

GRADE – ikke bare kunnskapsgrunnlag, men også anbefaling

Legenes kunnskap nyanseres i økende grad. GRADE er et internasjonalt anerkjent system som ivaretar transparens og fleksibilitet når det gjelder kunnskapsgrunnlag og anbefalinger. Før hadde vi en autoritativ lærebok, nå har vi elektroniske oppslagsverk som klarere viser kildegrunnlag og vurderinger.

Hvor godt fundert er en medisinsk sannhet? For legen som beslutter og handler, er søken etter valid kunnskap en kontinuerlig prosess.

«Å vite når man vet noe og å vite når man ikke vet noe – det er kunnskap», sa Konfusius for omtrent 2500 år siden.

I dag kan vi nyansere og gradere dette ytterligere – og i flere tiår har vi hatt en mengde systemer for å angi kunnskapsgrunnlaget for å underbygge vitenskapelig argumentasjon. Kunnskapsgrunnlaget er naturlig nok sterkere dersom vi kan vise til godt utførte studier med klare forskjeller i effektmål og hvor man ikke har risiko for alvorlige bivirkninger sammenliknet med logiske antagelser eller anekdoter. Men det blir fort frustrasjon når vi som leger må forholde oss til flere systemer og definisjoner. Dessuten ønsker vi som klinikere veiledning og anbefalinger – og ikke bare en angivelse av et kunnskapsgrunnlag.

I 2000 grep dr. Andy Oxman ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fatt i dette problemet og dannet en internasjonal gruppe (GRADE Working Group) for å skape ett system.

Representanter fra WHO, Center for evidence-based medicine i Oxford, National Institute for Health and Care Excellence m.m. har over flere år arbeidet sammen med klassifikasjoner og metode. Resultatet kalles Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) og det ble presentert i BMJ i 2004. Systemet er i økende grad blitt anerkjent og brukes i dag i retningslinjer og oppslagsverk verden over. Helsedirektoratet har foreslått at norske retningslinjer burde bruke dette systemet. Så vidt meg bekjent er det kun brukt i antibiotikaveilederen for sykehus i Norge.

Kunnskapsgrunnlag

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget graderes for at brukeren skal vite i hvilken grad

resultatene i studiene som retningslinjene bygger på, er til å stole på (1).

■ **Høy kvalitet** angir at vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten, for eksempel en eller flere godt utførte randomiserte studier.

■ **Middels kvalitet** angir at vi har middels tillit til effektestimater, for eksempel ved risiko for systematiske feil eller skjevheter.

■ **Lav kvalitet** angir at vi har begrenset tillit til effektestimater, for eksempel bruk av en ikke-ideell studietype i forhold til spørsmålsstillingen. En observasjonsstudie vil normalt vurderes som et svakere grunnlag enn en randomisert studie ved effektvurdering av et tiltak. Imidlertid vil en god observasjonsstudie – hvor vi kjenner godt til det naturlige forløp av en tilstand – kunne vurderes høyere opp i hierarkiet fremfor en dårlig utført randomisert studie.

■ **Svært lav kvalitet** betyr at vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Ved case-studier eller case-serier vil antall pasienter være lite og rapporteringen får et «anekdotisk» preg. Disse studiene kan være viktige eller for så vidt sanne, men vi kan ikke uten videre si at det er sikkert. Ofte vil en case-studie være et godt utgangspunkt for hypotesedanning og nye og mer grundige studier, men det gir ikke et godt kunnskapsgrunnlag.

Disse graderingene samsvarer til en viss grad med A-, B-, C- og D-graderinger som brukes mye i de norske retningslinjene. I det elektroniske oppslagsverket Uptodate har de modifisert dette til a, b og c, hvor c står for lav kvalitet. Uptodate er gratis tilgjengelig på Helsebiblioteket.no.

Anbefalinger

Kunnskapsgrunnlaget er bare ett element i puslespillet av faktorer som man skal ta hensyn til før man lager en anbefaling. Anbefalinger vil implisitt ta hensyn til hvilket samfunn vi bor i, hvilke kulturelle og verdimeslige strømninger og økonomiske

muligheter som er til stede. De vil ideelt ta hensyn til ekspertenes skjønn og fagkunnskap samt pasientenes preferanser, der det er naturlig.

GRADE-systemet åpner derfor for graderte anbefalinger. Disse anbefalingene er kontekstuelle, det vil si at en retningslinje som for eksempel er utarbeidet i Peru med GRADE-systemet ikke uten videre kan overføres til Norge.

Anbefalingene er angitt i fire kategorier; med enten en sterk eller svak anbefaling for et tiltak, eller en sterk eller svak anbefaling mot et tiltak. I Uptodate graderes en sterk anbefaling med tallet 1 og en svak anbefaling med tallet 2. Slik kan en referanse merkes med 1 a, b eller c eller 2 a, b eller c. Det vil åpne for en mer livlig diskusjon rundt temaer med svake anbefalinger på legekantorene. Leger bør være åpne for å ta disse diskusjonene når pasientene er interessert i det.

Nå skulle man tro at et kunnskapsgrunnlag av høy kvalitet automatisk ville føre til en sterk anbefaling, men slik er det ikke. Vi vet at penicillin hjelper mot lungebetennelse (høy kunnskapskvalitet), men likevel vil de fleste norske leger sterk fraråde å behandle alvorlige demente, sengeliggende pasienter som har pneumoni.

I andre tilfeller vil kunnskapsgrunnlaget være av svært lav kvalitet, men likevel vil Helsedirektoratet gi en sterk anbefaling om å iverksette tiltak. Da svineinfluensaen startet og tok liv i Mexico, hadde vi ikke tid til å teste ut influensavaksinen skikkelig. Til tross for dette kom det sterke anbefalinger fra Folkehelse og Helsedirektoratet om å massevaksinere befolkningen. Dette viser at GRADE ivaretar transparens og fleksibilitet i forhold til andre viktige elementer ved helsepolitiske beslutninger eller utarbeiding av retningslinjer.

Utarbeiding av retningslinjer er en møysommelig prosess, og interesserte anbefales en grundigere fordykning i litteraturen (1) og samarbeid med kompetente rådgivere. GRADE har etter hvert oppnådd internasjonal anerkjennelse. Da er det et tankekors at selv om opprinnelsen til GRADE har utgått fra det norske kunnskapssenteret, så klarer vi ikke å gjennomføre GRADE-standarden på de norske retningslinjene. Det er et håp om at flere norske retningslinjer kan utarbeides ut fra dette systemet i fremtiden.

REFERANSE

1. <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Sider/default.aspx>

ALEXANDER WAHL
Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket