

Evidensbaserad medicin ”begins at home”

Incitament för bättre beslutsunderlag finns i den kliniska vardagen

I det dagliga mötet med patienter fattar läkare hundratals beslut: vid sjukhussängen, på akuten eller öppna mottagningar, på specialist- eller primärvårdsmottagningar, vid operationsbordet. Många andra kolleger befinner sig i samma pressade beslutssituation utan att direkt möta patienten: framför mikroskopet, vid granskning av röntgenbilden, elforesen eller EKG-remsan. Det är ofta svåra val avseende fortsatt utredning, behandling eller vårdnivå.

Hur den kliniska beslutssituationen kan se ut i vardagen på en medicinavdelning exemplifieras i Ruta 1. Andra verksamheter kan exemplifiera liknande svåra val, som måste leda fram till snabba beslut för att det ska vara »flyt» i organisationen.

Svårt att alltid fatta rätt beslut

Vet vi då alltid vad det bästa valet är för varje enskild patient? Kan vi med gott samvete påstå att alla dessa vardagliga beslut baseras på »systematiska sammanställningar av bästa tillgängliga kunskap»? Om jag skärskådar min egen verksamhet, och granskar några frågor som kan väckas under en rond på en allmän internmedicinsk vårdavdelning (Ruta 2) agerar jag ofta utifrån en blandning av kunskapsfragment från fortbildningskurser, diskussioner med kolleger och rön baserade på traditionella (icke-systematiska) översikter i tidskrifter.

Enstaka gånger kan det ha slumpat sig så väl att kommentarer från Läke-medelsverket eller Socialstyrelsen kan vara direkt kliniskt relevanta, dock sällan för den sortens frågor jag listat. Inte heller är Läke-medelsboken eller traditionella läroböcker till stor nytta. En

Författare

MATS ELIASSON

med dr, överläkare, Sunderby sjukhus, Luleå; projektsamordnare, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); medicinsk redaktör, Läkartidningen (evidensbaserad medicin).

E-post: Mats.Eliasson@nll.se

1: Exempel på vardagliga kliniska optioner som kräver snabba beslut

Utredning

- Är utredning meningsfull eller är observation på avdelning bästa insatsen?
- Ordinera undersökning med röntgen, på kemiskt laboratorium eller av konsulter.
- Remiss till paramedicinsk personal (sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator).
- Samtal med anhöriga, fördjupad anamnes/status.
- Journalgenomgång (egna och andra kliniker); ring ordinarie läkare.

Behandling

- Är behandling överhuvudtaget meningsfull eller etiskt försvarbar?
- Skall jag börja med att sätta ut läkemedel? I så fall vilka?
- Kan mobilisering, vätska och nutrition vara tillräcklig behandling?
- Kan depression eller demens ligga bakom symtomen?
- Är nya läkemedel nödvändiga?

Vårdnivå

- Hör patienten överhuvudtaget hemma på min klinik?
- Skulle patienten ha mer nytta av rehabilitering eller strokeenhet?
- Vore det bästa att snarast skicka hem patienten och låta distriktsläkare/-sköterska göra hembesök?
- Är patienten »färdigbehandlad»?

SBU-rapport skulle kunna ge en tillförlitlig vägledning, men är sällan fokuserad på denna typ av frågeställningar.

Hur vi till slut väljer att agera är nog oftast baserat på en blandning av alla dessa källor, kryddad med en del »intuition». Är det i själva verket detta som är »beprövad erfarenhet»? Många av oss har varit med om att kandidaten eller underläkaren troskyldigt frågat varför vi valde att agera just så i detta fall, och upplevt frustrationen när vi skall försöka reda ut och verbalisera den rationella basen för beslutet.

Vi har i allförliten utsträckning bekräftat existensen av den osäkerhet som råder kring mängder av för oss – dock inte för patienten – vardagliga kliniska beslut. Varje läkare tvingas dagligen att ta ställning till ett stort antal frågor där svaren inte finns omedelbart tillgängliga och tiden saknas att söka dem. Eftersom verksamheten inte kan invänta ett bättre beslutsunderlag agerar vi så gott vi kan och går vidare. Att på detta sätt ständigt tvingas fatta viktiga beslut på

bristande underlag är frustrerande. Det bidrar till kårens känsla av att arbetet är tungt och svårt.

Evidensbaserad medicin som verktyg i klinisk vardag

Kan evidensbaserad medicin (EBM) förbättra situationen och leda till bättre kunskapsunderlag och därmed större (känsla av) kontroll över den kliniska vardagen? Jag är övertygad om att så är fallet, men inte utan visst arbete för den som vill utöva ett sådant arbetssätt.

För det första tar EBM sin utgångspunkt i kliniska och patientrelaterade frågeställningar, inte i det som forskarna råkar vara intresserade av. Text ställer den EBM-orienterade klinikern frågan huruvida antileukotriener är bättre än långverkande betastimulerare för livskvaliteten hos patienter med astma, medan forskaren är mer intresserad av huruvida preparaten i större utsträckning än placebo minskar histamininducerad bronk obstruktion. EBM-doktorn är mer intresserad av frågan huruvida

bifosfonater minskar nya symtomgivande frakturer hos 75-åriga kvinnor än huruvida de har någon inverkan på ben-tätheten hos kvinnor som just blivit menopausala. Och gör bifosfonaterna i dessa situationer verkligen mer nytta än rejäla doser kalk och D-vitamin, än gång- och balansträning eller höft-skydd?

För det andra kan EBM på allt fler områden ställa lätt tillgängliga och kontinuerligt uppdaterade kunskapssammanställningar till klinikerns förfogande. För det tredje kan EBM, i de fall systematiska sammanställningar saknas, ge de verktyg som behövs för att varje läkare skall få en nöjaktig uppfattning om svaret på sin kliniska fundering.

Denna arbetsprocess för ett evidensbaserat svar är krävande både att lära sig och att genomföra, men den är lika viktig som att lära sig nya metoder för behandling och diagnostik, och den kommer att få större genomslagskraft såväl i patientarbetet som för patientnyttan på längre sikt.

Evidensbaserad praktik är livslångt, självstyrt lärande

Evidensbaserad medicin är att fatta beslut om handläggning av patienter på basen av bästa tillgängliga kunskap. Det kan emellertid vara komplementärt att se på EBM som ett förhållningssätt eller som en arbetsmetod. Att praktisera EBM blir ett livslångt, självstyrt lärande där patientarbetet skapar ett behov av kliniskt viktig information om diagnos, prognos och terapi eller andra kliniska aspekter. Att se EBM som en arbetsprocess blir då en enkel utgångspunkt för lärandet (Ruta 3).

Resultatet kan givetvis bli att någon redan har utfört de senare tre stegen, och att ett färdigt kunskapsunderlag föreligger för oss att ta ställning till och agera utifrån. Underlaget kan vara en systematisk översikt från Cochranesamarbetet eller en medicinsk metodvärdering från SBU eller liknande organisationer. Under överskådlig framtid kommer dock inte sådana källor att kunna tillgodose vårt behov på många »smala» kliniska områden, men vi kan vänta oss alltmer stöd i övergripande frågor som rör stora patientgrupper, t ex: Är SSRI-preparat mer kostnadseffektiva än tricykliska preparat vid lindrig depression? För vilka patienter med grav obesitas är kirurgisk åtgärd ett bra val för att minska mortaliteten? Mår patienten med non-ulcusdyspepsi bättre av att *Helicobacter* eradikeras?

Konsten att prioritera

I det följande vill jag peka på ett möjligt sätt att arbeta med sådana vardagliga frågeställningar som inte lätt låter sig besvaras utifrån traditionella kunskaps-

2: Vardagliga frågor vid rond

- Skall jag ge antibiotikan intravenöst eller peroralt?
- Kan en demensutredning med åtföljande diagnos och eventuell behandling vara till nytta för patienten?
- Vill jag verkligen veta orsaken till anemin hos den mycket gamla och skröpliga patienten?
- Vilken insulinregim är bäst för patienten som sviktat på peroral medicinering?
- Skall jag behandla eller ytterligare utreda (och i så fall med vad?) patienten med B 12 i nedre området?
- Vinner patienten med viss progress i sin stroke något på att få heparin, men är inte riskerna större? Och skulle jag i så fall lika väl kunna använda lågmolekylära hepariner?
- Är det sannolikt att en akut datortomografi av hjärnan på den plötsligt djupt medvetslöse äldre patienten skall visa något som kan åtgärdas och vara av bestående nytta för patienten?
- Hur högt skall jag låta kreatininvärdet stiga hos den gravt sviktande patienten med ACE-hämmare där inga andra behandlingsalternativ kvarstår?
- Skall jag ge COX-2-hämmare i stället för NSAID bara för att patienten är över 75 år eller tidigare haft »magkatarr»?
- Behöver verkligen patienten sitt SSRI-preparat, eller vågar jag sätta ut det och se om yrseln och illamåendet blir bättre?
- Vad är tilläggs-effekten av bifosfonater hos patienten som fått kotkompression under pågående behandling med kalk, D-vitamin och östrogen? Skall jag då sätta ut östrogen? Vilken bifosfonat skall jag välja?

ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

källor. Utgångspunkten är just de återkommande frågor som ronder eller mottagningar genererar (Ruta 2). Eftersom vi inte kan starta med att söka svaren på alla frågor måste vi dock prioritera.

Ett intressant exempel utgör det engelska »general practitioner»-systemet, där man under arbetsveckan löpande noterar sådana frågor. Läkargruppen på vårdcentralen går regelbundet tillsam-

mans igenom frågorna, prioriterar sedan *en* fråga, som får bilda utgångspunkt för en planerad fortbildningsaktivitet baserad på en EBM-process. På detta sätt når man ett lärande som utgår från de egna kliniska problemen, inte från vad externa krafter såsom sjukhus-specialister eller läkemedelsindustri anser bör prioriteras. Ett sådant »från toppen-och-nedåt»-perspektiv är annars idag alltför dominerande inom karens fortbildning.

Fokusera den kliniska frågeställningen!

Att gå från ett svåravgränsat kliniskt informationsbehov till en distinkt och fokuserad frågeställning har visat sig vara en nyckel till förståelse av den evidensbaserade medicinen. Metoden är tillika ett behändigt och lättanvänt vardagligt verktyg. Erfarenheter, såväl internationellt som i Sverige, visar att denna övning är viktig för att stödja läkarens utveckling mot ett evidensbaserat arbetssätt. Det är rentav så, att många kan klara sig med enbart en reflektion kring frågeställningen och hur denna bäst bör besvaras, och ändå uppnå en

3: Så utövas EBM

Att utöva EBM innebär att

- Omvandla informationsbehov till frågor som kan besvaras;
- Spåra den bästa kunskapen med maximal effektivitet;
- Utvärdera litteraturen kritiskt avseende validitet och klinisk nytta;
- Omsätta resultatet i din egen kliniska praxis.

4: De fyra stegen i den fokuserade kliniska frågeställningen

Patienten:
Vem vill jag behandla?

Utifrån din patient –
beskriv viktiga
karaktäristika

Interventionen:
Med vad vill jag behandla?

Vilken är den viktigaste
interventionen
jag överväger?

Jämförelsen:
I stället för...

Vilket behandlings-
alternativ vill jag
jämföra med?

Effektmått:
Varför vill jag behandla?

Vad hoppas jag uppnå
med behandlingen?

Vilken skada riskerar jag att
åsamka patienten?

*Hos äldre patienter
med hjärtsvikt till följd
av dilaterad kardiomyopati
som har sinusrytm ...*

*... kan tillägg av anti-
koagulantia utöver
standard hjärtsvikts-
behandling ...*

*... jämfört med enbart
standardterapi ...*

*... leda till lägre morbiditet
eller mortalitet från
tromboembolism. Är det
värt den ökande risken
för blödning?*

betydande kompetensökning vad gäller att värdera klinisk forskning och dess relevans för de egna patienterna.

Även om frågeställningarna mycket väl kan röra diagnostik, prognos eller andra aspekter har det visat sig enklast och mest givande att börja med att diskutera olika interventioner. Den kliniska frågeställningen kan omformuleras till en fyrdelad fråga (Ruta 4), varur successivt bilden framträder av hur de kliniska studier bör se ut som skulle kunna besvara frågan. Redan nu får vi alltså anledning att reflektera över viktiga element vid den fortsatta läsningen av kliniska studier. Den fokuserade frågan kommer att ligga till grund för och möjliggöra en kostnadseffektiv litteratursökning.

Vem är patienten?

Viktiga patientkaraktäristika, såsom ålder och kön, måste vägas in. Vi bör noggrant fundera över om vi verkligen diskuterar en välavgränsad sjukdoms-entitet där diagnostiska kriterier är allmänt accepterade och i överensstämmelse med klinisk praxis i Sverige. T ex är många studier av kronisk prostatit helt baserade på mikroskopi och odlingar, inte på den typiska sjukdomsbild som oftast ligger till grund i vardagens arbete. Det innebär att vi sannolikt behandlar andra patientgrupper än de som ingått i studier, och följaktligen att fynden från odlingsstudierna inte självklart är till nytta för oss och våra patienter. Liknande problem uppträder vid sinuitstudier som använt punktion för diagnostik, vilket sällar fram en speciell undergrupp vars resultat inte helt självklart låter sig överföras till de patienter som klinisk diagnostik identifierat.

Många sjukdomar utvecklas från lindriga tillstånd till svåra slutstadier, t ex demens och Parkinsons sjukdom.

Vi har då anledning att fundera över huruvida fynden från studier utförda i tidiga stadier av en sjukdom har relevans för vår patient, vars sjukdom kan vara betydligt längre gången. Våra patienter är oftast äldre, lider av flera sjukdomar och står på fler mediciner än de patienter som inkluderats i de kliniska studierna vi kommer att hitta vid en litteratursökning. Denna komorbiditet och polyfarmaci kan få oss att tvivla på effekten av att tillföra fler läkemedel eller andra behandlingar.

Ytterligare ett problem är att många studier är utförda i en högspecialiserad sjukvårdsmiljö där möjligheterna att optimera behandlingsresultaten är långt bättre än dem vi själva någonsin skulle kunna uppnå. Vi bör därför vara skeptiska mot interventioner som förväntas utföras i primärvård eller på länsdelssjukhus, men där all dokumentation utgår från Mayo-kliniken eller liknande inrättningar. Var därför noggrann med att notera om de kliniska studierna utförts i en vårdmiljö liknande din egen!

Glädjande nog går forskningen mot att dels exkludera så få patienter som möjligt, dels inkludera deltagare från många vårdenheter, för att därmed få ett så brett spektrum av patienter och vårdgivare som möjligt. På grund av de heterogena patientgrupperna blir resultatet ofta en viss utspädning av behandlingseffekterna, men vi har å andra sidan anledning att tro att denna konservativa modell bättre avspeglar patientnyttan i verkliga livet.

Slutligen bör man ändå fråga sig om forskning på patienter som skiljer sig mycket från mina egna patienter verkligen helt saknar värde för mig? Självklart inte, men man bör från början ha ställt kraven höga för att veta hur den ideala studien bör se ut för att vara av nytta just för mig. I praktiken får man

ställa sig frågan om min patient i så hög grad avviker från dem som ingått i de kliniska studierna att jag inte kan använda resultaten. Här bör man hellre fria än fälla, och man bör ha goda biologiska skäl för att helt lägga fynden åt sidan.

Vilken är interventionen?

De interventioner som vi är intresserade av är inte bara läkemedel eller kirurgiska ingrepp, och inte enbart sådant som läkare utför. Vilken är t ex effekten av de sjukgymnastiska eller arbetsterapeutiska insatserna? Finns det någon bevisad nytta med kuratorns eller psykologens samtalsbehandling eller kognitiva beteendeterapi? Med ortopedverkstadens ingripande av diabetikern med fotsår? Med dietistens gruppbehandling av överviktiga, logopedens behandling av dysfagi?

Vi kan till och med ställa oss mer strukturella frågor, som huruvida specialistvård verkligen är bättre än primärvård för min patient (eller vice versa), eller om hospis är bättre än traditionell vård. Allt detta kan ses som interventioner vilkas effekt går att utvärdera med hjälp av randomiserade och kontrollerade kliniska studier.

Vi behöver reflektera över hur interventionen skall beskrivas mest distinkt för att ha bäst chans att hitta just de studier som berör vår fråga och minska risken för störande »brus», dvs att vi hittar alltför många ovidkommande artiklar i vår fortsatta litteratursökning. Vid läkemedelsbehandling får vi besluta oss för om vi är intresserade av en grupp läkemedel eller ett specifikt preparat (effekt av statiner vid förhöjt kolesterol, eller effekt av pravastatin?). Vill vi veta något om den senaste triptanen mot migrän, eller räcker det att se på effekten av hela gruppen?

Detta hänger ihop med den intres-

ANNONS

santa frågan om s k klasseffekter: när skall vi anse att de biologiska effekterna är tillräckligt lika inom en grupp av läkemedel för att dra slutsatsen att preparaten bör vara likvärdiga att behandla med? Just nu är frågan aktuell avseende bl a protonpumpshämmare, ACE-hämmare, statiner, bifosfonater och sulfonylureapreparat.

Vilken dos och vilken behandlingstid är den i Sverige använda? Man bör vara observant på att många studier från andra länder använder andra doseringsregimer än vi är vana vid, varvid resultaten inte omedelbart låter sig överföras till vår kliniska vardag. Å andra sidan kan det ibland vara en nyttig påminnelse om att vi egentligen inte behandlar på basen av bästa tillgängliga evidens. Vi vet bl a att hjärtsviktpatienter i allmänhet får doser av ACE-hämmare som är betydligt lägre än de som ursprungligen visade sig förbättra överlevnad och livskvalitet.

Hur lång uppföljning vill jag ha för att känna mig övertygad om att effekten kvarstår och risken för ovanliga biverkningar är liten? För behandlingar som utgör bot av akuta tillstånd är detta inte ett problem, men många preparat ges för behandling under flera år trots att de studier som ligger till grund för terapin kan vara begränsade till sex månader eller ett år.

Andra interventioner än läkemedel bör beskrivas så avgränsat och så specifikt som möjligt (interferensbehandling på ländrygg, fenestrerat gips med klack, minilaparotomi, problembaserad och deltagarstyrd gruppbehandling).

En konst att göra korrekta jämförelser

Alla randomiserade kliniska studier är kontrollerade, dvs det finns en kontrollgrupp för att kunna jämföra effekten av den nya behandlingen med något annat. Kontrollgruppens behandling har traditionellt oftast varit någon form av placebo, vilket i de flesta fall är möjligt att använda även i icke-farmakologiska studier. Det är nödvändigt och rimligt att nya preparat i första hand visar klinisk effekt utöver den rena placeboeffekten (som i studier av analgetika kan vara så stor som 30 procent). För klinikern är det förstås tryggt att veta att preparatet har klinisk effekt, men denna information är sällan tillräcklig när det gäller de vardagliga besluten där vi står inför valet mellan det nya preparatet (som är bättre än placebo) och den gamla behandlingen (som förhoppningsvis också har visats ha verkan utöver placeboeffekten).

Vi vill se en jämförelse med sedvanlig behandling, »usual care», för att veta om den nya behandlingen är lika bra eller bättre, och om biverkningar och pa-

tientpreferenser skiljer sig åt mellan alternativen. I praktiken visar det sig svårt att hitta sådana studier: vid osteoporos jämförs bifosfonater med kalk–D-vitamin, inte med östrogen; vid artros jämförs NSAID-preparat med placebo i stället för med paracetamol; de nya antidiabetiska glitazonerna jämförs med sulfonylurea, där en jämförelse med metformin vore det adekvata.

Det finns många exempel på att tillverkarna är rädda för att göra de kliniskt viktiga jämförande studierna, kanske på grund av att de kan visa att de nya behandlingarna är väsentligen likvärdiga med de gamla. Den sedvanliga behandling som ett läkemedel jämförs med behöver dock inte vara farmakologisk; vid diabetesstudier kan kost, motion och viktnedgång vara komponenter i en relevant kontrollgrupp, liksom socioterapi och minnesträning skulle kunna vara bästa jämförelsen vid demensstudier.

»Systerpreparaten»

Slutligen har vi problemet när ytterligare ett preparat, ett »systerpreparat», introduceras inom en grupp läkemedel. Ett nytt migränläkemedel inom triptangruppen kan visas vara bättre än placebo, och likvärdigt med bästa tidigare sedvanliga behandling (ASA/paracetamol plus metoklopramid), men någon direkt jämförelse med andra preparat inom gruppen presenteras inte.

Vi behöver åtminstone en jämförelse med originalsubstansen (sumatriptan), men får ofta nöja oss med data från farmakokinetiska studier eller indirekta jämförelser, där preparaten dock sällan testats mot varandra inom ramen för samma studie. Att hävda att det ena preparatet är bättre, eller ens likvärdigt, är då mycket svårt.

Vad vill jag uppnå med behandlingen?

Ett av de viktigaste tillskotten till klinisk medicin som EBM och medicinska metodutvärderingar har givit är en ny syn på hur vi visar att en behandling verkligen är till nytta för patienten. Ingen har ifrågasatt att syftet med behandling är att minska dödlighet och sjukdomskomplikationer, att lindra smärta och ångest, men forskningen har sällan visat att man verkligen har uppnått dessa mål. Det har ansetts tillräckligt att peka på att interventionen minskar någon intermediär variabel som man har förutsatt vara kausalt relaterad till död, komplikationer och lidande.

Användandet av sådana surrogat-effektmått har präglat forskningen fram till de senaste åren. Exempel är mätningar av »peak expiratory flow» (PEF) och »forced expiratory volume» (FEV)

vid obstruktiv lungsjukdom, blodtrycks- och kolesterolnivåer vid kardiovaskulär prevention, bentätthetsmätning vid osteoporos, självrapporterad rökfrihet vid rökavvänjning, flebografiskt påvisade asymtomatiska ventromboser vid trombosprofylax, HbA1c vid diabetesstudier, flödesmätningar vid claudicatio, ultraljud av carotis vid strokepreventionsstudier eller koronarangiografisk regress vid lipidsänkning.

Problemet är att surrogat-effektmått sällan med någon precision verkligen förutspår kliniskt viktiga förändringar för patienten under behandlingen.

Utgångspunkten är patientrelaterad nytta

Vår utgångspunkt är att visa en patientrelaterad nytta av behandlingen. Då ställer vi oss inte frågan vad som är lätt eller spännande att mäta, utan reflekterar över vad vi och patienten på lång sikt verkligen vill uppnå med behandlingen. Förbättrad överlevnad är onekligen det mest konkreta utfallet vi kan tänka oss, men det är påtagligt sällan vare sig studerat eller visat i relation till många behandlingar.

Först på 1990-talet kunde vi faktiskt påvisa att primärpreventiv farmakologisk kolesterolsänkning leder till viss minskning av dödlighet; vad gäller förbättrad diabeteskontroll har nyttan av denna regim ännu inte kunnat bekräftas.

När vi formulerar vår fråga bör vi alltså reflektera över dels vilka risker patienten står inför på kort och på lång sikt, dels vilka inskränkningar i funktion och hälsorelaterad livskvalitet sjukdomen för med sig. Har verkligen de kliniska studierna visat att behandlingen har genomslagskraft avseende sådana viktiga effektmått?

När vi behandlar patienter med obstruktiv lungsjukdom kan vi inte nöja oss med förbättrade PEF-värden. Vi måste också kräva att behandlingen gynnsamt påverkar t ex exacerbationer ledande till akutbesök eller behov av tilläggsmediciner, behov av inläggning på sjukhus, sjukfrånvaro eller frånvaro från skolan. Dyspné, hosta, slembildning eller pip i bröstet besvärar patienten; de kan graderas i sjukdomsspecifika frågeformulär och mätningar av livskvaliteten. Med hjälp av sådana variabler hoppas vi bättre kunna fånga upp för patienten viktiga aspekter av sjukdomen, och därmed ge svar på frågan om effekten av och nyttan med behandlingen.

På samma sätt kan vi resonera när det gäller andra sjukdomar, men det är tyvärr osäkert om vi kan hitta studier som har ställt dessa frågor. Saknas kunskap om behandlingens effekt på viktiga patientrelaterade effektmått bör vi, pre-

cis som vid bristfällig forskningsdesign, vara återhållsamma med alltför tvingande slutsatser och rekommendationer.

Alla interventioner har någon möjlig ogynnsam effekt, och man bör ha funderat över vilka potentiellt viktiga biverkningar som skall vara belysta i de studier som skall hjälpa oss att besvara frågan om interventionens effekt. Sidoeffekter som leder till terapiavbrott kan leda till att nyttan i större patientgrupper blir begränsad, eftersom få patienter tål preparatet (som är fallet med akarbos vid diabetes). Större behov av kontroller på mottagningen eller laboratoriet kan också leda till att behandlingen blir omständlig och mindre attraktiv för patienten, kanske också dyrare för patient och samhälle.

En nyttig gruppövning

Den beskrivna processen kan tyckas omständlig, men den har framgångsrikt prövats vid många gruppmöten med kolleger. Vi har träffats under en halv dag, diskuterat basala begrepp inom EBM och låtit samtliga deltagare beskriva ett vardagligt kliniskt problem som han eller hon inte hittat svaret på. Med stöd av hela gruppen har sedan problemet successivt omformulerats till en fyrdelad fråga (Ruta 4). Under denna interaktiva process får vi rikliga tillfällen att beröra alla ovanstående aspekter på hur en klinisk studie bör vara utförd för att ge det svar vi och patienten behöver.

En sådan fortbildningsinsats kan vara begränsad till enbart formuleringsdelen, men den kan också vara den första av fyra gruppmöten där varje möte berör en av punkterna i EBM-processen (Ruta 3). Jag har goda erfarenheter av flera studiecirkel med erfarna allmänläkare och sjukhusspecialister där man arbetat med sina egna kliniska problem för att slutligen kunna formulera ett kliniskt användbart svar.

Vår vardagliga kliniska verksamhet bör vara den största drivkraften för fortbildning och professionell utveckling. En process som söker evidensbasen för de kliniska beslutspunkterna kan vara ett stort steg framåt för varje enskild läkare att själv öka sin professionalism.

Referenser

- Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunskapshandtering. Oslo: Gyldendal, 2000.
- Greenhalgh T. How to read a paper. The basics of evidence based medicine. London: BMJ Publishing Group, 1997.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Second ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

Summary

Routine clinical decisions as an incitement to evidence-based medicine

Mats Eliasson

Läkartidningen 2000; 97: 3860–5.

Everyday clinical work raises many questions regarding diagnosis, prognosis and treatment. Traditional sources such as text books do not give all the answers, especially not in situations when decisions are needed without further delay. By learning the fundamentals of evidence-based medicine we may stand a better chance of founding our decisions on the best available evidence in order to provide better patient care. A focused question need to be posed, followed by a cost-effective literature search. This clinical question comprises of four parts: Who is the patient? Which is the intervention? What is the comparison? What outcome is relevant to the patient and what are the adverse effects?

Correspondence: Mats Eliasson, Sunderby sjukhus, SE-971 80 Luleå, Sweden.
E-mail: Mats.Eliasson@nll.se

Särtryck

LÄKARTIDNINGEN

Det stillasittande liv som präglar alltför många i de rika nationerna har negativa följder för hälsan. Fetma har blivit en folksjukdom, benskörhet blir allt vanligare och hjärt – kärlsystemet "åldras" snabbare än nödvändigt. Motion på recept är ofta en bra medicin.

Det är bakgrunden till den serie på 24 artiklar som Läkartidningen samlat i särtrycket av serien "Människan i rörelse". Den har tagits fram i samarbete med Svensk idrottsmedicinsk förening med syftet att redovisa de praktiskt viktiga erfarenheter och kunskaper som är av värde i läkarens vardagsarbete med inaktiva patienter, med motionärer som fått besvär av träningen, med astmatiker och gravida som undrar om de kan fortsätta motionera eller tävla. Här får läkaren hjälp att besvara de vanliga frågor som patienter ställer om motion och träningsskador, och serien tar också upp de långsiktiga följderna samt etiska kontroverser kring idrott och idrottsmedicin. Priset är 150 kronor.

Människan i rörelse



Beställer härmed.....ex
av "Människan i rörelse"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker