

Utpostens dobbeltime

Svangerskaps- veilederens fødselshjelper

INTERVJU MED

Atle Klovning

AV PETTER BRELIN

De fleste har fått med seg at det er nye anbefalinger vedrørende svangerskapskontroller på trappene. Vi menige doktorer tar i mot slikt med noe blandede følelser. Mange vil føle at de trenger nye, bedre dokumenterte retningslinjer å forholde seg til og således vil motta de nye med takknemlighet og entusiasme, mens andre kanskje tar de nye

retningslinjene imot med et resignert trekk på skuldrene.

Hvorpå de fortsetter som før. Du skal ikke være likegyldig til nye retningslinjer. Det er en grunn for alt. Det er også en grunn til at du får nye retningslinjer. Og en grunn for at de er blitt som de er blitt.

Noen har brukt mye tid, krefter og tanker på dette arbeidet. Atle Klovning er spesialist i allmennmedisin og har ledet arbeidsgruppen som ble nedsatt for å utforme nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge. De som kjenner ham vil vite at arbeid fra hans hånd er bunnsolid og med en sterk forankring i den Cochranske EBM-ånd.

Utposten har utfordret ham til å omtale svangerskapsomsorgen på annet sted her i bladet.

Her vil vi forsøke å belyse selve prosessen bak utarbeidelsen av retningslinjene. Her får du altså historien bak, det som i DVD-verdenen kalles «bonusmateriale». Eksklusivt for Utposten.

– I Norge har vi vært rimelig fornøyd med svangerskapsomsorgen målt i perinatal morbiditet og mortalitet for både mor og barn. Hva var det som gjorde at man følte behov for nye retningslinjer?

Det ble gjort et omfattende og grundig arbeid i 1984, da NOU-rapporten ble utgitt. Perinataldata viste at det var rom for fortsatt forbedring, og det ble nedsatt perinatalkomiteer, som blant annet skulle gjennomgå svangerskap og fødsler hvor det oppstod alvorlige utfall hos mor eller barn. Det er dessuten gått 20 år, og dermed behov for en oppdatering i forhold til kunnskapsgrunnlaget som har tilkommet i ettertid.

– Hvem tok initiativet til å utforme nye retningslinjer?

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gav Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) i oppdrag å utarbeide nye kunnskapsbaserte retningslinjer i tråd med «Retningslinjer for retningslinjer».

– Mange vil se på deg som en selvsagt leder av dette arbeidet på bakgrunn av den erfaringen du har. Men allikevel, hvordan ble du valgt til å lede denne arbeidsgruppen?

Jeg ble først spurt om å være medlem av arbeidsgruppen, da Brit Roland januar 2003 ringte og ville ha med en allmennpraktiker som hadde arbeidet med EBM og hadde ideer i forhold til utarbeidelse av retningslinjer. Jeg har hatt stor nytte av å ha undervist mange ulike grupper helsepersonell, eksempelvis fra 15 ukeskurs i EBM i London, Durham og Oslo. Gruppen skulle selv peke ut én til å lede arbeidsgruppen. Etter innledende runder hvor Shdir «overleverte» gruppen til seg selv, var jeg plutselig blitt leder av arbeidsgruppen, etter at vi hadde hatt innledende diskusjonsrunder om «Hvordan utforme kunnskapsbaserte retningslinjer». Et kriterium var metodeforankring. Selv tror jeg at det først og fremst var min EBM-kompetanse som var

avgjørende, koblet til det å være ekte kliniker i halvtids praksis. Det ville ikke blitt det samme om jeg var en ren metodeperson – tror jeg selv da.

– *Mandatet dere fikk, hvem formulerte dette og hadde du noen mulighet til å påvirke dette mandatet slik at det ble håndterlig å arbeide med?*

Mandatet ble gitt av Sosial- og helsedepartementet, og gikk i korthet ut på å definere det faglig innholdet i svangerskapsomsorgen. I denne omgangen inngikk ikke organisering og fordeling av funksjoner i mandatet. Det var altså et rent fagarbeid som skulle utføres, slik at man kunne skape et felles grunnlag for allmennpraktikere og jordmødre i svangerskapsomsorgen.

– *Selv en oppnevning til det minste offentlige utvalg i den minste kommune kan bli gjenstand for store feider. Sammensetningen av utvalget vil sjelden være tilfeldig og aldri uten betydelig påvirkning på sluttresultatet. Hvordan ble utvalget deres sammensatt? Hvilke hensyn ble tatt ved sammensetning av utvalget? Var profesjonstilhørigheten viktig i utvelgelsen?*

Hm! Med et glimt i øyet kan jeg si at farsiden min faktisk kommer fra Norges minste kommune, Utsira! Utvalgsmedlemmene ble plukket ut av SHdir ved prosjektleder Brit Roland, som er den som møysommelig har sammenfattet retningslinjene. Det skulle være allmennpraktikere, jordmor og gynekolog med i gruppen.

– *Hadde du som leder innvirkning på utvalgets sammensetning?*

Nei, det hadde jeg ikke, men jeg har mye erfaring fra å lede «tilfeldig sammensatte» grupper og gruppedynamiske prosesser – jeg liker det å arbeide med gruppe med ulike bakgrunn.

– *I en prosjektorientert organisasjon som den dere dannet, kan man velge forskjellige arbeidsmåter. Kan du si noe om hvordan dere arbeidet?*

Først av alt noen innledende runder med å legge forholdene til rette for fruktbart samarbeid ved å stille krav til hvordan man forventer at ei gruppe skal fungere, styrket ved for eksempel hyggelig sosialt samvær om kveldene hvor vi har laget deilig gourmetmat hjemme hos flere av gruppens medlemmer. Det var mye for- og etterarbeid rundt møtene, og vi fordelte oppgavene mellom oss. Brit Roland, seniorrådgiver og prosjektleder i SHdir, var den som samlet bidragene fra gruppen, bearbeidet høringssvarene og utformet de endelige retningslinjene. Hun må gis all ære for at vi sitter igjen med et sluttokument.

– *Du er, på samme måten som en betydningsfull avis, kjent for å ha «solid bakgrunn for egne meninger». I hvilken grad lykkes*

FOTO: KARI TVEITO, TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING



dere i å finne evidensbasert dokumentasjon for det arbeidet dere drev og hvilke kilder ble benyttet i dette arbeidet?

Tusen takk for smigrende sammenligning – det var dette arbeidet som var krevende! De britiske retningslinjene (NICE 2003) hadde juni 2003 gjort et omfattende arbeid med kunnskapsoppsummering på alle felt, i tillegg til at det var gjort masse i Cochranedatabasen fra før. Vi må huske at det var loftsryddingen i svangerskapsomsorgen som la grunnlaget for hele Cochranebiblioteket. I forbindelse med dette arbeidet fant vi veiledere, retningslinjer og systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer fra mange land, også våre nordiske naboer. Vi brukte i tillegg kilder som The Cochrane Library: www.cochrane.no, Clinical Evidence, www.clinicalevidence.com, «A guide to effective care in pregnancy and childbirth», www.maternitywise.org, og vurderte retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra mange land, av ulike kvaliteter. Helsemyndighetene i Storbritannia utgav i oktober 2003 retningslinjene «Antenatal care – routine care for the healthy pregnant woman», utarbeidet av National Institute for Clinical Excellence (NICE). Etter en kritisk vurdering av de ulike tekstene og databasene vi hadde, besluttet vi å benytte retningslinjene fra Storbritannia som hovedgrunnlag for de norske retningslinjene. Arbeidet med kunnskapsoppsummering var dermed ivare tatt av en organisasjon med store ressurser på området. Arbeidsgruppen nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet definerte i overkant av 100 temaer som skulle vurderes. Å iverksette en egen kunnskapsoppsummering i Norge for hvert av temaene ble vurdert som uhensiktsmessig.

Direktoratet fikk formell aksept fra NICE til å benytte «Antenatal care – routine care for the healthy pregnant woman» som basis for tilpassede norske retningslinjer. På denne bakgrunn har det ikke blitt foretatt egne systematiske søk, bortsett fra arbeidet med å finne eksisterende retningslinjer, samt på de områder der det har vært ønskelig å belyse forhold i Norge. Det er i ettertid bestilt to kunnskapsoppsummeringer fra kunnskapssenteret.no – en på psykisk helse i svangerskapet og en på svangerskapsdiabetes.

– Jordmødre og leger har ikke alltid vært helt enige i alle vurderinger rundt svangerskapsomsorgen. Merket dere mye til profesjonsbaserte motsetninger i arbeidet og hvordan håndterte dere de konflikter som oppstod?

Vi hadde ingen profesjonsbaserte motsetninger. Det er noe av det som er flott med utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer: det er litteraturen og ikke profesjonssynsingen eller egeninteresser som teller. Alle deltagerne i prosessen har bidratt på en positiv og konstruktiv måte. Det har vært stor takhøyde i de faglige diskusjonene. Ulik erfaring og kompetanse har bidratt til at den helhetlige forståelsen for arbeidsoppgaven hele tiden har vært god. Gruppen har arbeidet åpent i forhold til egne standpunkt og særinteresser, og har på flere områder endret egne forutgående oppfatninger i forhold til den foreliggende dokumentasjonen. Arbeidsgruppen har i retningslinjene redegjort for at det ikke har vært vesentlige uenigheter eller motstridende interesser i løpet av tiden arbeidet har pågått. Naturligvis har ingen av medlemmene i gruppen hatt økonomiske eller faglige interesser som kan påvirke utarbeidelsen av retningslinjene.

– Spesielle episoder du gjerne vil berette om fra arbeidet?

Den vanskelige nøtten var håndteringen av svangerskapsdiabetes – er det noe vi skal bry oss om å påvise eller ikke? I januar 2005 kom NSAM med ny oppdaterte retningslinjer som sier av man skal teste risikanter. Og det ser ut til at SHdir ønsker å legge seg på den samme linjen på tross av manglende evidens for nytteverdien. I NICE konkluderes det med at man ikke skal screene for dette, og det var arbeidsgruppens vurdering også, og jeg har presentert denne modige avgjørelsen på alle presentasjoner jeg har holdt for nær 2000 helsepersonell. Jeg mener fortsatt det samme, men SHdir velger en annen løsning. To store studier forventes å avklare dette. Spørsmålet er hva man gjør inntil da? Business as usual? SHdir har bestilt en kunnskapsoppsummering på området.

– Jeg antar at ikke alt gikk på skinner alltid. Mye frustrasjoner? Frustrasjonen gikk mest på at vi avdekket at det var en svær jobb som skulle gjøres, og omlag 100 temaer som skulle

gjennomgås på relativt kort tid. Arbeidsgruppen leverte sin versjon etter ett år, januar 2004, deretter var dokumentet til intern høring i SHdir frem til den ble sendt på ekstern høring med frist 1. november 2004. Det kom inn omlag 60 høringssvar fra en lang rekke instanser.

– Nå er dere ferdig med hoveddelen av arbeidet. Hvordan vil dere implementere de nye retningslinjene?

Implementeringen vil gjøres på flere måter. For det første vil det bli utarbeidet et nytt helsekort, også som en elektronisk versjon. Dernest vil den gravide få utdelt en egen versjon av de samme retningslinjene. Endelig vil det bli holdt kurs i videre- og etterutdanningen og i perinatalmøter. Hittil har jeg presentert høringsutgaven på kurs og konferanser for til sammen nesten 2000 helsepersonell. Alt fra to-dagers emnekurs til korte presentasjoner. I tillegg har det vært mange intervjuer og blest omkring retningslinjene i ulike media. Vi må ikke glemme at dette er Norges største forebyggende helseprogram, med nær 750 000 konsultasjoner årlig.

– Fornøyd med resultatet?

Ja! Det var en kjempeflott arbeidsgruppe!

– Er det fint å være ferdig med arbeidet?

Det er utrolig deilig. Og all honnør til Brit Roland som har gjort en kjempejobb med å sammenfatte det endelige resultatet etter høringsrunder og bearbeiding av disse.

– Hva gjør du nå, kan vi vente oss flere retningslinjer fra din hånd?

Nei, ikke nå. Jeg sier nei til tre ting hver dag nå. Nå må jeg bli ferdig med doktorgraden min i år. Men på kurs vil jeg nok dukke opp som talerør for retningslinjene.

En positiv bivirkning av dette arbeidet er jeg stolt over: Jeg har nå blitt plukket ut til å skrive kunnskapsoppsummeringer innen svangerskapsomsorgen for det anerkjente sekundærtidsskriftet Clinical Evidence (CE), sammen med flere internasjonalt engasjerte kolleger på feltet. Jeg føler meg heldig som får anledning til å kunne bidra i dette globale arbeidet. CE utarbeides av BMJ Publishing Group, og har et opplag på omtrent 1 million helsepersonell på sju språk, og vil følgelig nå langt flere enn de norske retningslinjene, selv om CE ikke er en retningslinje. Bakom ligger det et profesjonelt forlagsapparat som bidrar med oppdatert litteratur, personell og ressurser.

Men: Retningslinjer er ferskvare, og personlig venter jeg med spenning på resultatene fra svangerskapsdiabetesstudiene.