
Har vi troverdige retningslinjer for klinisk praksis i Norge?

LEDER

PER OLAV VANDVIK

per.vandvik@gmail.com

Per Olav Vandvik (f. 1968) er blant annet professor ved Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Han leder også MAGIC, som er en ideell stiftelse som arbeider for å forbedre *Retningslinjer for klinisk praksis*, blant annet gjennom et økosystem for digital og troverdig kunnskap for helsetjenesten og *BMJ Rapid Recommendations*.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: MAGIC har mottatt finansiering for forskning og innovasjon fra offentlige institusjoner som Helse Sør-Øst og Innovasjon Norge. MAGIC mottar finansiering fra organisasjoner som bruker MAGICapp.

Retningslinjer for behandling av sepsis reiser viktige spørsmål.

Kaspersen og medarbeidere belyser et viktig tema for norsk helsetjeneste: Hvordan kan vi sikre pasienter effektiv og trygg behandling gjennom faglige retningslinjer, i dette tilfellet ved sepsis [\(1\)](#)?

Faglige retningslinjer må være utviklet i tråd med veldefinerte og internasjonalt aksepterte standarder for at de skal være troverdige [\(2, 3\)](#). Anbefalingene skal blant annet bygge på en systematisk gjennomgang av relevant forskningslitteratur, en balansert vurdering av fordeler og ulemper ved aktuelle behandlingsalternativer og adekvat håndtering av interessekonflikter. GRADE-metodikken utgjør det ledende graderingssystemet for å nå sentrale standarder, gjennom en systematisk og transparent prosess [\(3\)](#). For eksempel skal man i kunnskapsgrunnlaget beskrive fordeler og ulemper med tilhørende kvalitet på dokumentasjonen, og anbefalinger skal være konkrete med angitt styrke basert på forventet behandlingsgevinst, med viktige implikasjoner for bruk i praksis [\(3\)](#).

Helsedirektoratet besluttet allerede i 2012 å følge standarder for troverdige retningslinjer, og benytter i dag GRADE-metoden og har digitalisert nasjonale retningslinjer gjennom bruk av MAGICapp (4). For de fleste anbefalingene for sepsis viser Kaspersen og medarbeidere imidlertid til *Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)* som nasjonale retningslinjer. Slike oppslagsverk utgjør nyttige informasjonsressurser, men har ikke status som nasjonale retningslinjer og oppfyller heller ikke sentrale standarder for troverdighet.

Kaspersen og medarbeidere konkluderer med at lokale retningslinjer for sepsis er tilgjengelige ved de aller fleste sykehus og overveiende i godt samsvar med nasjonale og internasjonale retningslinjer. En mer detaljert redegjørelse for styrke på anbefalingene og kunnskapsgrunnlaget de lokale retningslinjene bygger på, ville gjort det enklere å vurdere hvorvidt et tilsynelatende samsvar gjenspeiler faktiske realiteter. Noen eksempler gir grunn til bekymring, sett opp mot de identifiserte internasjonale retningslinjene og nye nordiske retningslinjer som møter sentrale standarder for troverdighet (5, 6). Ved septisk sjokk gir disse retningslinjene sterke anbefalinger for noradrenalin fremfor dopamin ved akutt sirkulasjonssvikt, først og fremst ut fra økt risiko for arytmier. I de fleste lokale retningslinjer hadde man imidlertid dopamin som et alternativ, og ved ett sykehus anbefalte man dopamin som førstevalg. Bruk av stivelse ved væskerescusitering ble nevnt som et alternativ ved tre store norske sykehus. Dette er urovekkende i lys av solid dokumentasjon fra randomiserte studier som har resultert i sterke anbefalinger mot stivelse i de nevnte internasjonale og nordiske retningslinjene. I den nasjonale retningslinjen fra Helsedirektoratet anbefaler man høydose penicillin i kombinasjon med gentamicin, i samsvar med de fleste lokale retningslinjene. Denne anbefalingen har vært diskutert i fagmiljøet, noe Kaspersen og medarbeidere også nevner (7). Flere godt utførte systematiske oversikter angir lav kvalitet på dokumentasjonen for aminoglykosider som tillegg til penicillin, uten sikre holdepunkter for gevinst og med risiko for terapivikt og nyresvikt (8). Disse tre eksemplene svekker troverdigheten ved de norske retningslinjene og indikerer at pasientene mottar behandling som ikke er i tråd med beste tilgjengelige kunnskap.

Fører troverdige retningslinjer for sepsis til økt overlevelse, bedre helse og mer fornuftig bruk av helseressurser? Kaspersen og medarbeidere beskriver ikke i hvilken grad de ulike retningslinjene er implementert i praksis. Vellykket implementering er en krevende kunst (9). I mangel av kunnskap, ressurser og gode verktøy for å implementere, evaluere og kontinuerlig forbedre praksis forblir selv de mest troverdige retningslinjer verdiløse. Så hvor bør veien gå videre?

Kaspersen og medarbeidere stiller – betinget i unødvendig ressursbruk – et betimelig spørsmål ved behovet for lokale retningslinjer. Bruk av teknologi og digitalt strukturerte data – tatt i bruk blant annet av Helsedirektoratet – gjør det nå mulig å plugge inn troverdige anbefalinger i nasjonale og lokale retningslinjer og prosedyrer, med tilpasning til lokal praksis dersom det er nødvendig (4). Anbefalingene bør også kunne integreres som beslutningsstøttesystemer i elektronisk pasientjournal, knyttet til pasientdata (4).

Et neste steg er kobling til registre med digitalt strukturerte data for kontinuerlig evaluering av ny kunnskap. Ved behov for bedre kunnskap – slik tilfellet er for sepsis – bør registerbaserte, randomiserte studier kunne utføres i vanlig praksis, som demonstrert i Sverige (10). Med et slikt økosystem av digital og troverdig kunnskap vil målet om dokumentert trygge og effektive helsetjenester være oppnåelig (11).

La oss håpe at norske klinikere og pasienter stadig oftere møter troverdige og anvendbare retningslinjer i praksis, og at Legeforeningen omsider tar en mer aktiv rolle i dette arbeidet.

LITTERATUR

1. Kaspersen ER, Ræder J, Dahl V. Retningslinjer for behandling av sepsis. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi: 10.4045/tidsskr.17.0493. [CrossRef]
2. Vandvik PO, Berg R, Vist G. En ny generasjon troverdige kliniske retningslinjer. Nor Epidemiol 2013; 23: 197 - 204. [CrossRef]
3. Laine C, Taichman DB, Mulrow C. Trustworthy clinical guidelines. Ann Intern Med 2011; 154: 774 - 5. [PubMed][CrossRef]
4. Vandvik PO, Brandt L, Alonso-Coello P et al. Creating clinical practice guidelines we can trust, use, and share: a new era is imminent. Chest 2013; 144: 381 - 9. [PubMed][CrossRef]
5. Møller MH, Claudius C, Junttila E et al. Scandinavian SSAI clinical practice guideline on choice of first-line vasopressor for patients with acute circulatory failure. Acta Anaesthesiol Scand 2016; 60: 1347 - 66. [PubMed][CrossRef]
6. Perner A, Junttila E, Haney M et al. Scandinavian clinical practice guideline on choice of fluid in resuscitation of critically ill patients with acute circulatory failure. Acta Anaesthesiol Scand 2015; 59: 274 - 85. [PubMed][CrossRef]
7. Nordøy I, Laake JH. Uforsvarlige retningslinjer for antibiotikabruk i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1056. [PubMed][CrossRef]
8. Paul M, Lador A, Grozinsky-Glasberg S et al. Beta lactam antibiotic monotherapy versus beta lactam-aminoglycoside antibiotic combination therapy for sepsis. Cochrane Database Syst Rev 2014; 1: CD003344. [PubMed]
9. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN et al. Knowledge translation of research findings. Implement Sci 2012; 7: 50. [PubMed][CrossRef]
10. James S, Rao SV, Granger CB. Registry-based randomized clinical trials – a new clinical trial paradigm. Nat Rev Cardiol 2015; 12: 312 - 6. [PubMed][CrossRef]
11. MAGIC. Creating trustworthy guidelines, evidence summaries and decision aids that we can all use and share. <http://magicproject.org>

(26.1.2018).

Publisert: 19. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0102
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. juni 2026.