

- » Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Kanskje retningslinjeentusiaster trengs?



I sin leder *Retningslinjefundamentalisme* i Tidsskriftet nr. 10/2013 anerkjenner Vegard Bruun Wyller retningslinjer som nyttige og viktige, men han gir samtidig tre argumenter for å dempe begeistringen for retningslinjer (1). Det finnes motargumenter.

For det første: Wyller synes å mene at dersom behandling avviker fra retningslinjene, er det fordi den er skreddersydd den individuelle pasientens spesielle behov. Hvor edelt dette enn kan høres,

finnes det et mangfold av andre grunner, alt fra legens tidligere opplæring eller vaner, via avdelingens tradisjoner til sykehusets organisering av helsetjenestene, tilgjengelig utstyr og tilstedeværende kompetanse. I slike tilfeller kan innføring av retningslinjer være en hjelp for klinikere og sykehus til å forbedre sitt behandlingstilbud.

For det andre: Retningslinjer har ikke kastet fallskjerm ut av flyet. Dels er dette på grunn av systematikken som ligger bak utvikling av retningslinjer, men mye er også takket være at klinikere ikke vender retningslinjer ryggen, men tar dem opp til åpen debatt, slik nettopp Lindemann og Nordøy & Laake gjør.

For det tredje er det interessant å merke seg at autonomien i lege-pasient-forholdet Wyller beskriver, i virkeligheten handler om lege-autonomi. Dette står som en kontrast til sluttsatsen til den refererte artikkelen til Livingston og McNutt, som skriver: «Ultimately, treatment decisions are made by patients, not practitioners and not policy makers» (2). På grunn av retningslinjeentusiastenes arbeid er retningslinjer åpne og fritt tilgjengelig, slik at pasienter selv kan delta i beslutninger om egen behandling.

Sarah Frandsen Gran
s.f.gran@medisin.uio.no

Sarah Frandsen Gran (f.1972) er lege i primærhelsetjenesten i Moss kommune. Hun er universitetslektor ved Universitetet i Oslo for faget Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring, og har i flere år vært spesialrådgiver ved Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen ved Sykehuset Østfold.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wyller VB. Retningslinjefundamentalisme. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1042.
2. Livingston EH, McNutt RA. The hazards of evidence-based medicine: assessing variations in care. JAMA 2011; 306: 762–3.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 29.5.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3012491/>

Fundamentalisme eller beste praksis?

I Tidsskriftet nr. 10/2013 uttrykker Bruun Wyller bekymring over de nye nasjonale retningslinjene for antibiotikabruk i sykehus og det han kaller retningslinjefundamentalisme (1). Jeg er ansvarlig for kapitlet om implementering som han trekker frem i sin kritikk.

De nye norske retningslinjene er tuftet på prinsippet om rasjonell antibiotikabruk: best mulig behandling for den enkelte pasient med

minst mulig resistensutvikling. Retningslinjene vil gjøre det lettere for den enkelte lege å velge antibiotikabehandling og å være sikker på at det faktisk er riktig behandling. Med andre ord: en enklere og tryggere hverdag for leger som vil arbeide på en faglig forsvarlig måte.

Antibiotikabruken øker i norske sykehus. Størst er økningen i bruken av bredspektrede antibiotika, og denne endringen er uberegtiget når man tar i betraktning den lave antibiotikaresistensen her i landet (2).

Det er to grunnleggende forhold som skiller antibiotika fra andre medikamenter. Det ene er at medikamentet ikke skal utøve effekt på pasienten, men på bakteriene. Hvilke bakterier som forårsaker hvilke infeksjoner, og hvilke antibiotika disse er følsomme for, er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for de nye retningslinjene. Det er store forskjeller mellom ulike land når det gjelder antibiotikaresistens, og derfor trenger vi retningslinjer basert på norske resistensforhold.

Det andre er at antibiotikabehandling gir ringvirkninger for andre pasienter enn den som mottar behandlingen. Antibiotikaresistens henger sammen med antibiotikabruk, og noen midler, for eksempel cefotaksim, er mer resistensdrivende enn smalspektrede midler. Cefotaksim vil virke like godt som penicillin mot pneumoni i Norge, men når cefotaksim blir brukt til tilstrekkelig mange pasienter, bidrar det til resistensutvikling. Ved Haukeland universitetssykehus har andelen *E coli* i blodkultur som er resistent mot cefotaksim, økt fra 1,3 % i 2005 til 10 % i 2012 (D. H. Skutlaberg, personlig meddelelse). En kollega formulerte det treffende slik: «cefotaksim – ekstremt anvendelig, lett å misbruke.»

Antibiotika må ses på som en begrenset ressurs, og det er behov for å styre bruken. Nasjonale faglige retningslinjer vil få status som styrende dokumentasjon som leger i hovedsak skal følge. Det bekymrer Bruun Wyller: «I ytterste konsekvens blir legen en administrator av prosedyrer i stedet for en selvstendig og ansvarsfull person.» Det er ingen som vil ta fra legene muligheten til å bruke sin kunnskap til å ta egne beslutninger, men når behandling skal individualiseres, må det skje på et kvalifisert grunnlag. I langt de fleste tilfellene vil det enkleste, tryggeste og beste for pasienten være at legen bruker retningslinjene som også tar hensyn til et vidt spekter av pasientindividuelle faktorer.

Problemet med antibiotikaresistens og tilfeldig antibiotikabruk i norske sykehus er for alvorlig til at det bør raljeres over på lederplass i Tidsskriftet.

Per Espen Akselsen
per.akselsen@helse-bergen.no

Per Espen Akselsen (f. 1956) er overlege ved Forsknings- og utviklingsavdelingen ved Haukeland universitetssykehus og faglig leder ved Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wyller VB. Retningslinjefundamentalisme. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1042.
2. Haug JB, Berild D, Walberg M et al. Increased antibiotic use in Norwegian hospitals despite a low antibiotic resistance rate. J Antimicrob Chemother 2011; 66: 2643–6.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 11.6.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3012491/>