

Erfaringer med Referenceprogrammet fo

v/ Margrethe Mau Pedersen, Medicinsk-kardiologisk afd. A, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital

Indenfor de seneste 10-15 år er opmærksomheden omkring apopleksibehandling øget betragteligt. En række publikationer og tiltag har været medvirkende hertil. Sundhedsstyrelsen udgav i 1994 en rapport om fremtidig behandling af apopleksi (1). Denne rapport har nok især haft betydning for organisationen af apopleksibehandlingen og herunder især for at flere patienter indlægges på specifikke apopleksiafsnit. Rapporten var desuden et referenceprogram for udredning og behandling, som tog sit udgangspunkt i et tidligere referenceprogram fra Dansk Neurologisk Selskab. Med baggrund i et projekt i Århus Amt om udvikling af sundhedsfaglig kvalitet, blev Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) planlagt i 1999 som et projekt til måling og forbedring af sundhedsfaglige kerneydelser. Apopleksi blev valgt som et af seks sygdomsområder i NIP. I 2002 udgav Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering en evaluering af apopleksibehandlingen i Danmark 1990-2000 (2). Rapporten konkluderede bl.a. at tilbudet til apopleksipatienter i den pågældende periode var betydeligt forbedret: 65-70% blev behandlet i specialiserede apopleksiafsnit, dødeligheden var faldet, og flere patienter kunne udskrives til eget hjem. Et eksempel på et lokalt initiativ var at apopleksirådet i Århus Amt i en rapport kortlagde den aktuelle organisation af behandlingen af apopleksi i amtet. I rapporten efterlystes konklusioner og anbefalinger omkring specifikke områder af udredning og behandling (3).

Disse konklusioner og anbefalinger findes nu i *Referenceprogrammet for behandling af patienter med apopleksi* fra april 2003 udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer (4). Begrundelsen for at udgive referenceprogrammer er refereret i statusartiklen *Referenceprogrammer – et redskab til kvalitetsudvikling* (5). Et referenceprogram defineres her som: *en systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling og pleje af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer. Beskrivelsen sker tværfagligt, på grundlag af evidensbaseret viden, og der medtages organisatoriske og sundhedsøkonomiske overvejelser.* I artiklen ses behovet for referenceprogrammer i lyset

af den eksplosive udvikling i antallet af videnskabelige artikler, og behovet for at forholde sig kritisk til disse, samt den øgede fokus på kvaliteten af patientbehandlingen.

Referenceprogrammet fra 2003 udmærker sig således ved, til forskel fra de tidligere anbefalinger, systematisk at angive evidensniveau og styrke for en given anbefaling. Programmet forekommer klart og præcist, er rimeligt kort, og indeholder et resumé på én side af anbefalinger vedr. udredning, akut behandling og sekundær forebyggelse.

Min erfaring med referenceprogrammet stammer fra dagligt klinisk arbejde på et stort apopleksiafsnit på Århus Sygehus. En stor del af programmets lægelige anbefalinger findes i forvejen i den lægelige instruksbog. Imidlertid er det mit indtryk at referenceprogrammet fungerer som et godt hjælpemiddel for den enkelte læge på apopleksiafsnittet. Selvom tidligere tiders mere 'henholdende' praksis overfor apopleksipatienter er forladt, tror jeg stadig at apopleksiområdet for nogle kan forekomme diffust og svært overskueligt. Her bidrager programmets konkrete og evidensbaserede form til en rationel og aktiv tilgang, ikke mindst hvad sekundær profylakse angår. Udover lægegruppen er det meste af det faste personale i afsnittet bekendt med programmet. Det anvendes tværfagligt, og der refereres ofte til det i dagligdagen. Det er mit indtryk, at referenceprogrammet har stor betydning for samarbejdet og for fornemmelsen af at fungere som et tværfagligt team, hvor deltagerne kender baggrund og mål for hinandens aktiviteter. Programmet danner desuden baggrund for patientforløbsbeskrivelser og for checklister, som anvendes for alle apopleksipatienter.

Som nævnt har der i de senere år været mange initiativer til at optimere apopleksibehandlingen, og det er svært præcist at adskille betydningen af de enkelte. Referenceprogrammet er tæt forbundet med NIP og dets kvalitetsindikatorer. Som eksempel på en konkret opstramning af udredningspraksis, forårsaget af især referenceprogrammet, kan jeg nævne, at CT-scanning indenfor 24 timer efter indlæggelse nu er indarbejdet praksis. Herudover er der kommet øget fokus på hurtig start på magnylbehandling – også tværfagligt, hvilket er vigtigt, da det ofte er sygeplejepersonale, som må være

or behandling af patienter med apopleksi

opmærksomme på hvornår CT-scanning er udført, og som herefter må kontakte en læge mhp. ordination af magnyl. Noget lignende gør sig gældende for antipyretisk behandling. Vores nyligt indførte EPJ-medicinordinationsmodul giver i øvrigt begge disse tiltag lidt vanskeligere kår, idet man kan ikke som tidligere på forhånd kan ordinere magnyl/paracetamol under bestemte betingelser. Mht. de sygeplejemæssige aktiviteter er det mit indtryk at referenceprogrammet bl.a. via brugen af checklister har medvirket til at gøre vurdering af synkefunktion, ernæringsrisiko og vandladningsstyrrelser til en rutine.

Der kan naturligvis også være visse svagheder ved konceptet med et referenceprogram. Ligesom det har været fremført om afdelingsinstrukser, kan det virke autoritært. Behandlere kan måske føle sig indirekte opfordret til at følge et rutinepræget udredningsprogram som, i en konkrete situation, eventuelt ikke er sufficient. Et eksempel kunne være den nævnte praksis med *CT scanning indenfor 24 timer*. I visse situationer fx ved malreguleret AK-behandling vil dette være utilstrækkeligt idet der vil være indikation for akut scanning. Det er naturligvis klart, at referenceprogrammet ikke erstatter en lærebog, og at det ikke besvarer alle spørgsmål om udredning og behandling af apopleksisuspekter sygdomstilfælde. I en række situationer, især ved diagnostiske tvivlstilfælde, må udredningen individualiseres, og der kan være behov for at konferere med kolleger herunder evt. med neurolog. Jeg har ikke mange bud på mangler i referenceprogrammet. Der findes jo fortsat mange problemstillinger, hvor litteratur og evidens er sparsom, og hvor referenceprogrammet derfor ikke kan opstille anbefalinger. Et eksempel herpå kan være spørgsmålet omkring fortsættelse af igangværende AK behandling hos patienter med akut iskæmisk apopleksi.

En ny udgave af referenceprogrammet er nu på vej. Der vil, så vidt jeg forstår, være betydende ændringer bl.a. omkring udredning og behandling af carotisstenose. Jeg håber fortsat at programmet udgives også i form af et hefte (og ikke kun elektronisk) og at apopleksiafdelingerne vil kunne udlevere disse til interesserede ansatte. Måske kunne det nævnte resumé trykkes separat i lommeudgave, som det er set for andre referenceprogrammer.

Referencer

- 1 Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende behandling af apopleksi. Apopleksibehandling - fremtidig organisation. Vejledning og referenceprogram. [Kbh.]: Sundhedsstyrelsen; 1994.
- 2 Sundhedsstyrelsen, Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering. Evaluering af apopleksibehandling i Danmark 1990-2000 med fokus på organisation og struktur. Kbh.: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering; 2002.
- 3 Århus Amt. Statusrapport vedrørende behandling af apopleksipatienter i Århus Amt. 2001.
- 4 Sekretariatet for referenceprogrammer. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. Kbh.: Sekretariatet for Referenceprogrammer; 2003.
- 5 Jørgensen HS, Andersen IB, Gaub M. Referenceprogrammer - et redskab til kvalitetsudvikling. Ugeskr Læger 2002 Sep 16;164(38):4405-7.

