

Evidensbaserad medicin

Ett konkret redskap för vårdens verkstadsgolv

Se även sidorna 2722 och framåt samt under korrespondens

I detta nummer av Läkartidningen beskriver Mats Eliasson hur den systematiska litteraturöversikten utvecklats till ett instrument för att definiera aktuellt kunskapsläge inom medicinen.

Genom de insatser som gjorts av Cynthia Mulrow, Tom Chalmers och David Sackett – från början starkt understödda av American College of Physicians med tidskriften *Annals of Internal Medicine* – har kravet på exakthet i kliniska översikter vuxit sig starkt, och så småningom kommit att sammanfattas i begreppet evidensbaserad medicin

(EBM), en anglicism som slagit rot i svenskan.

Uttrycket evidensbaserad sjukvård har en klar praktisk inställning [1], i detta fall med ett angivet mål snarare än med en strikt definition av begreppet. Målet skulle vara att eliminera beslutsformer som leder till dyra, felaktiga och eventuellt farliga beslut [2].

EBM är sålunda en praktisk filosofi, som innebär att varje åtgärd i sjukvården skall vara baserad på bästa möjliga tillgängliga kunskap. Det innebär att läkaren när han ger en rekommendation skall veta hur väl underbyggd just denna rekommendation är. I bästa fall finns det en eller flera randomiserade studier vars resultat kan utnyttjas för ett ställningstagande, men i många fall saknas sådana.

Det kan emellertid finnas annan, nästan lika bra evidens i den vetenskapliga litteraturen, vilken han då bör kän-

na till. Saknas även sådana finns det i alla fall kunskap med svagare underlag, allt enligt en fallande skala som definierats något olika i olika sammanhang. Den är emellertid alltid baserad på de kriterier som först angavs av den kanadensiska arbetsgruppen [3], sedan den amerikanska, för förebyggande åtgärder och som tillämpats i flera av SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) rapporter.

I värsta fall får man förlita sig på en gemensam uppfattning om vad som är det bästa sättet att lösa det föreliggande problemet [4]. Vad det gäller är alltså att behärska det aktuella kunskapsunderlaget för den fråga, det problem, man är i begrepp att ta ställning till.

Aktuell kunskap

Ett nyckelord i sammanhanget är »aktuella». Detta innebär inte bara att dåliga översikter inte kan användas utan

Författare

LARS WERKÖ

professor, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.

Evidensbaserad medicin i Läkartidningen

Från och med detta nummer och återkommande en gång per månad kommer Läkartidningen att publicera artiklar i och om evidensbaserad medicin (EBM). Det är en av de största enskilda satsningarna som Läkartidningen har gjort och anledningarna till detta är flera. Den för våra läsare kanske viktigaste är att EBM och den systematiska litteraturöversikten kan användas av alla för att ge underlaget för de kliniska besluten – den beprövade erfarenheten – ett stabilt vetenskapligt fundament.

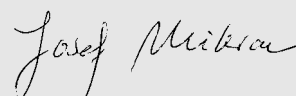
Som Lars Werkö redogör för i sin medicinska kommentar är principerna för EBM inte nya – men tillämpningen av en systematisk och enhetlig granskningsprocess har utmynnat i ett både kraftfullt och praktiskt använd-

bart hjälpmedel för välgrundade kliniska beslut, till nytta för såväl den enskilde patienten som patientgruppen och vårdorganisationen.

Flera av de stora internationella tidskrifterna, *British Medical Journal*, *JAMA*, *Lancet*, *New England Journal of Medicine* och andra, är sedan länge förespråkare för EBM. I detta perspektiv är EBM ingen nyhet för den svenska läkarkåren. I och med Läkartidningens satsning ökar tillgången på evidensbaserade översikter granskade och skrivna ur ett svenskt perspektiv och därmed de kliniskt verksamma läkarnas möjligheter att tillgodogöra sig denna viktiga kunskapskälla.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har länge arbetat för att sprida och utveckla EBM i Sve-

rige, och Läkartidningens nye EBM-redaktör Mats Eliasson har värvats från SBU på grundval av sina meriter som kunnig och effektiv projektledare på. Mats Eliassons medarbetarskap innebär dock inte att det föreligger varken formella eller informella bindningar mellan Läkartidningen och SBU. Läkartidningens uppgift är att kritiskt granska och föra ut kritiskt granskat material. Denna kritiska och obundna redaktionella hållning gäller allt material även från andra obundna och opartiska organisationer.



Josef Milerad
medicinsk chefredaktör

också att texter i läroböcker eller uppslagsverk, liksom rester av anteckningar från grundutbildningen, sällan är relevanta. Att läroböcker innehåller föråldrad lärdom är ett av de avslöjanden som gjorts under de senaste decennierna [5]. Detta gäller i synnerhet effekter av behandling som kan vara både under- och övervärderad i sådana texter.

För att hålla kunskapsförrådet aktuellt är det därför nödvändigt att följa litteraturen, eventuellt även elektronisk sådan, i stället för att lita till läroböcker. Detta är att begära mycket av den läkare som står mitt uppe i rutinsjukvårdens grottekvarn. Därför finns det hjälpmedel för att underlätta detta, i form av både elektroniska nätverk och pappersmedier [1, 6]. Till den uppräknade av källor som Eliasson gör kan läggas de publikationer som kommer från den mycket aktiva engelska motsvarigheten till SBU. Den enskilde läkaren måste ändå rationalisera sitt umgänge med dessa medier för att kunna hinna med.

Hur bara både aktuell och rationell?

John Fry, som även i Sverige måste betraktas som en av den moderna primärvårdens fäder, brukade framhålla att den genomsnittlige primärvårdsläkaren såg ett relativt begränsat antal problem i sin dagliga gärning. Han hade en tabell som visade att förekomst av en sjukdom som exempelvis tyreoidcancer var sådan att det fordrades ett tjugotal primärvårdsläkares upptagningsområde för att ett fall skulle uppträda under ett år – eller lika många år för en läkare innan han fick möta en patient med denna diagnos. Däremot såg den enskilde primärvårdsläkaren årligen flera hundra fall av övre luftvägsinfektion, många urinvägsinfektioner, något tiotal fall av kroppsliga symtom vid äktenskapliga kriser samt högst en hjärtinfarkt och kanske två slaganfall.

Detta innebär att den »vanlige» doktorn kan vara inställd på ett relativt litet antal problem som han ser ofta i sin



EBM är sålunda en praktisk filosofi, som innebär att varje åtgärd i sjukvården skall vara baserad på bästa möjliga tillgängliga kunskap. Det innebär att läkaren när han ger en rekommendation skall veta hur väl underbyggd just denna rekommendation är.

verksamhet. Hur många dessa problem är varierar med demografi och geografi, liksom vilka av dessa problem som är vanligast. Frånsett infektioner kan en sådan frågeställning vara behandling av måttligt högt blodtryck, en annan att ta hand om patienter med ont i ryggen. Avseende dessa, kanske ett tjugotal, gäller det att vara à jour med utvecklingen. Det innebär att läkaren regelbundet måste följa de databaser som avhandlar dessa problem. »Regelbundet» betyder kanske att en eller två gånger om året uppdatera kunskapen, vilket är helt möjligt om det är fråga om det tjugotal sådana återkommande problem man kan skilja ut.

Ställningstagande till den verkliga problempatienten, den som har en sjukdom som sällan dyker upp i rutinen, måste göras på ett annat sätt. Det är i sådana fall som det kan bli fråga om att själv definiera problemet, själv ställa upp ett frågeschema och ge sig ut på nätet eller söka andra databaser för att få de senaste kunskaperna [6]. I den genomsnittliga mottagningen borde detta bli fallet högst ett par gånger per år. Arbetar man på en vårdcentral med flera läkare kan sådana problem motivera ett personalmöte. Denna beskrivning av primärvårdens verksamhet kan tillämpas även på de stora kliniska specialiteterna.

Det är alltså inte fråga om att alltid

vara uppdaterad rörande allt som kan inträffa i den dagliga verksamheten. En anledning till kritik mot EBM, som man har ansett visa det orimliga i filosofin, har varit tron att EBM krävt aktuell uppdatering av all kunskap.

Har vi inte alltid arbetat med vetenskap som grund?

Kravet på evidensbaserad medicin får inte komma i motsatsställning till vad som alltid beskrivits som basen för all klinisk verksamhet: vetenskap och beprövad erfarenhet. Den evidensbaserade sjukvården är endast en vidareutveckling och mer preciserad definition av vad det innebär att grunda verksamheten på vetenskap. Den beprövade erfarenheten kommer in avseende det sätt på vilket den som är kliniskt verksam kan granska och utnyttja översikter, sammanställningar eller metaanalyser i förhållande till sin egen verksamhet.

Någon enstaka individ kanske besitter denna egenskap redan från början, men för flertalet är den något som måste övas upp. Den torde kunna utvecklas i en atmosfär av kritisk diskussion, under klinisk utbildning eller, varför inte, klinisk »fostran». Det är resultatet av denna process som utgör beprövad erfarenhet. Handedare, klinikchefer och hela vårdteamet har ett stort ansvar att se till att denna kritiska diskussion hålls levande.

Praktisk sjukvård versus klinisk forskning

Det kan också finnas anledning att betona att det är i praktisk sjukvård som EBM skall tillämpas. Den akademiska världen får förutsättas att alltid ha använt vetenskapliga kriterier på de litteratursammanställningar som ingår i forskningsuppgifter. Den kritiska inställning som många forskande specialister har till EBM kanske har sin grund i en känsla av hot från en dokumentalistbaserad verksamhet [7, 8]. Den är snarare ett uttryck för att man inte satt sig in i vad EBM egentligen innebär.

Det är framför allt den kliniska verksamheten – i öppen eller sluten vård – som har allt att vinna på EBM, inte den forskning som befinner sig i fronten.

Sätta sig in i begreppen

Många av dem som ger sig in i debatten för eller mot EBM gör det utan att ha satt sig in i vad begreppet egentligen står för [7, 8]. Till en del beror detta på att den rörelse som definierat begreppet och propagerat för det på olika sätt också är engagerad i andra parallellt förekommande rörelser i tiden [6]. Det centrum för begreppet EBM som finns i Oxford är starkt förknippat med Cochrane Collaboration, en annan stark institution, som är lokaliserad på samma ställe.

Det är dock viktigt att skilja på dem, då de står för helt olika filosofier. Cochrane Collaboration har tillkommit för att definiera, samla, granska och sprida resultat av randomiserade kliniska studier av åtgärder inom medicinen. Resultaten av dess verksamhet kan i stor utsträckning användas som underlag för de bevis som är av betydelse för stora delar av den evidensbaserade medicinen. De arbeten som Cochrane Collaboration publicerar i tidskrifter eller på nätet är således inte liktydiga med EBM, utan utgör en av många grundstenar för den.

Långt innan begreppet evidensbaserad medicin var uppfunnet varnade Alvan Feinstein för att bli alltför beroende av epidemiologers och statistikers uppfattning om kliniska syndrom och kliniska problem [9, 10]. Han var tidigt ute med att påpeka vikten av att låta den kliniska verkligheten beskrivas på ett sätt som skulle medge en vetenskaplig bearbetning av effekten av olika terapier av minst samma klass som den som använts i de stora multicenterstudierna [9]. Först på allra senaste tiden har de ledande börjat diskutera hur man skall kunna beskriva och bearbeta kvalitativa data på ett sådant sätt att de kan användas som underlag för jämförande studier.

Det är klinikern som har privilegiet att tolka resultaten av de stora multicenterundersökningarna avseende olika behandlingsmöjligheter. Det är endast han/hon som kan jämföra det patientmaterial som ingår i dessa undersökningar med den patient (eller de patienter) som han har ansvaret för i sin verksamhet. Detta har uttryckts bl a av John Swales, hypertoniforskare och ansvarig för forskning i det brittiska National Health Service, när han konstaterar att det trots allt endast är den kliniskt verksamme som kan ge patienten den definitiva rekommendationen [11].

Är vårdprogram lösningen?

Införandet av vårdprogram, »guidelines», baserade på resultat av kontrollerade studier kan innebära ett framsteg just på grund av att de sammanställer vetandet på ett systematiskt sätt och ger råd om hur det skall tillämpas. Varje patient är emellertid unik, med sina biologiska och psykologiska förutsättningar och i sin relation till omvärlden. Resultaten av de stora studierna hänför sig till medeltal av stora grupper. För enhetlighetens skull utesluts ur dessa många patienter, kanske just de som har samma komplicerade bild som den patient jag just nu skall ta hand om. Vårdprogram måste därför tillämpas med omdöme, även om de baseras på resultat av kontrollerade studier.

Många specialister är inte särskilt positiva till vare sig vårdprogram eller begreppet EBM, eftersom de anser att de kan mer om både bakgrunden till de stora studierna och hur de skall tolkas. Nyligen har kardiologen John R Hampton tillsammans med ett antal engelska sjukvårdsforskare varnat för den byråkratiska kontroll som detaljerade vårdprogram kan leda till [12]. Det är visserligen införandet av NICE (National Institute of Clinical Excellence) som han är rädd för skall minska de engelska kardiologernas frihet att ta hand om sina patienter på bästa sätt. Förutsättningen för NICE är de vårdprogram som base-

ras på sådan litteraturgranskning som bl a Cochrane Collaboration står för.

Jag har full förståelse för de engelska kardiologernas rädsla. Det gäller emellertid att balansera mellan utnyttjande av bästa möjliga kunskap och de risker som ligger i att vara beroende av läkemedelsindustrins sponsring [13]. De främsta kardiologerna kan säkerligen slå vakt om sin frihet även från sponsorer. Granskning av fristående kritiker är dock nödvändig för att inte den stora massan av läkare skall bli förförda av resultat som baseras på oseriösa studier [13, 14].

Vetenskap är inte allt

Lika viktigt som att utnyttja den vetenskapliga kunskapen som underlag för sin verksamhet, lika viktigt är det att inte förlora den mänskliga kontakten med patienterna. Den alternativa medicinens popularitet sammanhänger – tyvärr – i viss utsträckning med att den vetenskapliga medicinens företrädare blivit alltför tekniska, alltför experimentellt inställda även i sin botande verksamhet. De kan därmed ha förlorat den nödvändiga känslan av empati.

Insikten om att det endast är en del av medicinen som kan ge verklig bot, att även den vetenskapliga kunskapsbasen är alltför begränsad i förhållande till de behov som föreligger, borde göra företrädarna för skolmedicinen mer ödmjuka, mer benägna att möta patienterna på deras nivå än vad som förekommer i många arroganta möten mellan själv-tillräckliga företrädare för vården – inte bara läkare – och lidande patienter.

Detta är så mycket viktigare som de förluster i trovärdighet som olämpligt professionellt uppträdande kan leda till lätt får alltför stort genomslag i allmänhetens föreställning om den medicinska vetenskapen överhuvudtaget. Oenighet inom olika grenar av medicinen bidrar lätt till en allmän tveksamhet i fråga om vad vetenskapen står för. Utvecklingen mot alternativ medicin kan ses som en del av den allmänna skepsis mot natur-

vetenskap som växer fram världen runt. Det finns till och med de som anser att denna vetenskap nått vägs ände.

Risken för att en sådan allmän negativ attityd sprider sig måste tas på allvar och motarbetas av dem som företräder forskning och vetenskap. Edith Efron påpekade vikten av detta för länge sedan när hon diskuterade cancerrisker [15], och New York Academy of Science har nyligen upprepat varningarna för att agera på ett sätt som skulle få allmänheten att förlora förtroendet för vetenskapen [16]. Rörelsen på väg mot evidensbaserad sjukvård, rätt avvägd, utgör det bästa sättet att framhålla den biomedicinska vetenskapens betydelse för en positiv utveckling av sjukvården.

Referenser

1. Levi R. Evidensbaserad sjukvård. Lund: Studentlitteratur, 1998.
2. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to problem-solving. *BMJ* 1995; 310: 1122-6.
3. Canadian task force on the periodic health examination: The periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979; 121: 1193-254.
4. Nordin-Johansson A, Asplund K. Randomised controlled trials and consensus as a basis for intervention in internal medicine. *J Intern Med* 2000; 247: 94-104.
5. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized controlled trials and recommendations of clinical experts. Treatment for myocardial infarction. *JAMA* 1992; 268: 240-8.
6. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. New York, Edinburgh, London: Churchill-Livingstone, 1997.
7. Vandebroucke JP. Evidence based medicine and »medecine d'observation». *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1335-8.
8. Tanenbaum SJ. What physicians know. *N Engl J Med* 1993; 329: 1268-9.
9. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine. *Ann Intern Med* 1983; 99: 393-7, 544-50, 705-12.
10. Feinstein A. Two centuries of conflict-collaboration between medicine and mathematics. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1339-43.
11. Swales J. The NHS research programme. *BMJ* 1997; 314: 466-7.
12. Miles A, Hampton JR, Hurwitz B, eds. NICE, CHI and the NHS Reforms. Enabling excellence or imposing control? London: Aesculapius Medical Press, 2000.
13. Johansen HK, Götsche PG. Problems in the design and reporting of trials of antifungal agents encountered during meta-analysis. *JAMA* 1999; 282: 1752-9.
14. Horton R. After Bezwoda. *Lancet* 2000; 355: 942-3.
15. Efron E. The apocalypics How environmental politic control what we know about cancer. New York, NY: Simon & Schuster, 1984.
16. Gross P, Levitt N, Lewis MW, eds. The flight from science and reason. *Ann NY Acad Sci* 1996; 775.