

At tolke på fakta

- svar på *Andreas Rudkjøbings og lægeforeningens indlæg 02.04.2019*

Lægeforeningens formand, Andreas Rudkjøbing, skrev i starten af april et indlæg til Berlingske Tidende, hvor han argumenterede for at indføre akutlæger i hele Danmark, særligt de dele af landet, hvor han mener, at der ikke var nogen lægedækning. Dette gjorde han på baggrund af data, som han tolker som dokumentation for lægernes indvirkning på outcome af hjertestopsbehandlingen. Men der foreligger ingen evidens, der underbygger Andreas Rudkjøbings udtalelser. Rapporten fra hjerteforeningen er ikke et studie, men en holdning fuld af fortolkning, og lægeforeningens eget udspil til fremtiden, henviser til studier med lav evidens. Der er i vores optik ikke tilstrækkelig dokumentation for Andreas Rudkjøbings påstand, og vi i Dansk Præhospital Selskab (DPHS) er meget forundrede og også frustrerede over, at lægeforeningen vælger denne tilgang til et emne, der medvirker til at skabe unødigt utryghed hos borgerne og uhensigtsmæssig prioritering af ressourcer.

Vi vil gerne takke Andres Rudkjøbing for et velskrevet og vigtigt indlæg til debatten, da det igen sætter fokus på omfanget af lægernes præhospitale arbejde og deres betydning for patienternes outcome. Fra DPHS' side vil vi dog gerne advokere for, at debatten tages på baggrund af korrekt tolkning af data. Det ville klæde debatten og må være det mindste, der kan kræves.

DPHS har flere opgaver vedrørende det præhospitale arbejde leveret af ambulancepersonale, og deltager ofte i debatten om hele det præhospitale setup. Den præhospitale sektor er utallige gange blevet brugt til at understøtte enkeltpersoners egen dagsorden om, hvad han eller hun mener giver mening. Det er ikke i orden, da de mange ressourcer, der hvert år allokeres til regionernes præhospitale setup, skal have en konsekvens, skal bruges rigtigt og bruges med fokus på patienten. Derfor er det vigtigt og godt for debatten, at Andreas Rudkjøbing igen tager emnet op, og igen benytter konklusioner som giver anledning til præcisering. For alle fortolkninger og påstande skal være veldokumenterede, så beslutningstagerne kan reagere rationelt og fornuftigt. En rapport fra en patientforening og studier af lav evidens, er ikke hvad man bør formulere som "veldokumenteret".

DPHS er klar over hvilke studier og statistikker, der bliver henvist til i artiklen, men er endog meget forundret over, hvorfor lægeforeningen vælger at argumentere med data, der gentagne gange er blevet debatteret i offentligheden og hver gang blevet modbevist på baggrund af forkert tolkning af indberettede data i region Sjælland. Lægegerningen er, om nogen, baseret på at agere ud fra, hvad der virker og hvad der er godt for patienterne. Med andre ord – det, der er evidens for. De data¹, hvorpå Hjerteforeningens anbefalinger er lavet, konkluderer intet andet end, at der er en forskel i overlevelsesprocenten Region Sjælland og de øvrige regioner imellem. Derudover er der beskrevet nogle eksplicite holdninger til, hvorfor forskellen er opstået, men der nævnes intet om hvilke interventioner, der bliver udført i de enkelte tilfælde. Med andre ord, så kan man ikke bare sætte et lighedstegn mellem øget overlevelse i f.eks. region Hovedstaden og lægedeltagelse. Det er det samme som at sige, at de konklusioner hjertestopsregistret² selv er kommet med, og som de mener er årsagen til den støt stigende overlevelsesprocent på landsplan, ikke passer. De mener nemlig, at det handler om kortere responstid, tidlig hjertelungeredning, gerne udført af lægmand, brug af hjertestartere og ikke mindst udbredelse af undervisningen i genoplivning.

¹ <http://genoplivning.dk/dansk-hjertestopregister/dansk-hjertestopregister-2016/>

² <http://genoplivning.dk/dansk-hjertestopregister/dansk-hjertestopregister-2016/>

Der pågår i den sammenhæng, og som resultat af de data Andreas Rudkjøbing henviser til, en proces, hvor Region Sjælland, og de øvrige regioner, er ved at trimme deres data, så de giver et mere ensartet og dermed retvisende billede. En proces som alle interessenter er vidende om, vi mener derfor at rettidig omhu ville være at afvente denne proces.

Viser det sig, at der faktisk er tale om, at Region Sjælland *har* en dårligere overlevelsesprocent på hjertestop uden for hospitalet, så bør det udløse en reaktion. En sådan reaktion bør igen bygge på undersøgelser af, hvad der gør forskellen. Er det lægens tilstedeværelse, bestemte behandlingstiltag eller andre ubekendte faktorer? En konklusion om, at det blot er tilstedeværelsen uden yderligere undersøgelser, mangler ganske enkelt tyngde. Det vil virke mærkeligt i en tid, hvor mange, inkl. lægeforeningen, taler om behov for ressourceprioritering af midler til for eksempel medicin, kræftbehandling etc. Det samme bør vel gøre sig gældende her.

Dansk Præhospitals Selskab vil gerne opfordre til en bedre dialog om emnet. Vi håber på en anden og mere grundig tilgang til debatten om opgaveløsningen i det præhospitale setup, så grundlaget for argumentationen forbliver evidensbaseret, så langt hen ad vejen som muligt. Vi skal være åbne for en genfortolkning af data og i særdeleshed åbne for de resultater, der måtte komme, med patientens bedste for øje.

Vi vil dog nævne, at Region Sjælland, på trods af Andreas Rudkjøbings initiale udtalelse, har lægedækning. Der er i regionen to akutlægebiler og en lægehelicopter, der bliver disponeret til hjertestop, selvom det ikke er i samme omfang som i de øvrige regioner. Derudover er regionen i højere grad dækket af avanceret præhospitale kompetencer i form af flere paramedicinere og med akutbiler med specialuddannede paramedicinere.

DPHS ser frem til offentliggørelsen af de rensede data fra alle regioner, og vi ser frem til en løsning, hvor vi i fremtiden sikrer, at data fra hjertestop i Danmark indsamles ens og på en måde, så de korrekte konklusioner kan drages.

På bestyrelsens vegne

Formand Peder Ersgaard og Talsmand Morten Lindkvist

Faktaboks:

Ensretning: Der er i dag ingen ensretning i, hvordan der registreres i hjertestopsregisteret. Det har været et problem i mange år, og vi har kendskab til, at det har været diskuteret på Danish Resuscitation Academy, navnlig fordi folkene bag hjertestopsregisteret mener, at specielt læger registrerer meget uens.

Læge involveret: Der er i hjertestopsregisteret mulighed for at registrere, om der har været en læge involveret. Dette er dog ikke specificeret. Så er det pr. tlf? Er det på adressen? Eller er det også, hvis de kommer efter at patienten er genoplivet af lægmand eller ambulance. En sådan form for registrering er umuligt at tolke på, da der ikke foreligger en ensretning.

Lovgivningen: Den gældende lovgivning gør det svært at ensrette registreringen. I Danmark må kun læger unklade opstart af genoplivning på en patient, som har dødstivhed og ligpletter, og som ikke har nogen af de mistænkelige tilstande som hypotermi etc. Dvs. at ambulanceredderne skal påbegynde HLR på en patient, som er åbenlyst død. Derfor registreres alle naturligt og forventeligt døde som mislykkedes hjertestop, hvis ikke der er en læge tilstede.

Der er præhospitale læger i Region sj. De disponeres anderledes end fx Region Hovedstaden og Region Midt. Men dette er ej heller noget som er undersøgt. Altså er det ikke undersøgt, om der er gavn af den større disponering i Region Hovedstaden og Region Midt. Det er ej heller undersøgt, om der er forværring for alle de andre patienter uden hjertestop i Region Sjælland, som ikke bliver tilset af en læge. Hertil mangler undersøgelser af og mulighed for at tage en prioriteringsdebat på det præhospitale område.