

Af: Anders Beich, formand for DSAM, anders@beich.dk

BESTYRELSENS KLUMME:

Realistic Medicine – realistisk i Danmark?

DSAM har siden årsmødet 2018, hvor vores kollega Gregor Smith fortalte om Realistic Medicine (RM) i Skotland, undersøgt konceptet og ved to møder diskuteret berettigelsen af Realistisk Medicin i det danske sundhedsvæsen. De problemer, der søges løst, er parallelle til dem, vi har i Danmark: Defensiv journalføring og medicin som svar på målepunktskontrol og klager fører til spild af sundhedsprofessionelles tid og fremmer silotænkning i en tid, hvor der er brug for prioritering og samarbejde. Både lægernes arbejdsmiljø og patienternes sikkerhed presses.

Kan vi lære noget af de skotske erfaringer?

I Skotland – og i resten af Storbritannien – var der i 2015 alvorlig krise i NHS (National Health Service). Kvalitetsudviklingen (QOF-systemet) fungerede ikke. Både primærsektor og hospitaler var kronisk overbelastede. Skiftende regeringer havde truffet forkerte valg og brugt penge på nytteløse initiativer. Primærsektoren var udsultet, praktiserende læger gav op, og der kom ikke nye til. En ond cirkel. Lyder det bekendt? Måske kan den skotske løsningsmodel inspirere os?

Sundhedsvæsenets øverste rådgiverstilling, Chief Medical Officer, blev overtaget af den innovative obstetriker Catherine Calderwood, som lancerede begrebet *Realistic Medicine*, sammen med en gruppe nøglepersoner, heriblandt Gregor Smith, hendes "deputy". Tiden var moden, krisen udbredt, og behovet for en ændring på tværs af sundhedsvæsenet åbenlys. Projektet i Skotland kommer således fra toppen af sundhedsmyndighederne – med politisk opbakning. Man gør til gengæld meget ud af involvering af både borgere og sundhedsprofessionelle i udviklingsprocessen.

De områder, der er udpeget som fokusområder, og som man arbejder videre med i realistisk medicin, er:

1. **Fælles beslutningstagning** og fokus på effektiv kommunikation i hele sundhedsvæsenet, herunder aktivering af patienten, som opfordres til at stille gode spørgsmål som: Er denne behandling virkelig nødvendig? Er der alternativer? Det udbredes, at flere undersøgelser ikke altid er bedre. Det handler også om formidling og øget tilgængelighed af viden (hvad virker, hvordan, hvor meget og på hvem?). Fokus på mere kompetente patienter og på den fælles samfundsopgave at gøre solid viden tilgængelig for både læger og patienter.

2. **Personcentreret omsorg** udvikles i det samlede sundhedsvæsen i samarbejde med borgerne. Borgerne skal være mere med i beslutningerne. Samarbejde og overleveringer mellem forskellige behandlere og sektorer skal opprioriteres. Vi skal fokusere på den samlede omsorg for patienten i stedet for at behandle én sygdom ad gangen. Det er særligt vigtigt, fordi stadigt flere og ældre patienter har mere end en kronisk sygdom, og fordi polyfarmaci er et erkendt problem.

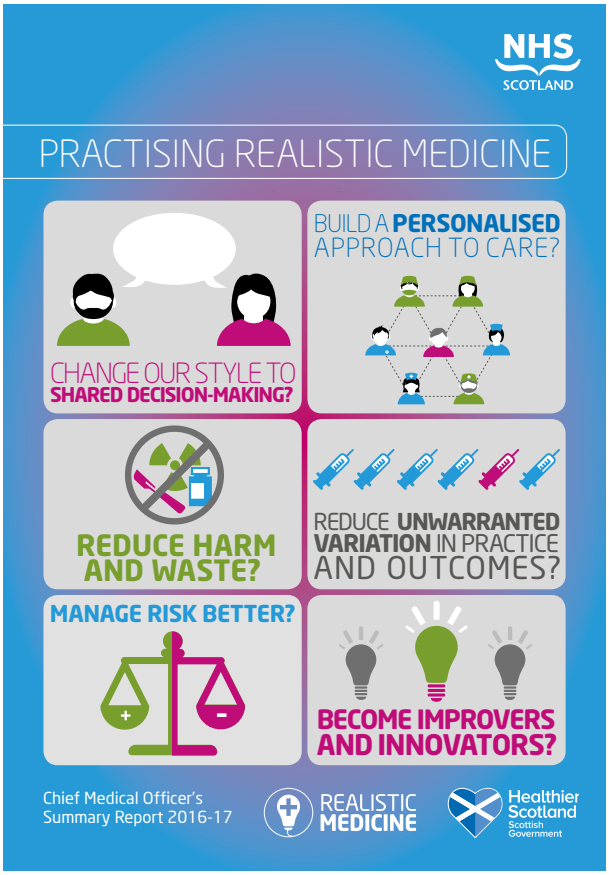


3. **Reduktion af skade og spild i sundhedsvæsenet** handler om, at sundhedsprofessionelle er forvaltere af sundhedsydelser. Vi ved, at overdreven brug af undersøgelser og behandling kan medføre patientskade, både direkte og indirekte. Ved at søge at eliminere skade og spild kan vi yde den omsorg, som folk virkelig værdsætter.

4. Fokus på **variation i sundhedsydelser** som en kilde til læring. Kortlægning af skade, spild og uberettiget variation kræver gode data af forskningskvalitet til brug for prioritering. Det anerkendes i øvrigt, at sundhed og lighed i sundhed primært er betinget af faktorer uden for sundhedsvæsenet: social integration, opvækst, boligforhold, indkomst, uddannelse, beskæftigelse, nærmiljø m.m.

5. Forståelse og **styring af medicinsk-juridisk** risiko er nødvendig. I stedet for mere kontrol og lægers stigende bekymring for kritik og sanktioner for at have undladt eller overset noget handler realistisk medicin om at sikre rammer for, at beslutninger om undersøgelse, behandling og pleje kan træffes i fællesskab med patienten. Et meningsfyldt samtykke til undersøgelse eller behandling kræver, at vi kan formidle usikkerhed, og at patientens opfattelse af risiko bringes på bane.

6. Man arbejder bevidst med **værdsættelse af arbejdsstyrken som det vigtigste aktiv i sundhedsvæsenet** (fokus på ledelse og trivsel – en engageret arbejdsstyrke er vital for patientsikkerhed). Ikke kun af hensyn til patientsikkerheden, men i høj grad også fordi klinikeren er en kilde til innovation og forbedringer, som ellers ofte forsøges udviklet i distance af det udøvende sundhedsvæsen og derefter forsøges implementeret med begrænset succes.



DSAM arbejder videre med realistisk medicin (RM)

Vi har i DSAM diskuteret indholdet i RM på internatmøde og forårsrepræsentantskabsmøde med deltagelse af lederne fra både forskningsenheder og PLO. Der er enighed om, at RM peger på den retning, vi også har brug for i Danmark. RM er på mange måder gode almenmedicinske pejlemærker, som er bredt ud i sundhedsvæsenet. RM sætter samlet lys på mange af sundhedsvæsenets udfordringer, herunder den demografiske udfordring og polyfarmaci. Vi er helt klar over, at en ændring, som den skotterne har sat i gang med en vis succes, skal have bred opbakning og momentum i sundhedsvæsenets ledelse og hos myndighederne for at kunne lykkes.

Styrkerne ved RM set fra den almenmedicinske vinkel er, at RM rummer både for lidt og for meget medicin. Men fokus er på, at variation må diskuteres af klinikere i trygge rammer, hvis årsagerne skal forstås, acceptable niveauer fastlægges, og kvalitet skal fremmes. Vores klyngeprogram skal fremme disse diskussioner og sikre, at klyngen bliver en ressource med fokus på innovation og inspiration.

Det personcentrerede fokus er klart truet af, at evidensbaseret medicin under pres er ved at mutere til guidelinebaseret medicin. Hvis vi lader realistisk medicin sætte rammen for vores arbejde med kliniske vejledninger i DSAM, så har vi en mulighed for at imødegå denne udvikling. De kliniske vejledninger skal ikke være facitlister for behandling af sygdom. De skal skitsere et udfaldsrum, hvor de beslutninger vi træffer – sammen med patienten – er indenfor det rimelige og også kan rumme fravalg af behandling.

Den foreløbige konklusion er, at almen medicin kan bruge RM som samlingsbegreb, og at DSAM kan arbejde videre med at beskrive dets berettigelse i forhold til udfordringerne for vores lægespeciale. Samtidig kan vi også forsøge at påvirke beslutningstagere og myndigheder og tage RM-tankegangen med i de mange høringer og faglige grupper og fora, hvor selskabet er repræsenteret. //