

Retningslinjer for diagnostikk og behandling er nødvendig, men de er krevende å få frem. Hvem skal ha som oppgave å lage slike?

Retningslinjer – av hvem og for hvem?

Kliniske retningslinjer er til for å gjøre hverdagen lettere for leger i klinisk praksis. Konkrete og presist formulerte anbefalinger bidrar til at praksis blir kunnskapsbasert (evidensbasert) og at det blir lettere for leger å foreta gode og objektive beslutninger. Både i og utenfor sykehus er det nødvendig med lokale retningslinjer og prosedyreprotokoller. Disse vil oftest være basert på nasjonale eller internasjonale retningslinjer, som dermed blir normgivende for klinisk praksis. Ledere i helsesektoren, politikere og andre som ikke behandler pasienter, er gjerne positive til retningslinjer, klinikere er ofte mer skeptiske. Kritiske røster hevder at retningslinjer reduserer den store variasjonen av kliniske problemstillinger til et «gjennomsnitt», og at dette står i veien for å iverksette en individualisert og optimal behandling av den enkelte pasient (1).

Hvem er berettiget til eller i naturlig posisjon for å initiere utarbeiding av kliniske retningslinjer? Svaret er ikke opplagt, og i dag er det mange aktører på området. Mange retningslinjer dreier seg om medikamentell behandling og kan i ulik grad utløse kostnader for tredjepart, nemlig det offentlige helsevesen og trygdevesenet. Myndighetene vil naturlig nok være interessert i hva som blir innholdet i retningslinjene. Det samme gjelder legemiddelindustrien, som i tillegg til det faglige aspektet har et legitimt behov for økonomisk profitt.

Et blikk på hjerte- og karsykdommer viser at dette er en arena for mange aktører. Profesjonsforeningen European Society of Cardiology har i mange år vært raskt ute med å lage terapianbefalinger innen ulike områder, bl.a. for hypertensjon og dyslipidemi. Denne type retningslinjer er rettet mot både kardiologer og allmennleger, som jo er de som i første rekke forestår behandlingen av høyt blodtrykk og lipidforstyrrelser. Norske allmennleger har opp gjennom årene utformet sine egne retningslinjer for disse områdene. Disse har i betydelig grad avveket fra anbefalinger fra kardiologiske fagmiljøer. Kunnskapsgrunnlaget har vært det samme, tolkingen og vektleggingen er blitt forskjellig.

Myndighetene har også medvirket til å utarbeide retningslinjer for diagnostikk og behandling. Inntil nylig arrangerte Statens legemiddelverk og det svenske Läkemedelsverket i fellesskap såkalte terapiverksteder. Disse møtene hadde høy grad av profesjonsstyring og en intensiv arbeidsform. De ble avvirket i 2005 etter initiativ fra norske myndigheter, angivelig fordi det skulle bli en annerledes, nasjonal norsk satsing på utarbeiding av retningslinjer. Sosial- og helsedirektoratet skulle få en mer fremtredende rolle. Mange leger som deltok i terapiverksteder mener at møtene var et egnet forum for å utarbeide og revidere retningslinjer, bl.a. fordi kompetansen ble bredere og perspektivet videre med både svenske og norske deltakere. Også fra svensk side var det ønsket om å fortsette dette samarbeidet (Beermann B, Läkemedelsverket, personlig meddelelse).

Denne utviklingen er del av et større bilde. Er statlige myndigheter i ferd med å ta et sterkere styringsgrep om medisinsk kunnskap? De siste årene har det skjedd en betydelig utvidelse av staber og budsjetter i den sentrale helseforvaltning (2). Myndighetenes grep kan også merkes i Legemiddelmeldingen (3). Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, som er opptatt av å tydeliggjøre sin uavhengighet i forhold til sine myndighetsorganer (4), skal formidle informasjon om legemidler basert på kunnskapsoppsumme-

ring og «bistå Legemiddelverket og Sosial- og helsedirektoratet med å utvikle effektive metoder for å formidle myndighetsinformasjon» (3). Det synes som om direktoratet er kommet sterkere med i utformingen av retningslinjer på felter der profesjonsforeningene tradisjonelt har spilt en sentral rolle.

Kan Sosial- og helsedirektoratet gi et substansielt bidrag til arbeidet med kliniske retningslinjer utover det som profesjonene og spesialistene yter? To forhold kan tale i myndighetenes favør. I retningslinjer utarbeidet av profesjonsforeninger har kostnadsaspektet stort sett vært utelatt. Det er legitimt og berettiget at utgifter – som i hovedsak er det offentlige utgifter – tas med som en del av beslutningsgrunnlaget i utarbeidingen av kliniske retningslinjer. Dessuten kan myndighetene bidra til at råd fra allmennleger og spesialister kan bli mer samstemte.

Risikoen er at det offentlige blir administrator eller mekler i en tidkrevende prosess, mens initiativet, hurtigheten og engasjementet som preger et profesjonsinitiert arbeid – og som gir raske resultater – blir mindre fremtredende. Dette er et viktig poeng, også fordi retningslinjer trenger kontinuerlig oppdatering og justering. Medvirkning fra Sosial- og helsedirektoratet kan også bety mer dobbeltarbeid enn det som allerede gjøres i dag.

Myndighetenes ønske om sterkere grad av styring av legers praksis kan ses som en reaksjon på kommersielle interessers sterke posisjon og innflytelse i helsevesenet. Det er forståelig at man har behov for å dempe legemiddelindustriens innflytelse. Men i dette spenningsfeltet er det behov for aktører som er uavhengige ikke bare i forhold til legemiddelindustrien, men også i forhold til offentlig forvaltning. Ingen har monopol på de medisinske sannheter, og statlig styring av kunnskap er ikke ønskelig (2, 5).

Leger på ulike nivåer i helsesektoren og forskere ved akademiske institusjoner har her en utfordring. De har mye å bidra med som premissleverandører, kunnskapsformidlere, initiativtakere og aktive deltakere i utforming av kliniske retningslinjer. Bare slik kan mangfold og uavhengighet sikres. Mange ønsker å gjenopprette de svensk-norske terapiverkstedene, noe som utvilsomt vil gi større kompetansebredde og avlaste Sosial- og helsedirektoratet for oppgaver som kan utføres like godt av andre. Eller vil et enda bredere nordisk samarbeid om kliniske retningslinjer være rasjonelt og hensiktsmessig?

Åsmund Reikvam

asmund.reikvam@medisin.uio.no

Åsmund Reikvam (f. 1944) er professor ved Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo, og spesialist i indremedisin og hjertesykdommer. Han har bistilling ved Kunnskapscenteret og er leder av Norsk forening for farmakoepidemiologi.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Greenhalgh T. Papers that tell you what to do [guidelines]. I: Greenhalgh T, red. How to read a paper. 2. utg. London: BMJ Books, 2003: 139–50.
- Haug C. Statlig styring av kunnskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 991.
- St.meld. nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
- Røttingen J-A. Uavhengighet – kun på papiret? Dagens Medisin 27.5.2005.
- Haug C. Medisinske sannheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1469.