

## Retningslinjer for guidelines

### Overordnet kommissorium

At etablere fælleslandsdækkende kliniske guidelines for håndteringen af udvalgte og afgrænsede kliniske problemstillinger med berøringsflade indenfor specialerne Intern Medicin: Gastroenterologi og Hepatologi og Kirurgi. Guidelines skal etableres ud fra evidens baseret viden om klinisk håndtering eller med afsæt i bedste kliniske praksis baseret på den foreliggende litteratur og ekspert viden. Guidelines vil blive fremlagt til diskussion på workshops i forbindelse med det fælles DASL og DGS årsmøde (medicinske guidelines) eller DKS årsmøde (kirurgiske guidelines). Guidelines med fælles berøringsflade skal fremlægges til diskussion både på DKS årsmøde og DASL/DGS årsmøde. Efterfølgende skal guidelines sendes til høring i DKS, DASL og DGS i 3 måneder før endelig godkendelse.

### Styregruppen

Sammensætning, valg og valgperioder.

- Styregruppens medlemmer udpeges for 4 år ad gangen af bestyrelserne for DGS, DASL og DKS, med mulighed for genvalg
- Styregruppe skal have min. 5 medlemmer (min. 1 fra hvert af selskaberne DGS, DKS, DASL).
- Styregruppen skal sammensættes bredt fra hele DK, med repræsentanter fra både højt specialiseret afdeling og afdelinger med hovedfunktion og det skal tilstræbes at der kun er en repræsentant fra hvert hospital.
- Medlemmerne af styregruppen fordeler opgaverne mellem sig efter indbyrdes aftale.
- En mediciner i styregruppen er ansvarlig for håndteringen af de medicinske guidelines og en kirurg for de kirurgiske guidelines. De samme personer skal i fællesskab håndtere de fælles guidelines.

Opgaver og forpligtelser

- Alle kan fremsende forslag til emner for nye guidelines samt til revision af gamle guidelines.
- Styregruppen prioriterer mellem de fremsatte forslag til nye/reviderede guidelines og sammensætter programmet for næste møde. Styregruppen er ansvarlig for afvikling af de årlige guidelinemøder.
- Styregruppen er ansvarlig for udarbejdelse af skabeloner til guidelines og fastsætter tidsfrister.
- Referat fra Styregruppemøder lægges på selskabernes hjemmesider (DASL, DGS og DKS).
- Styregruppen vurderer på basis af tilbagemelding fra arbejdsgrupperne hvilke guidelines, der bør revideres/fjernes fra web-siden. Dette annonceres sammen med nye emner. Hvis en given arbejdsgruppes medlemmer ikke længere er aktive, er det Styregruppens ansvar, at ikke tidssvarende guidelines fjernes/revideres.

### Arbejdsgrupper

Tovholderen

- Tovholderen er ansvarlig for at arbejdsgruppen sammensættes efter gældende praksis – se nedenfor.
- Tovholderen udpeges af styregruppen. Skal være speciallæge.
- Tovholderen er ansvarlig for at arbejdet udføres indenfor gældende tidsfrister.

Gruppernes sammensætning og størrelse

- Arbejdsgrupperne skal bestå af min. 5 personer. Gruppen sammensættes af tovholderen og skal bestå af min. 2 speciallæger og 2 YL i hoveduddannelsesforløb. Ved guidelines som har fælles berøringsflade mellem med. og kir. skal begge specialer være repræsenteret.
- Arbejdsgrupperne skal være bredt geografisk repræsenteret, med medlemmer fra afdelinger med hovedfunktion og regions/højtspecialiseret funktion.
- Hvor det er relevant, bør arbejdsgruppen suppleres med repræsentanter fra speciallægepraksis.
- Hvor det er relevant bør arbejdsgruppen suppleres med repræsentanter fra andre specialer.

### Færdiggørelse og godkendelse af guidelines

Se generel tidsplan. Tovholderen reviderer guidelines efter indstilling fra det fælles årsmøde mellem DASL og DGS, samt udvalgsindstillinger fra DKS. Ændringsforslaget lægges på hjemmesiderne i 3 mdr. Er der ikke modtaget væsentlige indvendinger til styregruppe eller tovholder er den godkendt. Hvis der efter indstilling i høringsfasen skønnes behov for større revision af en guideline skal den behandles igen på næste møde.

## Udløbstid og revision

Guidelines bør vurderes mhp. revision

- senest efter 3 år
- på et hvilket som helst tidspunkt, hvis afgørende ny viden inden for emnet skulle fremkomme

Er der kun behov for mindre ændringer kan tovholderen selv udarbejde ændringsforslag eller uddelegere opgaven til et andet medlem af arbejdsgruppen.

I tilfælde af behov for en omfattende revision påhviler opgaven hele arbejdsgruppen, eller der kan nedsættes nye arbejdsgrupper. Den reviderede guideline lægges på selskabernes hjemmesider med henblik på fremlæggelse ved næste guidelinemøde i henhold til tidsplan.

Appendix

### **Evidensniveau for kliniske studier og anbefalinger**

	Evidensniveau	Anbefaling
Randomiseret kontrolleret klinisk (terapeutisk eller diagnostisk) forsøg af god kvalitet og metaanalyse af randomiserede kontrollerede kliniske forsøg eller systematisk review	<b>I</b>	<b>A</b>
Prospektivt kontrolleret, men ikke randomiseret studie (kohortestudie). Diagnostisk test evalueret med direkte metode	<b>II</b>	<b>B</b>
Kontrolleret, men ikke prospektivt studie (case-control studie). Diagnostisk test evalueret med indirekte metode)	<b>III</b>	
Deskriptive studier, rapport fra ekspertkomité, narrativt review	<b>IV</b>	<b>C</b>