



Are Brean (f. 1965) er sjefredaktør i Tidsskriftet. Han er spesialist i nevrologi og ph.d.

Foto: Einar Nilsen

Det trengs opprydding i helsevesenets utallige og ofte motstridende retningslinjer. Hvem skal ta grep om den medisinske kunnskapen?

Et kaos

«Er statlige myndigheter i ferd med å ta et sterkere styringsgrep om medisinsk kunnskap?» spurte Åsmund Reikvam i en lederartikkel i Tidsskriftet i 2007 (1). Ni år senere ser svaret ut til å være ja. På Helsedirektoratets nettside Nasjonale faglige retningslinjer finnes det nå over 50 faglige retningslinjer og over 90 statlige veiledere (2). Inkluderer vi også prioriteringsveilederne og pakkeforløp-for-kreft-veilederne på den samme nettsiden, er det her samlet over 200 ulike dokumenter som på ulikt vis beskriver hva helsepersonell bør og ikke bør foreta seg i klinisk praksis. Selv om Helsedirektoratets krav til sine egne retningslinjer er blitt betydelig skjerpet i de senere år, er det i praksis vanskelig å se forskjell på disse og på samme nettsides ulike «veiledere», som også ofte gir føringer for diagnostikk og behandling (2).

Helsedirektoratet er langt fra den eneste aktøren på dette feltet. Legeforeningens fagmedisinske foreninger er i varierende grad aktive i utarbeiding av egne retningslinjer og veiledere. Det finnes ingen sentral oversikt over disse. Dels er de publisert på underforeningenes egne nettsider, dels foreligger de i papirform eller som rene PDF-filer. Noen sammenfaller med de nasjonale veilederne fra Helsedirektoratet, noen bygger på internasjonale retningslinjer eller konsensusrapporter, mens andre er utarbeidet etter nasjonal konsensus, uten systematisk vektning av litteratur eller grundig vurdering av forfatterhabilitet eller interessekonflikter.

Og det finnes enda flere aktører på retningslinjemarkedet. Enkelte subspecialiteter utenfor de fagmedisinske foreningene har utarbeidet egne retningslinjer. Også her er metodikken varierende. I tillegg finnes det elektroniske beslutningsstøttesystemer som *Norsk elektronisk legehåndbok* (3) og *UptoDate* (4). Begge er i utstrakt bruk og gir klare føringer for diagnostikk og behandling. For å gjøre forvirringen komplett har mange sykehus og helseforetak egne metodehåndbøker, som regel utarbeidet lokalt. Noen er fagspesifikke, andre er avdelingsspesifikke. En sentral oversikt finnes ikke. Anbefalingene i slike metodehåndbøker vil ofte omhandle de samme kliniske problemstillingene som myndighetenes og de utallige fagaktørenes retningslinjer.

Ofta blir det tydelig at denne jungelen av konkurrerende retningslinjer er et praktisk problem for klinikerne, særlig der de statlige føringene kolliderer kraftig med fagmiljøenes meninger. Da hardner debatten fort til (1, 5–7).

Problemstillingen er ikke særnorsk. I USA er det registrert mer enn ti innbyrdes motstridende retningslinjer for forebygging av kateter-assosierte urinveisinfeksjoner (8). Det amerikanske National Guideline Clearinghouse ble startet i 1990-årene av myndigheter og legeforening i fellesskap, med mål om å samle alle relevante kliniske retningslinjer. I 2014 hadde nettstedet over 2 500 og måtte stramme inn på kriteriene for å bevare tilliten (9).

Men det at flere retningslinjer ser ut til å innebære motstridende retningslinjer, er ikke det eneste paradokset ved utviklingen. Metoder som finner forskjeller på gruppenivå, slik som den klassiske randomiserte, kontrollerte studien, rangeres høyest i kunnskaps-hierarkiet. Og når retningslinjer i stadig større grad er basert på slike metoder, favoriserer de i stadig større grad den fiktive gjennomsnittspasienten. Samtidig går utviklingen i retning av en individualisering av behandlingen – den persontilpassede medisin (10). Da er retningslinjer basert på gruppedata til liten hjelp.

Et lignende paradoks er at retningslinjer nesten utelukkende omhandler enkeltsykdommer og er bygd på kunnskap fra store randomiserte studier, der multimorbiditet som regel er et eksklusjonskriterium. Men befolkningen blir stadig eldre og pasientene dermed mer multimorbide. Samtidig som vi får flere og mer detaljerte retningslinjer for klinisk praksis, risikerer vi altså at de i mindre grad enn før er relevante. I verste fall kan de være skadelige for et betydelig antall av pasientene (11). Fremtidens retningslinjer må ta høyde også for dette.

I den retningslinjeforvirringen som i mellomtiden råder for den jevne kliniker, passer den kaotiske organiseringen av Helsedirektoratets retningslinjenettside godt inn. Her er et alfabetisk hulter-til-bulter-system, der retningslinjene for behandling av spiserørskreft er omkranset av henholdsvis anbefalingene for spedbarnsernæring og veilederen for støyvurdering ved etablering av nærmiljøanlegg (2). Noe foreligger som PDF-filer og noe som HTML. Noe er oppdatert i 2008 og noe i 2016. Om statlige myndigheter ønsker å ta et sterkere styringsgrep, kan dette være et passende sted å starte oppryddingen. Eller kan legenes egne organisasjoner samle seg om et mer tydelig og enhetlig grep om medisinsk kunnskap?

Litteratur

1. Reikvam A. Retningslinjer – av hvem og for hvem? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1332.
2. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer> [27.4.2016].
3. Norsk elektronisk legehåndbok. <http://legehåndboka.no/> [27.4.2016].
4. UpToDate. <http://www.uptodate.com/contents/search> [27.4.2016].
5. Nordøy I, Laake JH. Uforsvarlige retningslinjer for antibiotikabruk i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 10: 133.
6. Rud E, Sandbæk G. Retningslinjer i feil retning. Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 22: 135.
7. Johansen TE. Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135: 924–5.
8. Classen DC, Mermel LA. Specialty society clinical practice guidelines. Time for evolution or revolution? JAMA 2015; 314: 871–2.
9. Mitka M. Groups aim for trustworthy clinical practice guidelines. JAMA 2014; 311: 1187–8.
10. Persontilpasset medisin i helsetjenesten. Rapport fra nasjonal utredning 2013/2014. Hamar: Helse Sør-Øst, 2014. <http://www.helse-sorost.no/fag/forskning-og-innovasjon/persontilpasset-medisin/nasjonal-utredning-av-persontilpasset-medisin-i-helsetjenesten> [13.2.2015].
11. Uhlig K, Leff B, Kent D et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. J Gen Intern Med 2014; 29: 670–9.