



LÆGEFORENINGEN



Styrket arbejde med kliniske retningslinjer

Indhold

1. Baggrund/brændende platform	3
Om kliniske retningslinjer	3
2. Formålet med at styrke retningslinjearbejdet	4
Ensartet høj kvalitet på tværs af landet.....	4
Bedre ressourceanvendelse og muligheder for prioritering	4
Let adgang til kliniske retningslinjer	4
3. Aktørerne i retningslinjearbejdet	5
De lægevidenskabelige selskaber	5
Sekretariatet	5
Rådet.....	6
Rådets kompetencer og opgave	6
Forslag om nye eller opdaterede kliniske retningslinjer	6
Ressourcevurderinger forud for implementering af udvalgte retningslinjer	7
Rådet understøtter implementering af kliniske retningslinjer.....	9
Koordinering med Sundhedsstyrelsen	9
Rådets sammensætning.....	9
Principper for Rådets arbejde	9
4. Udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer	11
Arbejdsproces	11
Retningslinjeskabelon	12
Budgetøkonomiske og sundhedsøkonomiske analyser	13
5. Klinikernes mulighed for deltagelse i retningslinjearbejdet	14
6. Fælles visningsplatform.....	15
Formidling af kliniske retningslinjer	15
Understøttelse og styring af redaktionel proces	16
Behovsafdækning hos målgrupperne	16
7. Kobling til forskning	16
8. Implementering og monitorering af kliniske retningslinjer	17
Implementering	17
Monitorering.....	17
9. Plan for udrulning	18
10. Bilag.....	20
Bilag 1: Eksempel på ordlyd i retningslinje ved anbefaling fra Rådet	20

Bilag 2: Indhold i retningslinjeskabelonen	20
--	----

1. Baggrund/brændende platform

Om kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer har karakter af faglig rådgivning til den sundhedsprofessionelle i mødet med patienten. Den endelige beslutning om valg af behandling vil dog altid bero på en konkret vurdering baseret på den sundhedsprofessionelles viden og erfaring samt patientens værdier og præferencer.

FAKTABOKS

Kliniske retningslinjer bygger bro mellem forskning og praksis og understøtter evidensbaseret behandling af høj og ensartet kvalitet.

Kliniske retningslinjer indeholder anbefalinger, der er formuleret på baggrund af en sammenfatning af den bedste og nyeste evidens. Det er således de videnskabelige resultater om hvad der virker/ikke virker, der er essensen i kliniske retningslinjer.

Kliniske retningslinjer er forskellige fra - men spiller godt sammen med - andre retningsgivende dokumenter som f.eks. patientforløbsbeskrivelser, pakkeforløb og arbejdsgangsbeskrivelser.

Det er de lægevidenskabelige selskaber, som udvikler og opdaterer hovedparten af de kliniske retningslinjer i det danske sundhedsvæsen. Der er 39 specialebærende selskaber i Danmark, og i dag arbejder 11 selskaber systematisk med udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer. 16 selskaber arbejder mere ad hoc-baseret og øvrige selskaber skal i gang med arbejdet. Arbejdet med kliniske retningslinjer varierer således, da nogle selskaber allerede udvikler retningslinjer af høj kvalitet, mens andre selskaber ikke har samme tradition. Endvidere er der specialer, hvor der endnu ikke er lavet retningslinjer. Det anslås, at der i dag eksisterer omkring 900 kliniske retningslinjer på tværs af alle sygdomsområder¹.

De kliniske retningslinjer har forskellig form og karakter. Styrken af retningslinjerne afhænger af den tilgængelige viden og den anvendte systematik ved udarbejdelsen heraf. Jo mere og bedre patientrelevant forskning der er inden for et område, jo stærkere vil den kliniske retningslinje være. På områder, hvor forskningen er mere begrænset, bygger den kliniske retningslinje i højere grad på accepteret klinisk praksis.

Der er ofte ikke foretaget en vurdering af, om ressourceforbruget forbundet med de anbefalede indsatser i retningslinjen står mål med den ønskede effekt, og om udgifterne hertil kan afholdes inden for regionernes budgetter. Tilsvarende tages der sjældent stilling til, om de anbefalede indsatser har potentiale til at minimere spild, ved at undgå procedurer og behandlinger, der ikke skaber værdi for patienten.

¹ Ud over de lægevidenskabelige selskabers arbejde er der bl.a. udarbejdet kliniske retningslinjer og anbefalinger af Sundhedsstyrelsen, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper/Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet, Center for Kliniske Retningslinjer, Behandlingsrådet, Medicinrådet, Indsatser for Rationel Farmakoterapi, Europæiske moderselskaber til lægevidenskabelige selskaber.

2. Formålet med at styrke retningslinjearbejdet

Det overordnede formål med at styrke retningslinjearbejdet er:

- At bidrage til større værdi og øget sikkerhed for patienten ved at sikre et solidt evidensgrundlag for beslutninger i patientforløbet i form af kliniske retningslinjer af høj og ensartet kvalitet inden for og på tværs af sygdomsområder.
- At bidrage til en bedre sammenhæng imellem kvalitet og ressourcer inden for og på tværs af sygdomsområder.
- At sikre let adgang til gældende kliniske retningslinjer for de sundhedsprofessionelle gennem en fælles visningsplatform.

Ensartet høj kvalitet på tværs af landet

Understøttelse af retningslinjearbejdet skal sikre, at der udarbejdes kliniske retningslinjer inden for alle relevante specialer, og skal bidrage til at retningslinjerne løbende bliver opdateret. Ved at styrke arbejdet med kliniske retningslinjer skal der opnås en styrket evidensbaseret praksis på tværs af de lægevidenskabelige selskaber. Dermed skabes et ensartet grundlag for beslutninger i patientforløb, som også understøtter lighed i sundhed på tværs af landet.

Bedre ressourceanvendelse og muligheder for prioritering

Som noget nyt skal et råd tage stilling til de retningslinjer, som vurderes at indeholde betydelige udgiftsdrivende anbefalinger eller særligt ressourcetunge anbefalinger herunder ift. brug af personale. Rådet vil vurdere, hvorvidt en klinisk retningslinje eller opdateringen heraf, medfører et øget ressourceforbrug, som står mål med effekterne ift. behandlingskvaliteten. Rådets kompetencer og opgaver er nærmere beskrevet i afsnit 3.

Hertil skal der i arbejdet med kliniske retningslinjer også være fokus på, hvordan spild minimeres, og hvordan eksisterende behandlinger og procedurer uden ønsket effekt eller uden tilstrækkelig evidens kan afvikles. I arbejdet med at opdatere en given retningslinje indarbejdes derfor allerede kendte anbefalinger om mere målrettet behandling og reduktion af unødvendig behandling fra fx Vælg Klogt, platformsforsøg og medicinske teknologivurderinger (MTV). Derudover skal det faglige selskab i forbindelse med udarbejdelsen af en retningslinje overveje, om der er grundlag for at afvikle en del af de eksisterende behandlinger og procedurer på området. Dette kan fx bidrage til, at en retningslinje der i udgangspunktet medvirker til et større ressourceforbrug samlet set er ressourceneutral, og dermed lettere kan implementeres.

Hertil vil et styrket arbejde med kliniske retningslinjer give en større sikkerhed for, at de sundhedsprofessionelle "gør det rette første gang", hvorved risikoen for at der foretages unødvendige undersøgelser og behandlinger mindskes.

Let adgang til kliniske retningslinjer

Formålet med at styrke retningslinjearbejdet er også, at det skal være nemmere for de sundhedsprofessionelle at finde de relevante kliniske retningslinjer, som i dag primært er tilgængelig på de enkelte selskabers hjemmesider. De

sundhedsprofessionelle skal ikke alene have adgang til opdateret viden inden for eget speciale, men også have let adgang til kliniske retningslinjer inden for øvrige specialer i et sundhedsvæsen, hvor der i højere grad end tidligere vil være behov for og forventninger om, at læger arbejder på tværs. Derfor skal en fælles visningsplatform gøre retningslinjerne lettere tilgængelige i et ensartet og genkendeligt format.

3. Aktørerne i retningslinjearbejdet

I det styrkede arbejde med udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer udgør de lægevidenskabelige selskaber, sekretariatet og Rådet centrale aktører, hvis ansvar og rolle beskrives nedenfor. Der er i første omgang fokus på at styrke udarbejdelse og opdatering af lægernes kliniske retningslinjer. Ambitionen er på sigt at udvide arbejdet til øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet.

De lægevidenskabelige selskaber

Som en integreret del af arbejdet i de sundhedsprofessionelle miljøer tager de lægevidenskabelige selskaber i dag et stort ansvar for at udvikle og opdatere kliniske retningslinjer. Arbejdet med de kliniske retningslinjer vil også fremadrettet være forankret i hver af de lægevidenskabelige selskaber, som har den største viden inden for eget sygdomsområde herunder overblik over forskningsfeltet.

I retningslinjearbejdet vil de lægevidenskabelige selskaber udpege en forfattergruppe, som udarbejder kliniske retningslinjer for et specifikt område. Klinikernes opgave er at identificere relevant litteratur, kritisk gennemlæse og vurdere denne, samt udarbejde den kliniske retningslinje i en generisk retningslinjeskabelon, så anbefalingerne træder tydeligt frem, evidensgrundlaget er tydeligt og der – hvor relevant – er taget stilling til det ressourcetræk, der ledsager individuelle anbefalinger.

Selskaberne skal i deres arbejde med udarbejdelse og opdatering af retningslinjer også have fokus på do-not-anbefalinger med henblik på minimering af spild. Do-not-anbefalinger kan både indgå i udvikling og opdatering af en retningslinje, og kan bidrage til at frigive ressourcer. Do-not-anbefalinger kan både tage afsæt i anbefalingerne fra Vælg-klogt, andre vidensmiljøer eller kan defineres af det ansvarlige selskab.

Sekretariatet

Et sekretariat skal understøtte klinikernes arbejde med udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer.

Sekretariatet vil hjælpe med overblik over de kliniske retningslinjer i det enkelte selskab, bistå med litteratursøgninger, sparre på evidensgradering og anvendelse af den generiske skabelon samt understøtte bl.a. høringsprocesser, udarbejdelse af referencelister mm. Sekretariatet vil desuden have et ansvar for at gennemgå den udfyldte retningslinjeskabelon med henblik på at sikre relevant anvendelse af skabelonen før den færdige retningslinje lægges på en fælles visningsplatform.

Sekretariatet er bemandet af personer med indgående kendskab til evidensbaseret medicin og retningslinjeudvikling, herunder bl.a. litteratursøgning og evidensvurdering. Hertil vil der i "Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut" være sundhedsøkonomiske kompetencer, som skal bistå retningslinjearbejdet og udarbejde sagsmateriale til drøftelser af retningslinjer i Rådet.

Derudover skal sekretariatet i vurderingen af retningslinjer have opmærksomhed på anbefalinger, hvor der kan være et potentiale ved fx at stoppe en behandling eller tilbyde færre kontrolbesøg, hvis evidensen for kontrol er utilstrækkelig.

Sekretariatet får også til opgave at koordinere med andre retningslinjeudgivere (f.eks. SST, Medicinrådet og Vælg Klogt), så de faglige anbefalinger i højere grad bliver tænkt sammen på tværs af organisationer.

Det eksisterende arbejde med kliniske retningslinjer på kræftområdet i regi af DMCG'erne og på psykiatriområdet i regi af DMPG'erne, skal fortsætte i regi af "Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut".

Rådet

Der oprettes et råd, der har det overordnede formål at styrke arbejdet med kliniske retningslinjer og sikre den rette prioritering og det optimale ressourceforbrug i sundhedsvæsenet, så patienter får den rette behandling.

Rådet kan med bistand fra sekretariatet:

- Fremsætte forslag om, at der udarbejdes nye kliniske retningslinjer, eller at eksisterende kliniske retningslinjer opdateres.
- Gå i dialog med de enkelte selskaber om mulighederne for at implementere særligt udgiftstunge nye eller opdaterede kliniske retningslinjer med afsæt i en ressourcevurdering.
- Vurdere om effekten ved nye eller opdaterede kliniske retningslinjer står mål med omkostningerne og i forlængelse heraf formulere en anbefaling om mulighederne for implementering af retningslinjen.
- Understøtte ensartet implementering af kliniske retningslinjer på tværs af landet.
- Varetage løbende dialog og koordinering med Sundhedsstyrelsen ift. forløbsbeskrivelser og udvalgte kliniske retningslinjer.

Rådets kompetencer og opgave

[Forslag om nye eller opdaterede kliniske retningslinjer](#)

Det vil - ligesom i dag - fortsat være de enkelte lægevidenskabelige selskabers beslutning, hvilke kliniske retningslinjer selskabet vil udarbejde og ajourføre. Nyt vil være, at de enkelte selskaber vil have sekretariatet som sparring til denne vurdering. Og nyt vil være, at Rådet kan fremsætte forslag til de enkelte selskaber herom.

Rådets forslag skal bygge dels på et overblik over de enkelte lægevidenskabelige selskabers arbejde med at udarbejde og opdatere kliniske retningslinjer dels på en løbende gennemgang af relevante specialer. Sekretariatet udarbejder på Rådets anvisninger dels overblik og dels udvalgte gennemgange af de enkelte specialer. På den baggrund kan Rådet opfordre det pågældende selskab til at udarbejde eller opdatere en klinisk retningslinje. Rådets forslag til nye retningslinjer kan også være på tværs af specialer.

Ligeledes vil Rådet kunne pege på områder, der vurderes at være særligt udgiftsdrivende, eller hvor der er behov for at minimere spild ved at afvikle unødvendige behandlinger og procedurer. Det vil fx kunne ske, når Vælg Klogt-organisationen har udarbejdet en anbefaling, som skal implementeres. Rådet har dog – som indledningsvist nævnt - ikke kompetence til at forpligte et selskab til at igangsætte et arbejde, men Rådet kan gå i dialog med selskabet og tilbyde understøttelse til arbejdet.

Ressourcevurderinger forud for implementering af udvalgte retningslinjer

Det er forventningen, at langt de fleste nye eller opdaterede retningslinjer umiddelbart vil kunne omsættes til klinisk praksis, da de ikke indebærer merudgifter eller forudsætter større organisatoriske og øvrige ressourcemæssige belastninger. Rådet vil derfor ikke blive involveret i udarbejdelsen af hovedparten af de kliniske retningslinjer.

For nogle kliniske retningslinjer vil det give mening at få udarbejdet en egentlig sundhedsøkonomisk analyse eller anden form for vurdering af ressourcer inden implementering. Det kan f.eks. være, hvis retningslinjen indebærer, at den kliniske praksis ændres fra en teknologi til en anden, at den beror på banebrydende ny behandling eller forudsætter en meget ressourcetung administration. En nærmere beskrivelse af indhold og fremgangsmåde ved ressourcevurderingerne fremgår af afsnit 4.

Forhåndsvurdering

Sekretariatet foretager en forhåndsvurdering af, hvilke nye eller opdaterede kliniske retningslinjer der skal behandles i Rådet. I det videre arbejde skal der foretages en mere detaljeret beskrivelse af forhåndsvurderingen. Forhåndsvurderingen kan baseres på den udarbejdede retningslinje, hvor forfattergruppen understøttet af den generiske retningslinjeskabelon markerer anbefalinger, der skønnes at medføre et betydeligt træk på sundhedsvæsenets ressourcer i forhold til eksisterende praksis.

Rådets drøftelse

Sekretariatet vil i forlængelse af forhåndsvurderingen udarbejde en sagsfremstilling til Rådets drøftelse om de udvalgte retningslinjer med bidrag fra det respektive lægevidenskabelige selskab. I det videre arbejde skal der foretages en mere detaljeret beskrivelse af de forskellige trin i processerne for sekretariatets arbejde og Rådets vurdering af ressourceforbruget.

Rådet skal i den forbindelse vurdere, om der er sammenhæng mellem effekt og ressourceforbrug for en given behandling holdt op mod lignende behandlinger – og i

forlængelse heraf formulere en anbefaling om mulighederne for implementering af retningslinjen. I det videre arbejde skal det afklares, om der skal formuleres konkrete kriterier for rådets anbefalinger, og hvad disse i så fald skal være.

Dialog

Som nævnt ovenfor er det forventningen, at langt de fleste retningslinjer ikke skal behandles i Rådet og derfor umiddelbart vil kunne lægges på visningsplatformen og implementeres i klinisk praksis.

Det forventes, at der for et begrænset antal retningslinjer vil være behov for at foretage en vurdering af, om retningslinjen har et ressourceforbrug, der er for højt i forhold til effekten. I så fald kan det besluttes, at der udarbejdes en ressourcevurdering. Det vil i mange tilfælde ikke være meningsfuldt eller muligt at indhente relevante data til at kunne udarbejde en egentlig effekt- og omkostningsanalyse fx med brug af QALY. Det skal derfor afklares, hvilket beslutningsgrundlag der i så fald kan udarbejdes til brug for Rådets drøftelse. I tilfælde af, at der skal foretages en vurdering af ressourcerne ved en given retningslinje, vil Rådet gå i dialog med det pågældende lægevidenskabelige selskab herom.

Dialogen mellem Rådet og det faglige selskab vil tage udgangspunkt i, hvorvidt Rådets vurdering har tilført ny viden, som kan give anledning til, at det lægevidenskabelige selskab justerer retningslinjen. I så fald ændres retningslinjen. Målet med dialogen vil således være at skabe konsensus mellem Rådet og det lægevidenskabelige selskab. Dialogen vil dog også kunne give anledning til, at Rådet skønner, at den ressourcekrævende retningslinje bør implementeres, f.eks. fordi, at retningslinjen forventes at være mindre ressourcekrævende over tid, at den forventes på sigt at medføre lavere dødelighed etc.

På baggrund af dialogen med selskabet kan Rådet også anbefale, at den konkrete anbefaling i retningslinjen gradvis implementeres over en nærmere bestemt tidsperiode, at den først implementeres, når der er de nødvendige ressourcer til rådighed, eller når der er foretaget den nødvendige forskning, jf. afsnit 7. Den konkrete anbefaling kan således komme i venteposition, og det aftales, hvornår den skal behandles igen. Rådet kan derudover anbefale, at den konkrete anbefaling kun tilbydes en subgruppe af patienter.

Endelig vil der være den situation, hvor dialogen mellem Rådet og det lægevidenskabelige selskab ikke fører til, at selskabet justerer anbefalingen.

I de tilfælde, hvor dialogen mellem Rådet og det faglige selskab ikke fører til konsensus, skal det være tydeligt beskrevet i retningslinjen, hvad der er den faglige anbefaling fra det lægevidenskabelige selskab, og hvad der er Rådets anbefaling om implementering ift., at revisionen beslægtet uforholdsmæssigt store ressourcer i det samlede sundhedsvæsen. På den måde sikres der gennemsigtighed i forhold til baggrunden for retningslinjen. I bilag 1 fremgår et eksempel på, hvad ordlyden i retningslinjen kan være.

Rådet skal ikke formelt godkende retningslinjerne, da ejerskabet og den faglige godkendelse ligger hos de lægevidenskabelige selskaber.

Rådet understøtter implementering af kliniske retningslinjer

Rådets regionale ledelsesrepræsentanter skal medvirke til, at de kliniske retningslinjer implementeres ensartet i hele landet indenfor regionernes budgetmæssige rammer. Derfor er det vigtigt, at Rådet løbende orienteres om de nye og opdaterede kliniske retningslinjer, som ikke er blevet vurderet i Rådet. Såfremt Rådet og et lægevidenskabeligt selskab har haft en dialog, som ikke fører til, at selskabet justerer anbefalingen, vil det fremgå klart af retningslinjen, at Rådet har anbefalet ikke at ændre praksis eller at tilbyde behandling på et mindre ressourcekrævende niveau. De regionale ledelsesrepræsentanter vil herefter understøtte implementeringen af rådets anbefaling.

Koordinering med Sundhedsstyrelsen

Kliniske retningslinjer indeholder en syntese af evidensen og rummer information om, hvad der fagligt er bedst dokumentation for. Da evidensen ikke siger noget om *hvor* det skal gøres, beskriver de kliniske retningslinjer ikke opgavedeling og arbejdsgange mellem regioner, kommuner og praksisområdet. Derfor er der behov for en tæt koordinering mellem Rådet og Sundhedsstyrelsen, som udarbejder forløbsprogrammer og visitationsretningslinjer, der beskriver opgavefordeling og behandlingstilbud mellem sektorerne. Derudover er der et behov for, at Rådet kan opfordre Sundhedsstyrelsen til at udarbejde kliniske anbefalinger, når en retningslinje har en særlig kompleks karakter eller kompliceret evidenshåndtering.

Rådets sammensætning

Rådet vil bestå af en formand udpeget af Danske Regioner, en ledelsesrepræsentant udpeget af hver af de fem regioner, tre repræsentanter udpeget af LVS, to repræsentanter udpeget af Danske Patienter og en uvildig sundhedsøkonom. Derudover vil KL og Sundhedsstyrelsen få en observatørrolle. Rådet vil desuden kunne invitere øvrige relevante aktører ind efter behov herunder erhvervsorganisationer, personaleorganisationer, andre statslige styrelser mv.

Principper for Rådets arbejde

En række politisk fastlagte principper vil være rammesættende, når Rådet skal vurdere de udvalgte kliniske retningslinjer. På baggrund af principperne formulerer Rådet uafhængige anbefalinger med udgangspunkt i et armslængdeprincip til det politiske system. Danske Regioners bestyrelse kan således ikke pålægge Rådet at formulere bestemte anbefalinger. I det følgende afsnit fremgår en række forslag til principper med inspiration fra de gældende principper for Medicinrådet. Alle principper er vigtige, men kan være indbyrdes modstridende. Principperne er ligestillede og skal alle inddrages, og et enkelt princip kan ikke være det dominerende. Rådet skal derfor balancere principperne, når nye eller opdaterede retningslinjer vurderes.

1. Faglig kvalitet

For at sikre høj faglig kvalitet skal der ved vurdering af kliniske retningslinjer ske en grundig og systematisk vurdering af den behandlingsmæssige gevinst for patienterne samt den dokumentation, der ligger til grund herfor. Ved vurderingen af kliniske

retningslinjer skal der inddrages den nødvendige og tilstrækkelige faglige ekspertise gennem dialogen med de lægevidenskabelige selskaber.

2. Uafhængighed

Vurdering af kliniske retningslinjer skal ske ud fra objektive kriterier og på baggrund af faglige vurderinger, således at der sikres et uafhængigt udarbejdet beslutningsgrundlag og derved armslængde til det politiske niveau.

3. Geografisk lighed

Der skal inden for regionernes budgetmæssige rammer ske en ensartet implementering af kliniske retningslinjer på tværs af hele landet, så patienter får gavn af behandlingsmæssige fremskridt, og nye behandlinger, uanset hvilken region de hører til.

4. Åbenhed

Der skal være størst mulig åbenhed i Rådets vurdering af kliniske retningslinjer. Dvs. at der skal være åbenhed om både processer, metoder, kriterier og det materiale, der udarbejdes i forbindelse med Rådets vurdering af udvalgte kliniske retningslinjer. Det skal således være muligt for alle at se grundlaget og begrundelserne for Rådets anbefalinger om implementering.

5. Mere sundhed for pengene

Ressourcerne i sundhedsvæsenet skal bruges med omtanke, da det ellers kan få konsekvenser for forebyggelse, behandling eller pleje i andre dele af sundhedsvæsenet. Såfremt en ny behandling skal være standardbehandling i en klinisk retningslinje, skal der således være et rimeligt forhold mellem udgifterne til den nye behandling og den merværdi, som behandlingen vurderes at kunne tilbyde sammenlignet med eksisterende standardbehandling. Rådet skal dog ved vurdering af en klinisk retningslinje ikke afgive en anbefaling, der vil indebære, at en uforholdsmæssig stor andel af sundhedsvæsenets ressourcer allokeres i retning af én type behandling. Hertil skal der i Rådets beslutninger tages hensyn til regionernes budgetmæssige rammer.

6. Alvorlighed

Rådet kan i særlige tilfælde vælge at inddrage alvorlighed i sit beslutningsgrundlag. Dette kan ske ud fra en betragtning om, at et sygdomsområde med stor alvorlighed - eksempelvis livstruende eller særligt invaliderende sygdom - kan give anledning til accept af større omkostninger forbundet med en ny klinisk retningslinje, end det er tilfældet for sygdomsområder med mindre alvorlighed.

evidensgraderes. Der laves en syntese – evt. med hjælp fra sekretariatet, hvis evidensen ikke er entydig.

Med udgangspunkt i en generisk skabelon udarbejder de sundhedsprofessionelle anbefalingerne i processens fjerde trin. Sekretariatet kan bistå bl.a. med tydelighed og brugen af ordene 'skal', 'bør' og 'kan', så de afspejler evidensgrundlaget. Anbefalingen ledsages af en tydelig markering af styrken af evidensgrundlaget (fx A-E). De sundhedsprofessionelle flager med udgangspunkt i den kliniske ressourcevurdering, hvis anbefalingen forventes at medføre et betydeligt øget ressourcetræk.

I femte trin bliver "flagede" anbefalinger med klinisk skønnet økonomisk eller organisatorisk konsekvens visiteret med henblik på beslutning om, hvorvidt der er behov for at udarbejde enten en budgetøkonomisk eller sundhedsøkonomisk analyse. Flagningen kan dog også ske ifm. afsøgningen eller gennemgangen af litteratur i hhv. trin 2 og 3, hvis de sundhedsprofessionelle allerede her bliver opmærksomme på, at anbefalingen forventes at være særlig ressourcetung.

I sjette trin vurderer de sundhedsprofessionelle, om der er behov for høring af andre selskaber, patienter, pårørende, yderligere interessenter mv. Sekretariatet kan understøtte høringen. De sundhedsprofessionelle indarbejder høringssvar og sikrer en bred faglig godkendelse i det pågældende selskab. Slutteligt gennemser sekretariatet, om alle afsnit i skabelonen er udfyldt.

I syvende trin publiceres den færdige retningslinje på den fælles visningsplatform.

I ottende trin monitoreres udviklingen i kvalitet på området. Det kan for udvalgte anbefalinger f.eks. blive understøttet af viden fra de kliniske kvalitetsdatabaser i RKKP.

Retningslinjen opdateres på et givet tidspunkt ved gentagelse af processen. Selskaberne bestemmer som udgangspunkt selv kadencen for opdateringen, da de har størst viden om udvikling af ny evidens inden for eget område.

Retningslinjeskabelon

For at sikre kvaliteten og et ensartet format af de kliniske retningslinjer, skal de lægevidenskabelige selskaber anvende en generisk skabelon, når de udvikler eller opdaterer en retningslinje. I bilag 2 findes en liste med skabelonens indhold.

Skabelonen vil være let af finde og få adgang til for forfattergrupperne, og den vil indeholde støttetekst, som hjælper dem i deres arbejde med at udarbejde retningslinjen.

En vigtig opgave i udarbejdelsen af den kliniske retningslinje er at beskrive evidensgrundlagets karakter og dermed tydeliggøre, hvilket evidensniveau retningslinjens anbefalinger bygger på. Det gøres ved at markere evidensgrundlaget med et bogstav fra A-E for at vise, hvor stærk evidensen er. Hvis der ikke findes evidens for området, skal det tydeligt fremgå i retningslinjen og forfattergruppen skal forklare, hvilken viden retningslinjens anbefalinger er formuleret på baggrund af.

De sundhedsprofessionelle skal kunne tilgå skabelonen i en online version, som tænkes sammen med visningsplatformen. Dette er nærmere uddybet i afsnit 6.

Budgetøkonomiske og sundhedsøkonomiske analyser

Der kan for et fåtal af de nye eller opdaterede kliniske retningslinjer, som er særligt udgiftsdrivende, være behov for at udarbejde enten en budgetøkonomisk eller sundhedsøkonomisk analyse jf. femte trin i proceshjulet. Som tidligere nævnt, skal der i det videre arbejde afklares en proces for forhåndsvurdering af disse retningslinjer, samt for de forskellige trin i processen i forhold til Rådets drøftelse heraf. En mulighed er, at behovet identificeres af sekretariatet, når de sundhedsprofessionelle udfylder den generiske retningslinjeskabelon. Skabelonen indeholder en række spørgsmål vedr. fx direkte og indirekte omkostninger ved behandling jf. bilag 2.

Hvis Rådet beslutter, at der er behov for at foretage en sundhedsøkonomisk eller budgetøkonomisk analyse, vil sekretariatet med bidrag fra det relevante selskab udarbejde analysen, som herefter forelægges Rådet til drøftelse. Bidragene fra selskabet kan f.eks. være afgrænsning af patientpopulationen, vurdering af den relevante kliniske effekt, estimat på antallet af patienter etc. Der vil i den forbindelse være behov for et samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i det relevante selskab og sundhedsøkonomer i sekretariatet.

Budgetøkonomiske analyser

Budgetøkonomiske analyser består af:

1. En omkostningsanalyse, der estimerer den gennemsnitlige omkostning per patient. Analysen kan fx indeholde mer- eller mindreforbrug på forskellige ressourcer (sundhedspersonale, udstyr, medicin, lejer etc.)
2. En budgetkonsekvensanalyse, der estimerer budgetkonsekvenserne for regionerne ved retningslinjens revision for de relevante patient- og subgrupper.

Sundhedsøkonomiske analyser

Sundhedsøkonomiske analyser defineres som mere omfattende analyser, der både medtager omkostnings- og effektsiden af den eksisterende, såvel som den nye behandling for relevante patient- og subgrupper, fx cost-utility analyser. Formålet med analysen er at belyse forholdet mellem omkostninger og effekterne af den nye eller reviderede anbefaling sammenlignet med nuværende praksis.

Der kan være tilfælde, hvor data er for sparsomt til, at der kan udføres en cost-utility analyse. Det kan for eksempel være i forbindelse med behandling til mindre populationer. I de tilfælde, skal al tilgængelig data vedrørende effekt, sikkerhed og omkostninger præsenteres.

Til brug for de retningslinjer, der skal undergå sundhedsøkonomisk analyse, udarbejdes en metodehåndbog, der danner grundlag for arbejdet til brug for sundhedsøkonomer i sekretariatet.

Hvad bør indgå i vurderingen af omkostninger?

I vurderingen af omkostningerne bør man anvende et bredt samfundsperspektiv og omkostningsbegreb, hvor omkostninger til fx materialer, bivirkninger, sengedage, ekstra kontrolbesøg og tests indgår i tillæg til ressourceforbrug hos patient eller afledt i fx kommunalt regi. Organisatoriske elementer bør også indgå naturligt i sammenhæng med omkostningsanalysen, hvor fx personaleressourcer værdisættes ved hjælp af definerede enhedsomkostninger i tillæg til øvrige beregninger og faglige vurderinger, da disse skal danne grundlag for den sundhedsøkonomiske analyse. Det kan bl.a. gælde behovet for uddannelse og oplæring af relevant personale, behovet for ændringer i de organisatoriske rammer for opgaveløsningen knyttet til den nye anbefaling, forandringer i det relevante personales arbejdsgange, samt forandringer i samarbejde, samspil og kommunikation, og om det vurderes at have fordele eller ulemper for forskellige personalegrupper.

Hvad bør indgå i vurderingen af klinisk effekter?

De klinisk relevante effekter bør både tage højde for fx overlevelse, bivirkninger og livskvalitet. Effektforskellene imellem nuværende og den foreslåede nye behandling skal defineres og belyses for alle de relevante patient- og subgrupper, retningslinjen omfatter herunder også, hvis effekterne forventes at være på tværs af sygdomsområder. Vurderingerne af effektforskelle skal samtidig tage afsæt i den tilgængelige evidens. Effektvurderingerne skal foretages i en tæt dialog mellem kliniske og sundhedsøkonomiske fagligheder.

5. Klinikernes mulighed for deltagelse i retningslinjearbejdet

De sundhedsprofessionelle leverer i dag et stort og vigtigt arbejde med at udvikle og opdatere kliniske retningslinjer. Det ses som en lægefaglig kerneopgave. Det er således en forventning om, at læger deltager i arbejdet med kliniske retningslinjer som en integreret del af deres arbejde.

Sundhedsprofessionelle oplever dog i dag et øget arbejdspress, og der skal derfor sikres relevant anerkendelse og skabes den nødvendige motivation hos de sundhedsprofessionelle i forhold til retningslinjearbejdet, da det er tidskrævende, og i mange tilfælde udføres i fritiden.

Med oprettelsen af et sekretariat vil de sundhedsprofessionelle i højere grad blive understøttet i arbejdet med udvikling og opdatering af retningslinjer, hvilket vil lette indsatsen. Oprettelsen af et sekretariat skal således aflaste de

sundhedsprofessionelle, der vil kunne række ud til sekretariatet, hvis de har behov for både metodemæssig og administrativ bistand.

Den eksisterende model for klinikeres deltagelse i Medicinrådet og dets faglige udvalg samt i Sundhedsstyrelsen, kan give inspiration til, hvordan klinikere skal indgå i arbejdet med kliniske retningslinjer. Klinikere gives således mulighed for at deltage i udvalgmøder mv. i arbejdstiden, når de er udpeget til Medicinrådet og Sundhedsstyrelsen. Samme tilgang vil kunne anvendes i forhold til klinikernes deltagelse i møder vedrørende kliniske retningslinjer.

Der forventes for nogle specialer at være en større arbejdsbyrde for de sundhedsprofessionelle, da der i nogle perioder vil blive sat gang i udarbejdelse og opdatering af flere retningslinjer og ikke alle specialer er lige store. Hertil vil retningslinjeskabelonen stille flere og højere krav til arbejdet, end det er tilfældet for mange selskaber i dag.

6. Fælles visningsplatform

I dag kan det være uoverskueligt for klinikerne at finde de kliniske retningslinjer, som er gældende for et givent område. Derfor skal det gøres nemt at søge en retningslinje frem i en fælles, national visningsplatform. Retningslinjerne skal endvidere vises i et standardiseret format, som gør det overskueligt for den sundhedsfaglige hurtigt at finde den relevante information.

I udvikling og drift af den fælles visningsplatform er det vigtigt at tage højde for de tre målgrupper, som vil være afhængige af platformen, da deres respektive perspektiver udløser hvert deres behov:

- Brugere af platformen (Sundhedsprofessionelle frontlinjepersoner/klinikere, patienter og evt. ledere)
- Klinikere der udvikler retningslinjer (Læger og på sigt fysioterapeuter, sygeplejersker m.fl.)
- Medarbejdere i sekretariatet (Metodekonsulenter, informationsspecialister, webmaster, akademisk sekretær, studenter)

I dette afsnit beskrives de krav, der som minimum bør opfyldes for at sikre drift, udvikling og formidling af kliniske retningslinjer i en fælles visningsplatform.

Formidling af kliniske retningslinjer

Adgangen til kliniske retningslinjer kan med fordel etableres via Læge- og Patienthåndbogen, hvor der i dag allerede findes vejledninger og eksempler på best practice. Brugere af Lægehåndbogen er derfor vant til at hente yderligere opdateret viden her, og med en anvendelsesprocent blandt hospitalslæger på knap 90%, vil det være et oplagt sted at tilgå retningslinjer fremover. Her kan der udvikles en ny kategori, der kaldes "kliniske retningslinjer".

Understøttelse og styring af redaktionel proces

Både klinikere og medarbejdere i sekretariatet vil være involverede i udarbejdelsen af de kliniske retningslinjer. Klinikere og medarbejdere der udvikler retningslinjer vil forfatte indholdet, som kommenteres og redigeres i dialog med sekretariatet. Systemet omkring visningsplatformen skal derfor give skribenter og sekretariat adgang til retningslinjeskabelonen, understøtte den løbende dialog mellem forfattere og sekretariat, sikre overblik over processen samt være nemt at bruge for alle parter.

Klinikere og medarbejdere der udvikler retningslinjer skal kunne tilgå skabelonen online og skal ved hjælp af en grundigt gennemtænkt struktur guides gennem processen med udfyldelse af skabelonens afsnit. Gennemgangen af retningslinjen skal være intuitiv og forudsætter derfor et grundigt arbejde i udviklingen af både skabelonen og den side, den lægges på, så der tages højde for brugerrejser og brugervenlighed.

Medarbejdere i sekretariat skal være administratorer på alle retningslinjer og sikre at retningslinjer gennemgår proceshjulet. Ligeledes skal sekretariatsmedarbejdere kunne følge status på en given retningslinje i udviklingsfasen og efterfølgende i drift-fasen, hvor et overblik over publiceringsdato, opdateringsdato og retningslinjeudviklere vil understøtte kvalitetssikring.

Behovsafdækning hos målgrupperne

I det videre arbejde med visningsplatformen er der behov for yderligere at afdække behov og ønsker hos klinikere, medarbejdere i sekretariatet og brugere af platformen, før udviklingsarbejdet kan gå i gang. Der skal derfor igangsættes en behovsafdækning blandt de tre målgrupper. Behovsafdækningen skal fokusere på både visning- og indholdssiden af platformen.

7. Kobling til forskning

Kliniske retningslinjer er baseret på evidens, der så vidt muligt er tilvejebragt ved hjælp af forskning. Hvor der ikke findes tilstrækkelig evidens, træder en faglig konsensus vurdering af god praksis i stedet.

Det er velkendt, at der på mange sygdoms- eller behandlingsområder er meget usikker evidens. Det gælder både i forhold til optimal diagnostisk tilgang, og hvad der er den bedste og mest sikre behandling og pleje. Dette skyldes mangel på god klinisk forskning indenfor mange sygdoms- eller behandlingsområder.

Derfor er det oplagt at sigte efter en national model, hvor kliniske retningslinjer og klinisk forskning tænkes endnu tættere sammen med fokus på gevinsten for patienten og den bedst mulige anvendelse af sundhedsvæsnets ressourcer – herunder personale, tid og penge.

En model, hvor klinisk forskning og kliniske retningslinjer ses som forbundne, vil bidrage til at sikre værdien af patientbehandlinger og -pleje, kvalitetssikre de kliniske retningslinjer, mindske ulighed og fremme en hensigtsmæssig brug af sundhedsvæsnets ressourcer.

8. Implementering og monitorering af kliniske retningslinjer

Implementering

De kliniske retningslinjer fungerer som klinisk beslutningsstøtte og skaber således kun værdi for patienterne, når de reelt bruges i klinikken. Anvendelsen afhænger af en række faktorer med relation til selve retningslinjen, brugerne og omgivelserne. Selskabernes – og dermed lægernes - ejerskab til de kliniske retningslinjer vil være den bedste garant for implementering heraf i den kliniske hverdag. Dette understøttes af, at klinikerne selv har udarbejdet retningslinjen, hvorved både ejer- og kendskab til de indeholdte anbefalinger er stort, ligesom der har ofte været en indledende dialog i de faglige miljøer.

Men implementeringen af retningslinjerne skal ikke kun ske fra bunden. Ansvar for fokus og løbende opfølgning på implementering skal i høj grad også ligge hos ledelserne i den enkelte region. I Rådet vil der sidde ledelsesrepræsentanter fra de fem regioner, og de skal være med til at sikre den nødvendige understøttelse af implementering af de kliniske retningslinjer indenfor deres budgetmæssige rammer. Rådet skal derfor løbende orienteres om alle nye og opdaterede kliniske retningslinjer. Det kan dog tage tid, før nye eller reviderede retningslinjer tages i fuld anvendelse. Det vil særligt gælde de retningslinjer, som i mere omfattende grad ændrer på gængs klinisk praksis. I de tilfælde, hvor Rådet og et lægevidenskabeligt selskab har været i dialog om en udgiftsdrivende anbefaling, og selskabet vælger ikke at følge Rådets anbefaling, vil ledelserne i regionerne kun understøtte implementeringen af Rådets anbefaling.

Implementeringen kan også styrkes gennem koblingen mellem kliniske retningslinjer og de kliniske kvalitetsdatabaser i RKKP. Sammenhænge mellem udvalgte anbefalinger i de kliniske retningslinjer og indikatorsæt i de kliniske kvalitetsdatabaser giver således mulighed for løbende at monitorere anvendelse og effekt af anbefalingerne, jf. nedenfor.

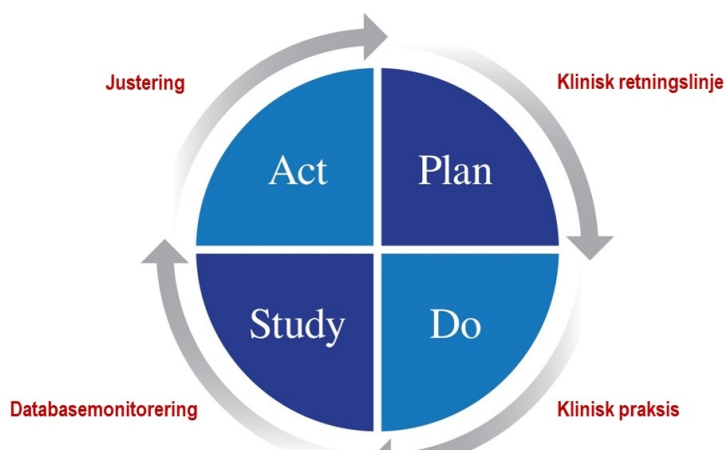
Monitorering

Indsamling af data på kvalitetsmål, der afspejler indholdet i retningslinjerne, kan bidrage til at synliggøre både efterlevelsen af anbefalingerne (procesmål) samt effekten på patienternes helbred og livskvalitet (effektmål). Selvom man teoretisk godt kan monitorere alle anbefalinger i alle kliniske retningslinjer, er det nødvendigt at prioritere for at sikre en omkostningseffektiv monitorering, hvor indsatsen forbundet med dataindsamling, analyse og formidling står mål med den viden og værdi, der skabes via monitoreringen. Samtidig er det vigtigt med en bevidsthed om, at der er grænser for, hvor meget man kan implementere/forbedre på samme tid.

De kliniske kvalitetsdatabaser i det nuværende RKKP har til formål at monitorere og understøtte udvikling af den kliniske kvalitet. Hver database har således en række målbare variable (indikatorer). Det er de klinisk forankrede styregrupper for den enkelte database, der beslutter det sæt af indikatorer, der anvendes i databasen. Sundhedsdatastyrelsen godkender databasens indikatorer før ibrugtagning. Ét af minimumskravene for ibrugtagning er, at databasens indikatorer skal belyse relevante kliniske retningslinjer. På den måde kan de kliniske kvalitetsdatabaser fungere som implementeringsstøtte ift. de kliniske retningslinjer.

Koblingen mellem udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer og monitorering i de kliniske kvalitetsdatabaser kommer ikke af sig selv. Med oprettelsen af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er det derfor en fordel, at den administrative understøttelse af begge dele kommer under samme organisation. Hermed gives der mulighed for at dagsordensætte emner, der går på tværs af disse aktiviteter, og det kan på den måde bidrage til opmærksomhed på nye eller opdaterede anbefalinger, resultater af monitoreringen i databaserne, forskningsbehov etc. Den generiske retningslinjeskabelon kan også understøtte koblingen ved at have en afsnit, hvor de lægevidenskabelige selskaber anfører forslag til specifikke anbefalinger, der med fordel kan indgå i databasestyregruppens drøftelse i forbindelse med den løbende revision af indikatorsættet.

Samlet set kan man sige, at udvikling/opdatering af kliniske retningslinjer og databasemonitorering er to centrale elementer i evidensbaseret kvalitetsudvikling. Sammen understøtter disse elementer, at patienterne får behandling af høj og ensartet kvalitet i hele landet. Sammenhængen kan illustreres som vist i figur 2 herunder:



Figur 2- Monitorering af kliniske retningslinjer - Centrale elementer i evidensbaseret kvalitetsudvikling

9. Plan for udrulning

Planen for udrulning af det styrkede arbejde med retningslinjer bør være koordineret, så ressourcer og kompetencer i sekretariatet kan matche den løbende tilslutning af selskaber. Planen bør tilgodese at selskaber, som i dag arbejder

systematisk med kliniske retningslinjer, kan tilslutte sig på et tidspunkt, som passer ind i selskabets årshjul og kan fastholde denne systematik, mens selskaber som arbejder ad hoc eller skal til at starte op med arbejdet vil kunne være mere fleksible med opstartstidspunkt. Grundprincippet er, at selskaberne udarbejder de enkelte kliniske retningslinjer i overensstemmelse med skabelonen, mens processen tilrettelægges med udgangspunkt i selskabernes hidtidige arbejdsform, faglige vilkår og behov.

Indledningsvist skal der afholdes dialogmøder med formændene i de lægevidenskabelige selskaber, og alle selskaberne skal orienteres om retningslinjearbejdet. Derefter kan første rul igangsættes, hvilket f.eks. kan inkludere Dansk Urologisk Selskab, Dansk Ortopædisk Selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, som er blandt de 21 selskaber, der i en undersøgelse foretaget af Lægeforeningen allerede har indikeret stor interesse for at få understøttelse til arbejdet med kliniske retningslinjer.

Det forventes, at udrulningen foregår over en periode på fem år, hvor de lægevidenskabelige selskaber tilslutter sig i fem rul. Det er ambitionen, at alle selskaber efter femte år har været i dialog med sekretariatet mhp. at få planlagt en proces for udarbejdelse af de for selskabet relevante retningslinjer, og der vil hertil være udarbejdet en række retningslinjer.

I det følgende fremgår en mulig plan for udrulningen, som understøttes af medarbejdere i sekretariatet. En af Rådets første opgaver bliver at beslutte en plan for udrulning.

1. Sekretariatet afholder møde med formanden i hvert selskab. På mødet drøftes det, hvordan selskabet i dag arbejder med retningslinjer, og hvilket behov de har for understøttelse, hvis de tilslutter sig modellen.
2. Sekretariatet, Lægeforeningen og LVS afholder orienteringsmøde for selskaber, hvor modellen med mulighed for understøttelse fra sekretariatet fremlægges.
3. Selskaber, som efter orienteringsmødet tilslutter sig modellen, sættes i gang i et rul.

Hvis Rådet finder behov, kan der nedsættes et rådgivende udvalg bestående af et begrænset antal formænd fra de selskaber, der indtil videre har tilsluttet sig modellen. Det rådgivende udvalg kan i dialog med sekretariatet bidrage til den løbende udvikling af retningslinjearbejdet, retningslinjeskabelonen og visningsplatformen i takt med, at de tages i brug af de sundhedsprofessionelle. Det rådgivende udvalg vil desuden kunne være bannerfører for modellen over for selskaber, der endnu ikke har tilsluttet sig.

10. Bilag

Bilag 1: Eksempel på ordlyd i retningslinje ved anbefaling fra Rådet

I de tilfælde, hvor Rådet formulerer en anbefaling om implementering til en faglig anbefaling, skal det formuleres tydeligt i retningslinjen, hvad der er den faglige anbefaling, men at der i Rådet er formuleret en anbefaling om en anden implementering, på baggrund af en prioritering.

Ordlyden i retningslinjen kan fx være følgende: *Set fra et fagligt synspunkt er der belæg i litteraturen for at anbefale XXX, men anbefalingen lyder i stedet YYY efter en ressourcemæssig prioritering foretaget af Rådet.* I visningsplatformen skal de sundhedsprofessionelle desuden kunne tilgå evidensgrundlaget for den faglige anbefaling samt den eventuelle ressourcevurdering, der ligger til grund for Rådets prioritering.

Bilag 2: Indhold i retningslinjeskabelonen

Retningslinjeskabelonen vil f.eks. kunne indeholde følgende:

- **Titelblad** med en sigende og søgbar titel og med tydelig angivelse af dato for seneste opdatering samt versionsnummer.
- **Ændringslog** hvor den sundhedsprofessionelle hurtigt kan få overblik over ændringer ift. tidligere udgaver.
- **Anbefalinger i kort form** (quick guide) ledsaget af en angivelse af evidensgrundlagets karakter (fx A-E) – den korte version til den hurtige, kliniske anvendelse der samtidig giver fornemmelse af hvor 'stærk' anbefalingen er.
- **Introduktion** bl.a. med angivelse af hvilken patientpopulation anbefalingerne er rettet mod.
- **Anbefalinger og litteraturgennemgang** hvor præcise og entydige anbefalinger efterfølges af angivelse af evidensgrundlagets karakter, inkl. litteraturgennemgang og evidensvurdering med tydelig angivelse af reference og evidensniveau, patientværdier og –præferencer og rationale (hvilke overvejelser ligger til grund for anbefalingens ordlyd, fx valg af ordene skal, bør, kan – hvilke resultater/studier tillægges særlig betydning, afvejning af fordele og ulemper etc). Her anføres også 'do not' anbefalinger, altså ting man bør holde op med at gøre.
- **Referenceliste** i klassisk videnskabeligt format med mulighed for entydig identifikation af de enkelte studier
- **Metode** med beskrivelse af hvordan litteraturen er fremsøgt og gennemgået, hvordan anbefalingerne er formuleret og hvilke interessenter, der har været involveret eller hørt, godkendelsesprocessen, forfatterliste med angivelse af evt. interessekonflikter samt plan for opdatering.
- **Klinisk ressourcevurdering** med angivelse af i hvilket omfang retningslinjen indeholder anbefalinger, der skønnes at medføre ekstraudgifter, øgede personaleressourcer eller større organisatoriske ændringer og derfor evt. bør underkastes en sundhedsøkonomisk analyse eller budgetøkonomisk analyse.

- **Spild og afvikling af unødvendige behandlinger og procedurer** med angivelse af, om retningslinjen indeholder "do not-anbefalinger", dvs. anbefalinger som man bør holde op med at følge, fordi det ikke gavner patienten.
- **Monitorering** med forslag til navngivne kliniske kvalitetsdatabasers styregrupper om monitorering af udvalgte anbefalinger
- **Evt. behov for yderligere forskning** kan anføres hvis der ved litteraturgennemgangen er identificeret områder, hvor der mangler forskning eller hvor eksisterende forskningsresultater er inkonsistente
- **Bilag** sv.t. forfattergruppens valg og behov, f.eks. søgestrategi, samt beregninger af ressourceforbrug.
- **Om denne kliniske retningslinje** standardtekst med beskrivelse af at retningslinjer har karakter af faglig rådgivning, ikke er juridisk bindende, og at det altid er det faglige skøn der afgør, hvad der er den rette behandling i det enkelte patientforløb.