

Att segla och navigera på medicinens hav

För inte mer än snart 20 år sedan mönstrade jag som ung AT-läkare på läkarskeppet. Kaptenen där, min första medicinöverläkare, visste vad som gällde. Kinidin vid förmaksflimmer och antiarytmika klass I vid frekventa ventrikulära extraslag. Även för övrigt var farlederna väl utmärkta.

Genom åren har jag blivit alltmer besvärad i närvaro av läkare som hela tiden vet hur det förhåller sig och hur saker och ting skall vara och behandlas. Min kliniska vardag visar nämligen föga likhet med den verklighet som dessa läkare tycks uppleva. Det är inte nog med att uppfattningar rent medicinskt kan gå isär och att det inte alltid är lätt att veta vilken behandlingsstrategi som numera gäller. Dessutom är mina patienter annorlunda än de medelpatienter som behandlingsrekommendationerna baserar sig på. »Panta rei», allt flyter, sa redan de gamla grekerna. Det är ingen dum idé att flyta med.

Men i längden går inte det heller särskilt bra. En utväg syntes mig vara sunda genomarbetade vårdprogram där klara rekommendationer utkristalliserats. Genom landstingets benägna bistånd fick jag möjlighet att delta i en kurs i Maastricht om kvalitetsutveckling av framför allt allmänläkarvård genom kvalitetsrevision med vårdprogram som bas. Men kan man verkligen jobba vårdprogrambaserat? Medan jag funderade drev jag in i en bokhandel och fann Sacketts bok »Evidence-based medicine» [1]. Där fann jag en verklighetsanpassad navigationshjälp.

Författarna inledde med att presentera en randomiserad studie över läkares fortbildning. Det enda som tycktes bita på läkarna och verkligen medföra en förändring i kliniskt beteende var kliniskt baserad EBM-metodik.

Väl hemkommen startade jag och några andra läkare en studiecirkel utifrån Sacketts bok. Var och en av delta-

garna i studiecirkeln fick i uppgift att ur sin kliniska vardag välja och formulera ett kliniskt problem och söka bästa tillgängliga evidens för att belysa frågeställningen. Det gällde sedan att se om en förändring i klinisk praxis var motiverad och tillämpbar i vår vårdssituation.

Förutom en träning i att söka i databaser innebar uppgiften en träning i att formulera frågor som går att besvara. Någon i gruppen ville undersöka CRP-reaktioner efter operativa ingrepp, en annan gruppledare ville studera antiviral terapi vid herpes zoster, en tredje diagnostik vid djup ventrombos, en fjärde om NSAID verkligen är bättre än paracetamol vid tendinit i armbåge, axel, skuldra och nacke, en femte vilka effekter kolinesterashämmare kan förväntas ha på senildementa patienter osv.

De studier vi fann granskades sedan kritiskt i förhållande till vår patientpopulation och våra nedskrivna frågeställningar. Särskilt fokuserades frågan om det effektmått som studien angav är det effektmått som är kliniskt relevant för patienten och för oss. Många studier föreföll märkvärdigt tunna redan vid denna granskning. Enkelt lärde vi oss översätta relativa riskreduktioner till absoluta riskreduktioner. Prislappen för behandlingens vinst blev följesedeln.

Sedan då? Vad hände? Ja, mitt intryck efter kurserna är att det går att tillämpa evidensbaserad medicin även på en vårdcentral. Men arbetssättet behöver utvecklas och framför allt behöver forskningen anpassas till kliniskt relevanta frågeställningar som går att besvara. Att leta efter evidens som inte finns men som borde finnas blev för mig en av de första erfarenheterna av EBM.

En distriktsläkares vardag och behandlingsstrategier är oftast väl beprövade, inövade seglatser i kända vatten där navigeringsbehovet inte är så stort. Däremot är behovet av EBM-värderade diagnosmetoder överväldigande för en allmänmedicinare. Vilken diagnostisk kapacitet har detta prov i en population som min och med en förväntad prevalens av den sökta sjukdomen på x procent? Behovet av allmänmedicinsk forskning enbart kring dessa frågor förefaller stort.

EBM sparar läkares hjärna. En ele-

mentär utbildning i EBM lär oss att se vilken information och vilka uppgifter som är väsentliga i det koppel av information som biter efter oss varje dag i posten och från bildskärmen. Det som är tunt och det som är åsiktsmedicin och lösa påståenden kan gärna få dräneras förbi nervsystemet till återvinningen. Hjärnstressen minskar hos läkaren. Det blir då lättare att fokusera på den väsentliga informationen. En randomiserad, placebokontrollerad klinisk prövning på ett nytt läkemedel blir däremot svår att motstå. Vilken effekt kan jag rimligen uppnå med detta läkemedel? Vilken blir kostnaden? Utför dessa övningar t ex på Relenza och Vectavir. Numera frågar vi alltid läkemedelskonsulenterna om absoluta riskreduktioner i stället för relativa. Förvirringen hos dem blir ofta påtaglig. Är vi de enda läkare som ställer dessa frågor?

Sammanfattningsvis vill jag alltså mena att EBM är grundbulsten för en medicin som vill röra sig ute i verkligheten. Den är uppbyggd av miljontals, konsekvent utförda, bearbetade och kritiskt sammanställda observationer. Vilket annat sätt är möjligt om man tror på empiriskt grundad medicin? EBM står i kontrast till åsiktsmedicin, konsensusmedicin och vårdprogrammedicin. EBM ger motvikt till den ogrundade optimistmedicinen och för våra önskningar ner till det rimligas skala. Kanske inte alla vill se medicinerna i den skalstorleken?

Medicinens hav låter sig till slut ändå definieras. Även om strandlinjen kan variera är den ändå definierbar. Ett överlappande nät av observationer ger koordinater från vilka den fortsatta seglatsen kan fortgå. Går det åt icke förväntat håll får väl navigatören, som vid all orientering, noggrant iakttäta omgivningarna, reorientera sig och dra vidare. Under den seglatsen hoppas jag på förliga vindar.

Referenser

1. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.

Författare

GÖRAN WALLER
distriktsläkare, Grytnäs vårdcentral,
Kalix.

E-post: goran.waller@nll.se