- Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Rådvilt om evidensbaserte råd

I kommentarartikkelen *Hva er evidensbaserte råd?* i Tidsskriftet nr. 6/2012 setter Ivar Sønbo Kristiansen prisverdig søkelyset på legers rolle i utvikling av faglige retningslinjer og i utformingen av norsk helsepolitikk (1). Han poengterer også at begrepet «evidens» for sjelden blir definert, blant annet i ferske diskusjoner om overtidige svangerskap og testing for humant papillomvirus. Sønbo Kristiansen reiser viktige spørsmål, men avslører samtidig manglende kjennskap til gjeldende definisjoner av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og egnet metodikk for å lykkes i arbeidet med å utvikle balanserte anbefalinger for diagnostikk og behandling i helsetjenesten (2, 3).

Blant utfordringene for dem av oss som lager kunnskapsbaserte faglige retningslinjer, er balansert integrering av systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap (klinisk ekspertise) og pasientens preferanser/verdier i en gitt kontekst, i tråd med definisjonen på kunnskapsbasert praksis (4). Ledende internasjonale organisasjoner har de siste ti år samlet seg om en felles tilnærming som skal fasilitere systematikk og transparens i vurdering av kvalitet på dokumentasjonen og i prosessen fra dokumentasjon til anbefaling.

GRADE-systemet (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) har en rekke fordeler sammenliknet med tidligere graderingssystemer, blant annet ved entydige definisjoner på kvalitet på dokumentasjonen (tiltro til effektestimatene for pasientviktige utfall) og styrke på anbefalinger (3). Fem faktorer kan svekke kvaliteten på dokumentasjonen: systematiske feil, inkonsistens i resultatene, manglende overførbarhet, upresise effektestimater og publiseringsskjevhet. I prosessen fra dokumentasjon til anbefaling vurderes fire faktorer: balansen mellom ønskede og uønskede konsekvenser av behandling, kvaliteten på dokumentasjonen, verdier og preferanser og ressursbruk.

Vår erfaring med bruk av GRADE i nylig oppdaterte internasjonale retningslinjer for antitrombotisk behandling (5) har medført noen erkjennelser med relevans for fremtidige retningslinjesatsinger:

- Klinikere har genuin klinisk kompetanse, men må også ha tilstrekkelig metodeforståelse og samarbeide med eksperter i forskningsmetodikk og helseøkonomi
- Balansen mellom fordeler og ulemper ved en behandling er ofte hårfin og kan være beheftet med betydelig usikkerhet
- Vi mangler i stor grad pålitelig kunnskap om pasienters verdier og preferanser

De to siste erkjennelsene medfører at de fleste anbefalinger blir såkalt svake/betingede, hvilket fordrer at klinikere skreddersyr appliseringen av anbefalingene til den enkelte pasient. Godt informerte beslutninger hvor også pasienten får muligheten til å vurdere fordeler og ulemper av behandlingen blir dermed stadig viktigere, slik Sønbo Kristiansen argumenterer godt for. Vi oppfordrer Sønbo Kristiansen, norske leger og myndighetene til å sette seg inn i – og ta i bruk – denne metodikken, for å slippe unødvendig rådvillhet og svakt funderte anbefalinger i fremtidige retningslinjesatsinger i Norge.

Per Olav Vandvik
Sykehuset Innlandet Gjøvik

Per Morten Sandset
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Per Olav Vandvik (f. 1968) er dr.med. og førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han er forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og konstituert overlege ved Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet Gjøvik. Vandvik jobber med kunnskapsbaserte faglige retningslinjer internasjonalt (gjennom GRADE working group) og nasjonalt (gjennom Kunnskapssenteret). Ingen oppgitte interessekonflikter.

Per Morten Sandset (f. 1956) er spesialist i indremedisin/blodsykdommer, med spesialkompetanse i hemostase og trombose. Han er forskningsleder og professor ved Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon ved Oslo universitetssykehus, editor-in-chief for *Thrombosis Research* og generalsekretær for European Thrombosis Research Organization. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kristiansen IS. Hva er evidensbaserte råd? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 638–9.
2. Standards for developing trustworthy clinical practice guidelines. www.iom.edu/Reports/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Standards.aspx [16.4.2012].
3. GRADE working group. www.gradeworkinggroup.org/society/index.htm [16.4.2012].
4. Vandvik PO, Eiring Ø. Kunnskapsbasert praksis for norske leger? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1755.
5. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S et al. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141 (suppl): 53S–70S.

Ufornuftig om evidens

I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 6/2012 kommer professor Ivar Sønbo Kristiansen med noen betraktninger om evidensbasert medisin (1). Han bruker debatten om hvilken HPV-test som er best egnet i sekundærskanning mot livmorhalskreft som eksempel (2). Sønbo Kristiansen er misfornøyd med at Helsedirektoratet har fjernet refusjonen for en norskutviklet RNA-test. Han har dårlige argumenter. Både nasjonalt og internasjonalt anbefales test med høy sensitivitet (> 98 %) som tester for minst 12 HPV-typer, ikke bare fem typer (sensitivitet 53–74 %), som den norske testen (3).

Sønbo Kristiansen påstår at Helsedirektoratets avgjørelse er tatt på bakgrunn av Kreftregisterets evaluering. Det er feil. Den er tatt på bakgrunn av internasjonal vitenskapelig litteratur. Avgjørelsen om fjerning av takstrefusjon for den norske testen ble utsatt pga. innsigelser fra den kommersielle aktøren og en liten støttegruppe, heri inkludert Sønbo Kristiansen. Kreftregisterets evaluering viste at den norske testen var for dårlig, i tråd med internasjonal litteratur (3).

Sønbo Kristiansen hevder at fem av seks kvinner som får utført konisering ikke ville ha utviklet kreft. Han mener kvinner ville gjøre ulike avveininger i forhold til om konisering skal utføres eller ikke – «... noen kan velge å ta en liten kreftisiko for å unngå falskt positive prøver eller redusert fertilitet». Vi synes han er på ville veier. Hans estimat er for lavt. Trolig ville mellom 500 og 1 000 av de 3 000 kvinnene som årlig koniseres i Norge etter kolposkopi og biopsi utvikle kreft om de avsto fra konisering (4). Vi tror ikke kvinner vil oppfatte dette som en «liten kreftisiko».

Sønbo Kristiansen skriver at det finnes to grupper forskere: De som er for RNA-tester

»»»