

Kvalitetskontroll av anbefalinger

Myndighetene må legge forholdene til rette for at kliniske anbefalinger blir systematisk og regelmessig oppdatert.

Dyp venetrombose og lungeemboli forekommer hos ca. 0,1 % av alle gravide og er en viktig årsak til maternell død. Flere av pasientene har arvelig trombofili, f.eks. antitrombin-, protein C eller protein S-mangel eller lupus antikoagulant.

Det synes å være enighet om at gravide med arvelig trombofili og gravide som tidligere har hatt tromboembolisk sykdom skal ha profylaktisk behandling med lavmolekylært heparin. Det er derimot stor usikkerhet om doseringen, om profylaksen skal gis i hele eller bare i deler av svangerskapet, om doseringen skal endres underveis og hva kvinnes vekt betyr for doseringen. Bakgrunnen for usikkerheten er at det ikke er gjennomført randomiserte studier. To små studier med usikre konklusjoner er publisert (1, 2). På grunn av mulig risiko for blødningskomplikasjoner er det i Norsk gynekologisk forenings *Veileder i fødselshjelp* foreslått relativt lave doser (3, 4).

Peter Majak og medarbeidere rapporterer i dette nummer av Tidsskriftet en studie om effektiv profylakse ved arvelig antitrombinmangel hos gravide (5). Deres studie tyder på at de doser av lavmolekylært heparin som er anbefalt (3, 4) er for lave og ikke beskytter tilstrekkelig mot trombose og emboli, samt at høyere doser av lavmolekylært heparin ikke øker blødningsrisikoen hos gravide.

Studien er en viktig kvalitetskontroll av publiserte anbefalinger og vil være av stor betydning når *Veileder i fødselshjelp* skal revideres. Imidlertid er det flere ubesvarte spørsmål om profylakse med lavmolekylært heparin hos gravide.

Den norske lægeforenings satsing på kvalitetssikring de siste ti årene er basert på et handlingsprogram vedtatt i sentralstyret i april 1992 (6, 7). Et element i denne satsingen var etablering av kvalitetsutvalg i spesialforeningene. I begynnelsen av 1990-årene var kliniske anbefalinger som hovedregel basert på lokale metodebøker. Slike metodebøker var ofte mangelfulle, dårlig oppdaterte og anbefalingene kunne være forskjellige fra sykehus til sykehus. Kvalitetsutvalgene i mange spesialforenin-

ger følte et sterkt behov for å lage et dokument som skulle trekke opp retningslinjer for hva det norske fagmiljø i den aktuelle spesialitet oppfattet som god klinisk praksis. Et slikt dokument skulle også gi veiledning og rammer for arbeidet med lokale metodebøker. En rekke spesialforeninger har utarbeidet kliniske anbefalinger, og noen av disse er revidert.

I 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene fikk fagområdet obstetrikk stadig oftere negativ medieomtale. Kolleger ble i mange rettsaker fremstilt på en uheldig måte. Norsk gynekologisk forening følte derfor et særlig behov for å lage kliniske retningslinjer utformet slik at de kunne brukes ved de fleste fødeavdelinger i landet. *Veileder i fødselshjelp* ble publisert i 1995 (3) og revidert i 1998 (4).

Kvalitetssikring i medisinsk virksomhet er summen av de tiltak som fører til en systematisk og kontrollert virksomhet. En slik medisinsk virksomhet bør være basert på sikker vitenskapelig dokumentasjon. Noen ganger er dette ikke mulig, og det hender at anbefalinger må gis på grunnlag av erfaring uten sikker etterprøvbart dokumentasjon. Den viktigste kvalitetskontroll av denne type anbefalinger er en systematisk og regelmessig oppdatering basert på sikker vitenskapelig dokumentasjon og klinisk erfaring. Dette arbeidet har stort sett vært basert på frivillighet hos medlemmene i den enkelte spesialforening og organisert av kvalitetsutvalgene. Det er i alles, ikke minst i pasientenes, interesse at kliniske anbefalinger har høy kvalitet. Dette er fagmiljøets ansvar, og spesialforeningens kvalitetsutvalg bør fortsatt ha ansvaret for dette arbeidet.

Når nasjonale anbefalinger utarbeides for første gang, er det viktig at flest mulig avdelinger er involvert og kan bidra med synspunkter. Når anbefalingene skal revideres og oppdateres, bør prosessen forenkles og effektiviseres. En måte å gjøre dette på, kunne være å opprette en mindre gruppe med bred klinisk erfaring og høy vitenskapelig kompetanse. Arbeidet kan ikke baseres på frivillighet alene, men må finansieres av det offentlige.

Knut Dalaker
kdalak@frisurf.no
Volvat Medisinske Senter
Postboks 5280 Majorstuen
0303 Oslo

Litteratur

1. Boda Z, Lazlo P, Reitø L. Low molecular weight heparin as thrombophylaxis in familial thrombophilia during the whole period of pregnancy. *Thromb Haemostat* 1996; 76: 128.
2. Millisar E, Parker CJ, Wilson NV, Monte G, Kantou C, Pemberton KD. Use of low molecular weight heparin in pregnancy. *Thromb Haemost* 1992; 68: 652–6.
3. Dalaker K, red. Norsk gynekologisk forening. *Veileder i fødselshjelp*. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
4. Dalaker K, red. Norsk gynekologisk forening. *Veileder i fødselshjelp*. Oslo: Den norske lægeforening 1998.
5. Majak P, Vikskjold F, Abildgaard U. Arvelig antitrombinmangel og graviditet – hva er effektiv tromboseprofylakse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 144–6.
6. Kvalitetssikring i medisinsk virksomhet. Handlingsprogram for Den norske lægeforening. Oslo: Den norske lægeforening, 1992.
7. Eldjarn K. Strategi for kvalitetsmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2947–8.

> Se også side 144

Kristiania Advokat

*Advokater med helsefaglig
profesjonsbakgrunn*

Ansvarlig: Advokat/lege Gudleik H. Leir

Ullernchausséen 1, 0377 Oslo
Tlf.: 23 29 66 60 – Faks.: 23 29 66 66
firmapost@kristianiaadvokat.no