
Kampen om retningslinjene

REDAKSJONELT

BJØRNDAL A

Dårlig veiledning er verre enn ingen veiledning, derfor må kliniske retningslinjer lages på en systematisk og eksplisitt måte

Leger har forståelige problemer med å håndtere kunnskapsmengden i medisinen. Det skyldes rot i arkivrommet i det medisinske hus og en medisinsk ukultur som bare har premiert ny primærforskning og aldri har gitt meritt for oppsummering av kunnskap. Manglende trening i kritisk vurdering av vitenskapelige funn gir en svakt utviklet kritisksans i bedømmelsen av intervensjonsgrenser. Kunnskapshierarkiet er i oppløsning, og primærleger aksepterer ikke lenger diktat fra organspesialistene.

Kliniske retningslinjer tilbyr et grep om en stor kunnskapsmengde. Slike handlingsprogrammer oppsummerer kunnskap om utbredelse, årsaker, diagnostikk, forebygging, behandling og oppfølging. De rommer også som regel avveininger mellom positive effekter og bivirkninger, nytte og kostnad, integrerer individuelle og kollektive verdivalg, for ofte å endemed konkrete anbefalinger. De brukes rutinemessig av alle klinikere. Verden over produseres de på løpende bånd (1).

For den som hver dag skal treffe mange beslutninger om svært forskjellige pasientproblemer, representerer gode handlingsprogrammer trygghet for at praksis baseres på den beste, tilgjengelige kunnskap. De som utformer helsepolitikken og finansierer helsetjenestene, burde se retningslinjer som et verktøy for et mer enhetlig og effektivt helsetjenestetilbud. Ikke minst er gode retningslinjer et mulig redskap for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen og derfor viktige for den enkelte som møter helsetjenesten med en sykdom eller risiko for sykdom. Men som Jostein Holmen og medarbeidere drøfter i dette nummer av Tidsskriftet er området et minefelt (2). I Norge er det stor uenighet bl.a. om retningslinjer for behandling av høyt blodtrykk, hyperkolesterolemi og osteoporose.

Dårlige retningslinjer er verre enn ingen veiledning. Kommandopregede handlingsimperativer basert på dårlig oppsummert og bare delvis relevant forskning, influert av sterke særinteresser, som ikke tar hensyn til behovet for

åindividualisere etter risiko og pasientens preferanser, vil bidra til en alminnelig fordomming, fremme ressursødende praksis, og hemme en nødvendig demokratisering av beslutningsmakt i medisinen.

Å lage gode retningslinjer er et omfattende arbeid (3). De må baseres på en systematisk og eksplisitt metode for oppsummering av kunnskap og på en god måte integrere andre hensyn som er viktige for handlingsvalg, bl.a. vurderinger av behov, pasienters meninger og samfunnets betalingsvilje (2). Det er i det hele tatt ikke vits i å lese en retningslinje som ikke beskriver hvilken fremgangsmåte som er brukt i utarbeidelsen; gyldigheten av anbefalingene lar seg da ikke bedømme.

Det er ingen selvfølge at retningslinjer påvirker praksis. Sjansen for at allmennleger følger anbefalinger øker hvis de er kunnskapsbaserte, tydelige og ikke for kontroversielle (4). Implementeringen må ta hensyn til hvilke hindringer praktiskere opplever når de ønsker å yte behandling av høy kvalitet.

Systematisk utviklede retningslinjer gjør det lettere å avklare årsaker til uenighet. Som regel vil man finne at kontroversene bunnar i ulik bedømmelse av behov, forskjellig tolking av kunnskapsgrunnlaget eller uenighet om hvilke verdier man knytter til utfallene.

De som utvikler retningslinjer, f.eks. Norsk selskap for allmennmedisin og andre spesialforeninger, får i dag ikkeden nødvendige støtte. Pålitelig oppsummering av kunnskap er ikke noe velmenende praktiskere greier på egen hånd i ensen kveldsstund. Denne virksomheten krever et samarbeid mellom klinikere og metodesterke miljøer, som også må holde oversikt over den flora av retningslinjer som vokser frem, for å unngå unødig dobbeltarbeid. For helsemyndighetene og Legeforeningen vil det være en fordel at klinisk praksis i Norge veiledes av et sett med kunnskapsbaserte retningslinjer som er egnet for lokal tilpasning og utviklet uten særinteresser som motivasjon. Derfor må disse instansene på banen for å organisere og finansiere denne virksomheten. Hvis ikke taper vi kampen om retningslinjene.

Arild Bjørndal

Arild Bjørndal (f. 1956) er professor i anvendt samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo, avdelingsoverlege ved Folkehelse og leder av styringsgruppen for det nordiske Cochrane-senteret.

LITTERATUR

1. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harm of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527-30.
2. Holmen, J, Hetlevik I, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1794-7.
3. *Retningslinjer for retningslinjer*. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
4. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, in't Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998; 317: 858-61.

Publisert: 10. mai 1999. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.