

Retningslinjer er nyttige og viktige.
Men retningslinjefundamentalismen må bekjempes

Retningslinjefundamentalisme

I dette nummer av Tidsskriftet argumenterer Lindemann og medarbeidere for at aminoglykosider (i kombinasjon med penicillin) fortsatt bør være standard ved empirisk sepsisbehandling (1). Dette er i samsvar med *Nasjonalt faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus*, som i disse dager publiseres av Helsedirektoratet (2). Nordøy & Laake, på sin side, hevder at denne behandlingstradisjonen ikke er kunnskapsbasert og at den kan være direkte skadelig for pasienter med sepsis (3). Deres konklusjon er sterk kost: De offisielle retningslinjene stemples som uansvarlige.

Det er viktig å diskutere det konkrete spørsmålet som Nordøy & Laake reiser – fordeler og ulemper ved bruk av aminoglykosider. Dette har stor betydning for mange kritisk syke pasienter. Men like viktig er de prinsipielle problemstillingene knyttet til *retningslinjer* – hvilken plass bør de ha i moderne medisin?

Utarbeiding av retningslinjer for å standardisere bestemte diagnostiske eller terapeutiske tiltak er et sentralt virkemiddel i såkalt kunnskapsbasert medisin og er idémessig sterkt forbundet med Cochran-bevegelsen (4). Få vil bestride at dette perspektivet på medisinsk praksis – som historisk sett er ny – har hatt positive effekter. På mange fagfelter trengte man å besinne seg når det gjaldt kunnskapsgrunnlaget og standardisere den kliniske virksomheten. Når det gjelder antibiotikabruk, er risikoen for resistensutvikling et viktig tilleggsargument: Innenfor akkurat dette fagfeltet er retningslinjer viktig *både* for å sikre dagens pasienter god behandling og samtidig beskytte morgendagens pasienter mot multiresistente mikroorganismer.

Men i enkelte kretser har begeistringen for retningslinjer tatt overhånd. Dels finnes det en tro på at de representerer et universelt svar på kliniske problemer, dels er det en vilje til å gi dem et juridisk preg for på den måten å styre kollegenes atferd. Slik *retningslinjefundamentalisme* er det grunn til å bekjempe, også av hensyn til retningslinjenes legitimitet. Ensidig argumentasjon fra retningslinjeentusiastene kan føre til at klinikerne vender ryggen til – og det er ingen tjent med.

For det første: Retningslinjer forutsetter i noen grad at alle pasienter er gjennomsnittlige (5). Slik er det selvsagt ikke. Å beslutte hvordan man skal behandle enkeltindivider utelukkende på bakgrunn av statistisk innsikt på gruppenivå er rent erkjennelsesteoretisk ganske tvilsomt. Et hverdagsseksempel kan illustrere poenget: Hvis man skal kjøpe en bukse, er det ikke spesielt fornuftig utelukkende å basere seg på nordmenns gjennomsnittshøyde – da vil det være stor risiko for at buksen ikke passer. Moderne biomedisinsk grunnforskning dokumenterer hvordan *individuell variasjon* har stor betydning for sykdom og helse, noe retningslinjer sjelden tar høyde for. Kreftsvulster har for eksempel sitt helt individuelle særpreg fra person til person (6). Responsen på en rekke forskjellige legemidler avhenger av individets særegne genetiske sammensetning og hvordan disse genene er regulert (7). Det er nylig vist at for stor grad av standardisering kan gi økt dødelighet (8). Mye tilsier derfor at fremtidens medisin vil handle om individuell skreddersøm, ikke om standardisering.

For det andre: Retningslinjer kan underkommunisere betydningen av viten som ikke er såkalt kunnskapsbasert, spesielt klinisk erfaring og patofysiologisk resonnement. Et lattervekkende eksempel er artikkelen der forfatterne (på fleip) tviler på nytteverdien av fallskjerm ved hopp fra fly, ettersom det ikke foreligger noen randomisert, kontrollert undersøkelse (9). Det alvorlige poenget er: Det

finnes flere veier til sikker kunnskap. Vi *vet* at fallskjerm er nyttig – dels via erfaring, dels via et resonnement bygd på fysikkens lover. Det betyr selvsagt ikke at man skal havne i den motsatte grøften – det finnes nok av eksempler på at erfaring og resonnement alene kan føre helt galt av sted. Målet må være en harmonisk balanse, der retningslinjer blir en av flere likeverdige pilarer som understøtter medisinsk praksis.

For det tredje: Retningslinjer kan svekke autonomien i lege-pasientforholdet. Visse formuleringer i de nye antibiotikaretningslinjene uttrykker en klar vilje til å begrense legens individuelle vurderinger: «Staten kan som eier stille krav til RHF/helseforetak om at retningslinjene skal benyttes [...]. Foretakene kan igjen stille krav til avdelingene/klinikkene om at retningslinjene skal benyttes. [...] Leger skal i hovedsak følge retningslinjene» (2). Bak disse setningene aner man forfatterens fortvilelse over kollegers manglende vilje til å ta den globale trusselen fra multiresistente mikroorganismer på alvor. Det er lett å forstå denne fortvilelsen – men er autoritære retningslinjer løsningen? I ytterste konsekvens blir legen en administrator av prosedyrer i stedet for en selvstendig og ansvarsfull fagperson. Pasienten blir i så fall den tapende part. Derfor er det oppløftende at de nye antibiotikaretningslinjene også inneholder følgende formulering fra de to brukerrepresentantene: «Enhver pasient er et selvstendig menneske som må behandles optimalt ut fra foreliggende diagnose eller skade.» En grunnleggende forutsetning for dette er at autonomien i lege-pasientforholdet bevares.

Retningslinjer er nyttige og viktige. Men retningslinjefundamentalisme må bekjempes.

Vegard Bruun Wyller
brwyller@online.no

Vegard Bruun Wyller (f. 1972) er overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Akershus universitetssykehus, professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Lindemann PC, Haldorsen BC, Smith I et al. Aminoglykosider bør fortsatt brukes i empirisk sepsisbehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1054–5.
- Nasjonalt faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus. <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/under-arbeid/Sider/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-antibiotikabruk-i-sykehus.aspx> (3.5.2013).
- Nordøy I, Laake JH. Uforsvarlige retningslinjer for antibiotikabruk i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1056.
- Wyller VB, Wyller TB. Evidensbasert medisin – et kritisk innspill. Nytt Norsk Tidsskrift 2013; 30: 61–9.
- Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. Int J Med Inform 2004; 73: 35–43.
- Everson RB. Scientific horizons in cancer control: genomes, informatics and personalized medicine. Conn Med 2012; 76: 359–64.
- Crews KR, Hicks JK, Pui CH et al. Pharmacogenomics and individualized medicine: translating science into practice. Clin Pharmacol Ther 2012; 92: 467–75.
- Livingston EH, McNutt RA. The hazards of evidence-based medicine: assessing variations in care. JAMA 2011; 306: 762–3.
- Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2003; 327: 1459–61.