ligger om nationale kliniske retningslinjer, fører os desværre i den helt modsatte retning. Det er synd for patienterne og borgerne, og det er synd for sundhedsvæsenet. Hvis nogen skulle komme på andre tanker, når sommerpausen i hængekøjen giver ro til refleksion, så er vi stadig klar til dialogen.