

Retningslinjer og retningsans



Redaksjonelt

*Klinisk relevante retningslinjer
kan ikke bare baseres på
informasjon fra randomiserte,
kontrollerte studier*

Litteratur

1. Tall og fakta 2002. Oslo: Legemiddelindustriforeningen.
2. Retningslinjer om retningslinjer. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
3. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277–82.
4. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke blodtrykkssenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2283–6.
5. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287–8.
6. Heiat A, Gross CP, Krumholz HM. Representation of the elderly, women, and minorities in heart failure clinical trials. Arch Intern Med 2002; 162: 1682–8.

Den tid er forbi da leger hadde lite å hjelpe seg med i møte med pasienter. F.eks. foreligger det nå 1 050 virkestoffer fordelt på 1 915 legemiddelnavn i Norge (1). Legemidlene finnes med ulik styrkegrad og kan brukes ved forskjellige indikasjoner og i ulike kombinasjoner. Årlig publiseres det anslagsvis seks millioner artikler av høyst ulik kvalitet om medisinske emner.

I prinsippet er det to måter leger kan ta seg frem i denne informasjonsjungelen på. Man kan bruke sin retningsans, sin intuisjon, sitt kliniske skjønn – eller man kan følge retningslinjer satt opp av andre.

Retningsans utvikles gjennom grundig teoretisk og praktisk kunnskap om kropp og sjel – gjennom erfaring og åpen og våken observasjon av pasienter, sykdommer og samfunn. Retningsans, det kliniske skjønn, er avgjørende for å virke som lege, men med den overveldende mengde informasjon som en lege til enhver tid bør ha oversikt over, kan man ikke stole på retningsans alene. Dessuten kan retningsans svikte selv en kjentmann, det vet den som har beveget seg på fjellet i tåke.

Derfor er kliniske retningslinjer de siste par tiår blitt et stadig viktigere hjelpemiddel. Problemet er at antall retningslinjer vokser nærmest eksponentielt, de endres stadig og kvaliteten varierer. De er utviklet på svært ulikt grunnlag og av forfattere som kan ha partsinteresser i bruk eller ikke-bruk av bestemte prosedyrer eller midler. Å lage retningslinjer for hvordan retningslinjer bør utvikles har utviklet seg til en egen disiplin (2).

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Atle Fretheim og medarbeidere retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer i tre artikler (3–5). Hovedpoenget er ikke først og fremst hva de har kommet frem til. For, som forfatterne selv påpeker, finnes det allerede mange retningslinjer på dette området i Norge, og konklusjonene er ikke så forskjellige fra dem Fretheim og medarbeidere presenterer. Poenget er metoden de presenterer for å komme frem til retningslinjene.

Forfatterne understreker at hovedstyrken ved deres retningslinjer er at de er utarbeidet slik at de åpent viser hva slags kunnskap de er bygd på og hvilke avveininger som er lagt til grunn. Dermed blir de også åpne for motforestillinger – og en slik åpning for kollegial kritikk er gunstig. Det er f.eks. lett å finne ut hvilke konkrete studier de har basert seg på, men vanskeligere å få tak i hvilke kriterier de la til grunn for inklusjon eller eksklusjon i det ekspertpanelet av allmenn- og sykehusleger som skulle evaluere dokumentasjonen, og hva dette panelets rolle egentlig

var. Vi får også vite at retningslinjene ble sendt til høring til profesjonelle og offentlige organisasjoner og interessegrupper, men vi får ikke vite hvorfor innvendinger fra sentrale aktører som Norsk selskap for allmennmedisin, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens legemiddelverk ikke ble tatt hensyn til. Det er likevel prisverdig og nødvendig at retningslinjer utvikles og presenteres på denne måten. Det gir mulighet for en viktig diskusjon.

Det mest slående er imidlertid at forfatterne finner så lite dokumentasjon de kan bruke, til tross for at hjerte- og karsykdommer kanskje er det mest gjennomstuderte området av medisinen og svært mange leger åpenbart synes det er god grunn til å behandle disse sykdommene. Det kan bero på to forhold: Enten at det ikke finnes gode holdpunkter for når man skal behandle og med hva – eller at forfatternes kriterier for å inkludere eller ekskludere dokumentasjon ikke strekker til.

En grunn kan være at bare «gode studier», helst randomiserte, kontrollerte kliniske studier, ble vurdert som god dokumentasjon (3). Nylig ble det publisert en studie som slo fast det som lenge har vært åpenbart, nemlig at pasientene som inkluderes i studiene, ikke er representative for den pasientgruppen som senere skal behandles, og at resultatene fra kliniske studier derfor ikke kan overføres direkte til klinisk praksis (6). Og selv om pasientene hadde vært representative, ville gode kliniske studier ikke kunne omfatte alle relevante pasientgrupper eller tilstander. Når man velger ut det som er mest representativt, risikerer man å velge bort kritiske avvik. Dessuten oppdages uventede effekter, interaksjoner mellom medikamenter og langtidsvirkninger oftere gjennom årvåken praksis enn som statistisk signifikant resultat i kontrollerte studier. Slik informasjon må også inkluderes når kliniske beslutninger skal tas.

Med den overflod av informasjon som skyller over både leger og pasienter, er sortering, kvalitetssikring og sammenfatning av kunnskapen, gjerne i form av retningslinjer, helt nødvendig. Men dersom retningslinjer skal bli brukbare for klinisk praksis, må atskillig mer informasjon med enn den vi kan få fra randomiserte, kontrollerte studier.

Charlotte Haug

Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

*Charlotte Haug (f. 1959) er redaktør av
Tidsskriftet.*