

Kommentarer fra Ulrich Fredberg den 27. februar 2021 til ”Administrationens kommentarer til henvendelsen”

Region Midts håndtering har desværre et helt afgørende ansvar for det, der kaldes ”Den største forvaltningsskandale” i regionernes historie, hvor patienter er udsat for en unødigt risiko og andre sandsynligvis har mistet livet.

Ovennævnte bilag (” Administrationens kommentarer til henvendelsen”) forsøger vha. ”Mørkelygten” (dvs. fordunkle sagen ved at forvride oplysningerne i forsøget på at få dem til at passe til formålet udenad sige noget faktisk forkert) at redde ansigtet, men de faktuelle kendsgerninger er:

- Der er ingen, der påstår, at de praktiserende læger i Region Nord henviser til lavdosis CT. De har fået mulighed for i større omfang i stedet for at henviser til fulddosis CT, som de praktiserende læger i stigende grad anvender i stedet for røntgen af lungerne.
- Ingen betvivler, at dette sandsynligvis er en afgørende faktor for, at lungekræftpatienter lever længere i Region Nord end andre steder i landet.
- Erik Jakobsen, overlæge i lungekirurgi og klinisk lektor på Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling ved Odense Universitetshospital, og leder af Dansk Lunge Cancer Register samt del af Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCCG) udtaler i Onkologisk Tidsskrift 10. februar 2021: ”I Region Nordjylland har praktiserende læger gennem en årrække været bedre til at henviser til CT-scanninger. Alene det at give de praktiserende læger adgang til at henviser til CT-scanning, ser ud til at forbedre diagnostikken. Det gør også, at hastigheden i udredningen bliver hurtigere, når man springer et mellemlid over. Det er et budskab, vi gerne vil have ud. **Det kan gøre en stor forskel at give praktiserende læger det tilbud, da røntgenundersøgelsen overser en stor andel af lungekræfttilfælde.** Hvis praktiserende læger har en fornemmelse af, at der kan være alvorlig sygdom bag de vage symptomer, så skal de praktiserende læger have mulighed for at kunne henviser patienten til CT-scanning. Jeg mener ikke, at alle patienter i spor 3 skal CT-scannes, men **at de praktiserende læger skal have mulighed for og i højere grad benytte sig af henvisning til CT-scanning uden visiteringsfilter på sygehusene.** Jeg er helt tryk ved, at de praktiserende læger ud fra deres speciallægeviden vurderer, hvilken undersøgelse der er behov for i det videre udredningsarbejde – herunder CT-scanning. Vi (DLCCG, red.) vil ikke blande os i, hvordan det gøres.” (Understregningerne er mine).
- Henvisninger til lavdosis CT i det 3. diagnostiske spor er ikke i strid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sundhedsstyrelsen har sågar tidligere slået fast, at der **ikke** er retningslinjer for udredning i det 3. diagnostiske spor og udsendt en vejledning af 20. november 2020, hvor ”det understreges, at der på nuværende tidspunkt ikke er tilstrækkelig viden til at fastlægge en faglig standard for billeddiagnostisk udredning af lunger, når denne foretages med et bredere differential-diagnostisk sigte”!

Sundhedsstyrelsen har også fastslået: *”Sundhedsstyrelsen har ikke fastlagt en faglig standard for billeddiagnostisk udredning af lunger, når denne foretages med et bredere differentialdiagnostisk sigte (hvor den praktiserende læge mener, at patientens symptomer kan passe med flere forskellige diagnoser og ikke mistænker en speciel, red.). Der mangler viden i forhold til, om man i den situation skal tage et almindeligt røntgenbillede af brystet, selvom vi godt ved, at det ikke er en perfekt undersøgelse, og man f.eks. kan overse en tumor i lungerne. Eller om man skal vælge en undersøgelse som lavdosis-CT, som måske er bedre til at påvise svulster, men som omvendt også kan give en del bifund (’falsk positive’) og giver en højere stråledosis.”*

Tidligere fagligt tåbelige konklusion fra administrationen i Region Midt om, at mistanke kan ikke gradbøjes, så *”alle med mindste mistanke om lungekræft skal henvises til højdosis CT”*, udløste hele lavdosis CT-sagen. Dette krav er nu underkendt af alle fagfolk som fagligt urealistisk og uhensigtsmæssigt. Sundhedsstyrelsen skriver således: *”den konkrete lægefaglige vurdering af, om der er mistanke om kræft vil altid bero på et skøn, og der vil være tale om forskellige grader af mistanke”*.

- Det er en faktuel kendsgerning, at der er langt, langt dårligere videnskabelig dokumentation for effekten (fordele/ulemper) ved at anvende højdosis CT i såkaldte lavprævalensområder (hvor kræfthyppigheden kun er et par procent) i forhold til lavdosis CT, som man har brugt i 30 år og til screening i 20 år.
- Når Sundhedsstyrelsen skriver, at der mangler robust dokumentation for at indføre lavdosis CT ”generelt”, dækker ”generelt” over udrulning af Silkeborgmodellen til hele landet. Sundhedsstyrelsen har i snart 6 år været bekendt med Silkeborg-ordningen, og har været på besøg i Silkeborg 2 gange og har kun rost tiltaget. Det er tidligere slået fast, at Sundhedsstyrelsen ikke har forbudt Silkeborg at lave lavdosis CT og at Styrelsen for Patientsikkerhed ikke er kommet med nogen former for påbud til Silkeborg.
- Administrationen blander diagnostik i det såkaldte 2. diagnostiske spor ind i sagen, hvilket er helt irrelevant, og skyldes enten en manglende faglig forståelse – eller et forsøg på at bruge mørkelygten.
- Administrationen anfører, at Sundhedsstyrelsen ikke anbefaler lavdosis CT i hverken det diagnostiske spor 1 og 2, hvilket der aldrig er nogle, der har været uenige i. Det er endnu en irrelevant kommentar fra administrationen, som enten skyldes en manglende faglig forståelse - eller endnu et forsøg på at bruge mørkelygten.
- Lavdosis CT skanning er indiskutabelt og veldokumenteret langt, langt bedre end røntgen af lungerne, og tiltaget i Silkeborg har i følge eksperter potentialet til at redde flere hundrede menneskeliv - hvert år, hvis man nationalt får samme stadiefordeling ved nydiagnosticerede lungekræftpatienter som i Silkeborg.
- Administrationens stop af ordningen i Silkeborg har derfor med meget stor sandsynlighed kostet menneskeliv.

- En forsæt lukning af praktiserende lægers mulighed for at henvise til lavdosis CT i stedet for røntgen i det 3. diagnostiske spor vil således med stor sandsynlighed koste endnu flere menneskeliv, hvis ikke ordningen genindføres øjeblikkeligt - også i ventetiden på MTV-rapporten fra Sundhedsstyrelsen.
- Tilbage står en placering af ansvaret og beslutning af de nødvendige konsekvenser for de ansvarlige for de sandsynligt tabte menneskeliv, som er sket på et åbenlyst forkert grundlag.