



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes
tidsskriftet@legeforeningen.no

Retningslinjer i medisinsk arbeid

Norske sjukehus har siste tiåret møtt ein inflasjon i retningslinjer og metodebøker. Bakgrunnen var eit fagleg ønskje om kvalitetsutvikling pga. påvist uakseptabel behandlingsvariasjon og eit politisk ønskje om effektivisering pga. store kostnader i helsevesenet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

I Noreg skal helsetilbodet vere av høg kvalitet og rettferdig fordelt både geografisk og sosialt. Ein legg aukande vekt på helseøkonomi, dokumentert nytte og pasientrettar. For å nå dette målet må ein ha retningslinjer. Prosessen med å utarbeide slike blir dermed ein syntese med faglege, helseøkonomiske og politiske innslag (1, 2).

Å erstatte uønska variasjon med ein akseptert standard er det primære målet i kvalitetsarbeidet (2). Standardisering kan redusere feilbruk og kostnader, men også auke forbruket pga. påvist underforbruk av helse-tenester eller dokumentert effekt av kostbar behandling (3).

Somme har sett på kvalitetssikring via retningslinjer som forsøk på fagleg og økonomisk kontroll. Særleg gjeld dette i land med overforbruk av helsetenester, som USA (1). Slike forsøk blei møtt med motstand frå fagleg hald pga. omsynet til den viktige profesjonelle autonomien (3), der ein legg vekt på retten til individuell behandling på grunnlag av erfaring og klinisk skjønn (1, 2).

Pasienten si vurdering er til nå i liten grad innarbeidd i retningslinjene, men dette kan endre seg (2–4). Sannsynlegvis vil også industrien freiste å påverke av di dei har store økonomiske interesser (5).

Spørsmålet om i kor stor grad retningslinjene faktisk blir etterlevde, er uavklart (2). Berre publisering er ikkje nok, det trengst

ein gjennomtenkt strategi for implementering (2). Den effekten retningslinjene faktisk har på det kliniske arbeidet, er også varierende (6), det same gjeld for effekten på kostnadsnivået (2, 6). Både påskjøning og straff er brukt for at retningslinjer skal bli etterlevde (1).

Uansett er det uråd å lage prosedyrar som dekker alle situasjonar, og det må alltid vere plass for klinisk skjønn (7). Rigorøse retningslinjer vil svekke pasientautonomien (2). I kor stor grad skal ein pasient kunne krevje å få behandling på tvers av retningslinjene?

Den rettslege verdien av retningslinjer er også uavklart (7, 8). Ein rett vil kunne vurdere ei sak på fritt grunnlag ut frå kravet om forsvarleg behandling (7). Dette juridiske omgrepet vil ofte samsvare med den vurdering av god standardbehandling som er nedfelt i oppdaterte retningslinjer (8), men retten kan òg ignorere retningslinjene og byggje på ei uavhengig ekspertvurdering (7, 8). Spørsmålet om retningslinjer og prosedyrar kan redusere talet på klage- og erstatningssaker, er likeins uavklart (9). I USA har retningslinjer blitt brukte av begge parter i søksmål (10), manglande etterleving har i liten grad ført til søksmål (8).

Kvaliteten på retningslinjene har variert. Før var dei ofte svakt vitenskapleg dokumenterte og heller baserte på konsensus mellom ekspertar som hadde egne interesser å ta vare på (2, 3). For å oppnå god kvalitet trengst ein systematisk prosess med kvalitetskriterium (4). Retningslinjer bør informere om prognose, evaluere behandlingalternativ, med fordel og risiko, kostnad og nytte, og vere grunnlag for ein rasjonell prosess – helst med pasienten som aktiv deltakar (4).

Faglege retningslinjer blir nå i aukande grad baserte på vitenskapleg dokumentasjon (2, 4), noko som vil gje betre kvalitet og sannsynlegvis lettare implementering i både medisinsk og juridisk praksis (7, 8). Å lage kunnskapsbaserte retningslinjer er tidkrev-

jande og kostbart (2). Prosessen kan bli så tidkrevjande at publiserte retningslinjer alt er blitt forelda når dei blir trykt, og retningslinjer kan ha kort levetid (11).

Retningslinjer bør vere opent tilgjengelege, slik at dei kan bidra til å informere publikum. Dette vil kunne styrke stillinga til pasienten (3), men berre dersom det framgår om det er faglege, økonomiske eller politiske omsyn som danner grunnlaget.

Retningslinjer kan utan tvil vere til stor hjelp. Hovudproblemet blir å finne den rette balansen mellom omsynet til individuell behandling og fagleg skjønn på eine sida og kravet om optimal standardbehandling på den andre.

Birger Valen

birger.valen@fih.rfk-helse.telemax.no
Ortopedisk seksjon
Haugesund sjukehus
5504 Haugesund

Litteratur

1. Durand-Zaleski I, Colin C, Blum-Boisgard C. An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France. *BMJ* 1997; 315: 943–6.
2. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527–30.
3. Brook RH. Practice guidelines: to be or not to be. *Lancet* 1996; 348: 1005–6.
4. Owens DK. Spine update. Patient preferences and the development of clinical guidelines. *Spine* 1998; 23: 1073–9.
5. Kmietowicz Z. NICE to hold back its close links with drug industry. *BMJ* 2003; 327: 637.
6. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–22.
7. Hurwitz B. Clinical guidelines. Legal and political considerations of clinical practice guidelines. *BMJ* 1999; 318: 661–4.
8. Hurwitz B. Clinical guidelines and the law. *BMJ* 1995; 311: 1517–8.
9. Garnick DW, Hendricks AM, Brennan TA. Can practice guidelines reduce the number and cost and malpractice claims? *JAMA* 1991; 266: 2856–60.
10. Hyams AL, Brandenburg JA, Lipsitz SR, Shapiro DW, Brennan TA. Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street. *Ann Intern Med* 1995; 122: 450–5.
11. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001; 286: 1461–7.