

Nasjonale retningslinjer i – for mye av det gode?

■ BJARNE AUSTAD

Spesialist i allmennmedisin og jobber ved Sjøsidens Legesenter i Trondheim. Han er også PhD-stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU, og forsker på implementering av retningslinjer i allmennpraksis.

Hensikten med nasjonale retningslinjer er å sørge for bedre helse til enkeltpersoner og befolkningen. Selv om ikke alle retningslinjene er like relevante for allmennpraksis, er det flere tusen sider med retningslinjer og mange hundre anbefalinger å forholde seg til. Kan det bli for mye av det gode?

Diabetes, hjerneslag, svangerskapsomsorg, antibiotika, røykeavvenning og LAR-behandling. Dette er eksempler på temaer det finnes nasjonale faglige retningslinjer for. I Norge finnes det i skrivende stund 60 nasjonale retningslinjer (inkludert noen kortversjoner) (1) samt langt flere nasjonale veiledere. Ifølge Helsedirektoratet inneholder nasjonale retningslinjer «systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper» (2). De er ment som et virkemiddel for å bidra til at helse- og omsorgstjenestene: «har god kvalitet, gjør riktige prioriteringer, ikke har uønsket variasjon i tjenestetilbudet, løser samhandlingsutfordringer og tilbyr helhetlige pasientforløp» (2).

Implementering er vanskelig

Det er et langt stykke fra en ferdig retningslinje til en bedring i befolkningens helse. Ingen retningslinje er bedre enn dens anvendelse, og det er derfor viktig for helsedirektoratet at de blir implementert – også blant fastleger. Hva som gir god implementering er et eget fagområde, og det finnes egne tidsskrifter som omhandler implementeringsproblematikk, kunnskapsoverføring med mer (3). Noen av retningslinjene inneholder egne avsnitt om strategier for anvendelse (utsending til fastleger, kurs, media, tilgjengelighet på nett, app osv) og det er laget en egen veileder for ret-

ningslinjer der strategier for implementering er omtalt (4). Å følge nasjonale retningslinjer har blitt forskriftsfestet. I § 16 i Fastlegeforskriften står det at: «Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer» (5).

Likevel viser flere studier at nasjonale retningslinjer følges i liten grad av allmennleger (6–8). Noen mener at det er vanskelig «å endre legenes uvaner» fordi de er «slappe» (9), og antyder at kanskje «harde re lut» må til for at retningslinjer skal følges. Andre er uenig i dette, og mener at allmennleger derimot kan ha gode grunner til ikke å følge retningslinjer (10).

Hva er egentlig problemet?

For omfattende

Allmennmedisin er et bredt fag. Det er mange retningslinjer som gjelder, og hver av dem inneholder en rekke anbefalinger. KOLS-retningslinjen har 74 anbefalinger (pulsoksymetri, henviser fysioterapeut, kartlegge røykevaner blant minoriteter osv), Rus- og psykiatri-retningslinjen har 93 anbefalinger (individuell plan, pårørende bør kartlegges med tanke på egne hjelpebehov osv), diabetes-retningslinjen har 108 anbefalinger (undersøk føtter årlig, vektreduksjon med 5–10 prosent om overvektig, < 120 minutter foran TV-en daglig osv), og depresjons-retningslinjen har 47 anbefalinger (løpende og aktivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, spørre om selvmordstanker osv). Selv om ikke alle retningslinjene er like relevante for allmennpraksis, er det likevel flere tusen sider med retningslinjer og mange hundre anbefalinger å forholde seg til.

«Fastlegene skal være kjent med hvilke nasjonale faglige retningslinjer som gjelder» står det i merknadsfeltet til § 16 i Fastlegeforskriften, men hvor mange kan vel med hånden på hjertet si at man er kjent med dette enorme materialet? For når har man egentlig tid til å sette seg ned å lære alt dette? Er dette arbeid som bør gjøres på ellers travle ettermiddager og kvelder, eller skal det settes av pauser i pasientbehandlingen på dagtid for å få tid til å lese den siste retningslinjen som kommer i posten? Kanskje er det mer realistisk at den blir stående i hylla å samle støv helt til neste opp-

datering om samme sykdom kommer? Selv om man faktisk tar seg tid til å lese for eksempel narkolepsi-retningslinjen, er det ikke sikkert man husker hva man skal gjøre om det går åtte måneder før det kommer en pasient som lurer på om han har narkolepsi.

Tilgjengelighet

En travel hverdag på kontoret krever at man finner raskt frem i det man trenger å slå opp i. Om man nå lurer på hvor mye fysisk aktivitet som egentlig var anbefalt for diabetikere, hvordan behandlingen av overvektige barn var, eller når man skal starte opp med Albyl-E, så er det lite fristende å pløye seg gjennom en eller flere retningslinjer på flere hundre sider hver, ei heller kortutgaver på 20–30 sider. Foreløpig ser de fleste nasjonale retningslinjene ut til å være lite egnet til å gi svar mens pasienten sitter på kontoret (kanskje med unntak av kortutgaven til antibiotika-retningslinjen på en side). Nå finnes det heldigvis ulike elektroniske databaser som systematiserer anbefalte behandlinger, blant annet Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL). Her er det langt lettere og raskere å få svar på det man lurer på, og denne brukes av mange allmennleger.

Passer ikke til mine pasienter?

På tross av NEL er implementeringen likevel fortsatt lav. Så dette må handle om noe mer enn tilgjengelighet og kjennskap til retningslinjer. Mange pasienter oppsøker oss for plager, livsproblemer eller bekymring om sykdom. Eksempler kan være svimmelhet, slitenhet, arbeidskonflikter, kreftfrykt, kroppssmerter eller tungpust. Retningslinjene er derimot basert på etablerte sykdommer (KOLS, hjerneslag, bipolare lidelser osv), forebygging for risikanter (hjerte- kar, overvekt, røykere mm) eller valg av utredning/behandling (billeddiagnostikk, antibiotika mm). Svarene som gis i retningslinjene er ofte på andre ting enn spørsmålene som stilles på legekantoret. Å orientere seg i nasjonale retningslinjer for å møte mennesker med sammensatte symptombilder blir derfor vanskelig, om ikke umulig. «Det er fint med retningslinjer, men anbefalingene passer ikke så godt

allmennpraksis

til mine pasienter» er flere leger sitert på i en doktoravhandling (11).

Utvikling av retningslinjene er i stor grad basert på forskning. Det at retningslinjene er utformet som de er kan ha sammenheng med at det forskes mindre på problemstillinger vi møter i allmennpraksis som for eksempel sammensatte plager, multimorbiditet og kroniske muskelsmerter, enn på enkeltsykdommer.

Multimorbiditet og overbehandling

Retningslinjene er stort sett laget for enkelt sykdommer, mens vi i allmennmedisin ofte møter mennesker med flere lidelser, sykdommer og risikofaktorer samtidig (12). En studie basert på 1.75 millioner skotter fant at 23 prosent av befolkningen var multimorbide (13). En kronikk i Dagens Medisin fra 2012 setter fingeren på dette med å trekke frem en 79 år kvinne med «høyt blodtrykk, benskjørhet, slitasjegykt, sukkersyke og KOLS» (14). Å følge retningslinjene for hver av diagnosene vil medføre at hun må bruke «tolv separate medisiner til fem ulike tidspunkter på dagen – og totalt 19 doser pr. dag.»

Skal man følge retningslinjene for hver enkelt lidelse for en person som er multimorbid er sjansen stor for at det fører til polyfarmasi med dertil interaksjoner og bivirkninger. I tillegg kan det medføre ganske kraftig inngripen i en persons liv med alle rådene som skal følges opp. Videre i Dagens Medisin står det: «I tillegg til medisiner skal hun følge fjorten anbefalte daglige aktiviteter; sjekke føtter, sjekke blodsukker og trene ++. Hun må til fastlege fire ganger årlig, til regelmessig oppfølging hos spesialsykepleiere, til øyelege én gang i året – og få årlig vaksinerings.» (14)

Når vi leser dette skjønner vi at det fører galt av sted. Å bruke så mye medisin og følge med på så mye i løpet av en dag er ikke nødvendigvis helsefremmende. Selv om enkeltanbefalinger og medikamentvalg isolert sett kan være både gode og evidensbaserte, er det ikke sikkert summen blir så god. Og det er summen som er realiteten i allmennpraksis. Kanskje er det nettopp her vi nærmer oss problematikken med allmennlegenes motstand mot implementering av retningslinjer. Det kan hende at man i sin streben etter å lage gode pasientforløp og råd for ulike diagnoser havner i en grøft som fører til både sykkelgjøring og overbehandling. Dette vil mange allmennleger ikke være med på – selv om det er forskriftsfestet.

Skjønn og paradoks

Om en kvinne bruker syv medisiner, kan det være at statinet blir seponert selv om en nasjonal retningslinje sier at hun skal ha statiner. Om blodtrykket er for høyt, kan det være at legen velger ikke å gi medikamentell behandling selv om det står i en retningslinje at det skal hun ha. Og selv om det ikke er indisert med radiologisk utredning av enkelte typer smerter, kan det hende det gjøres likevel på grunn av en totalsituasjon der en «unødvendig utredning» er bedre enn alternativet. Denne typen vurderinger er daglig kost for allmennleger. Vi må utøve skjønn, veie retningslinjer opp mot hverandre, forholde oss til pasientens plager, ønsker og behov og ta valg ut fra beste evne.

En studie basert på Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viste at hvis de europeiske retningslinjene for hypertensjon virkelig skulle følges, vil den oppgaven alene overskride totalkapasiteten til landets allmennleger (15). Når én retningslinje medfører så mye arbeid blir den også anvendt i mindre grad. Her kommer vi inn på noe som kalles «primærmedisinens paradoks» (16). Det er observasjoner om at allmennleger gir dårligere kvalitet enn organspesialister i behandlingen av spesifikke sykdommer, men denne behandlingen er likevel assosiert med bedre helse og livskvalitet for hele pasienten, samt bedre helse, likhet og lavere kostnader for samfunnet. Dette peker på nødvendigheten av prioritering og klinisk skjønn, selv om det betyr at retningslinjer ikke alltid blir implementert.

Oppsummering og veien videre

Målet om bedre helse i befolkningen er vel de fleste enige om, men er middelet enda flere nasjonale retningslinjer? Selv om retningslinjer kan være svært nyttige når det gjelder enkeltsykdommer og avgrensede problemstillinger, er det et stort tankekor at det også kan medføre polyfarmasi, bivirkninger, overbehandling og sykkelgjøring. Dette utfordrer tankegangen om at retningslinjer skal implementeres for enhver pris, særlig i en befolkning med stor grad av multimorbiditet. Det utfordrer også retningslinjenes rolle fra å være ment som hjelp i klinikken («guidelines») til å bli en slags «lov» for god faglig behandling. En kjent butikkjede har i sine reklamer brukt slagordet «Det enkle er ofte det beste». Kanskje dette er overførbart til allmennmedisin og retningslinjer også?

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonale Retningslinjer: Helsedirektoratet; 2014. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?Kategori=Nasjonale+faglige+retningslinjer>.
2. Helsedirektoratet. Bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser – Anbefalinger for primærhelsetjeneste 2014. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Publicasjoner/Bilediagnostikkprosent20vedprosent20ikke-traumatiskeprosent20muskel-prosent20ogprosent20skjelettlidelser.pdf> (side 63).
3. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Science*. 2012 May 31; 7 (1): 50.
4. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer 2012. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Documents/Veilederprosent20forprosent20utviklingprosent20avprosent20kunnskapsbaserte-prosent20retningslinjer.pdf>.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §16 2013. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften>.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282 (15): 1458–65.
7. Hetlevik I, Holmen J, Kruger O, Kristensen P, Iversen H, Furuseth K. Implementing clinical guidelines in the treatment of diabetes mellitus in general practice. Evaluation of effort, process, and patient outcome related to implementation of a computer-based decision support system. *International journal of technology assessment in health care*. 2000; 16 (1): 210–27.
8. Fretheim A, Havelrud K, Oxman AD. Rational Prescribing in Primary care (RaPP): process evaluation of an intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs. *Implementation science*: IS. 2006; 1: 19.
9. Apollon. Vanskelig å endre legenes uvaner 2007 [cited 2007 5.mars]. <http://www.apollon.uio.no/artikler/2007/leger.html>.
10. Hetlevik I, Getz L, Kirkengen AL. Allmennleger som ikke følger retningslinjer – kan de ha sine grunner? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2008; 128 (19): 2218–20.
11. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. *Trondheim: NTNU*; 1999.
12. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012; 345: e6341.
13. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380 (9836): 37–43.
14. Fosse A. Retningslinjer til besvær i primærhelsetjenesten: Dagens Medisin; 2012 [cited 2012 28.10.2012]. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/retningslinjer-til-besvar-i-primarhelsetjenesten/>.
15. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC family practice*. 2009; 10: 70.
16. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Annals of family medicine*. 2009; 7 (4): 293–9.