

Evidensbaserad medicin:

Tio kritiska invändningar mot en värdefull metod

Evidensbaserad medicin (EBM) innebär en kunskapsbaserad, systematisk granskning av medicinsk vetenskap med relevans för klinisk praxis. Begreppet har det senaste årtiondet kommit att bli centralt inom praktisk medicin, och även vidgats till evidensbaserad omvårdnad [1].

CARL-MAGNUS STOLT
chefläkare Södra Älvsborgs sjukhus, Borås; professor i humanistisk medicin, Karolinska institutet, Stockholm
Carl-Magnus.Stolt@his.ki.se

II Det rör sig om en framväxande internationell rörelse inom medicinen med syfte att ge bästa tänkbara beslutsunderlag. Detta är nödvändigt i det alltmer massiva informationsflödet. Ingen enskild läkare kan längre överblicka och värdera kunskapsstoffet ens inom ett tämligen begränsat terapeutiskt område.

Risken finns då att en patient utsätts för en mindre bra behandling. Detta kan vara ett hot mot patientsäkerheten. Istället för att faktabasera den vård man erbjuder, kanske läkaren ägnar sig åt en eller flera av följande alternativa baser för sin praktik: en auktoritetsbaserad, en emotionellt baserad, en provinsialt baserad, en asteniskt baserad, eller kanske i vissa akuta situationer en nervöst baserad medicin!

EBMs styrka ligger således i att den enskilda läkaren får en färsk, uppdaterad och oberoende kunskap, förhoppningsvis fri från exempelvis läkemedelsindustrins inflytande. Kunskapen blir därmed mer oberoende av tyckande; dess subjektivitet begränsas.

Störst tyngd i utvärderingen av vetenskapliga uppsatser ges prospektiva randomiserade studier. Det evidensbaserade kunskapsunderlaget är också tillgängligt för alla, såväl läkare som allmänhet. Att det finns en relativ konsensus om vad som är en bra behandling betyder också att olika läkare lämnar ungefär samma budskap till en patient i en given behandlingssituation, exempelvis vad gäller effektiviteten av olika behandlingar vid ryggvärk.

Granska granskaren!

EBM brukar betraktas som en kritisk granskning av medicinen, och inte minst därför finns det anledning att kritiskt

granska även denna! Ett förutsättningslöst inommedicinskt, vetenskapsteoretiskt kritiskt förhållningssätt säger att allt måste kunna granskas!

Finns det svagheter i EBM-begreppet? Jag presenterar här tio kritiska invändningar av olika bärighet.

Det nya hinner inte bli evidensbaserat

1. Den första invändningen, eller begränsningen, är att det riktigt nya inte kan hinna bli evidensbaserat. Det finns alltså en relativ tröghet i EBM-metoden, men denna tröghet kan givetvis även vara kvalitetsbevarande!

2. Det finns vidare en begränsning i vad som är undersökt, och denna begränsning vidlåder naturligt nog även EBM.

3. En tredje begränsning är att en stor del av den forskning som granskas är kommersiellt styrd.

Risk för standardiserad kokboksmedicin

4. Den fjärde invändningen gäller risken för överdriven standardisering, vilket medför en konformism som likriktar och riskerar att hämma den medicinske praktikern. Med denna förnämning av den medicinska praktiken riskerar vi att få en »kokboksmedicin«, som åsidosätter verklighetens mångfald och mångtydighet [2].

Man ser då inte patienten i sitt sammanhang. Man ägnar sig mer åt en »medianbaserad« medicin, när man kanske istället borde ha ett inslag av personorienterad dialogisk »narrative-based« medicin [3]. Man kan ställa sig frågan: Studiepatienter, finns de i verkligheten? En populationsbaserad kunskap är uppenbart inte alltid möjlig att överföra till den enskilda individen.

Subjektivt urval av studier

5. En femte kritisk punkt vid granskningen av EBM är att urvalet av studier man väljer att EBM-granska i slutändan alltid är subjektivt. Man väljer ur ett be-

tydligt större underlag av olika anledningar ut ett antal uppsatser till sin evidensbaserad. Vad styr urvalet? Det finns i det sammanhanget också en risk att man sätter just randomiserade kontrollerade prospektiva studier på en alltför hög piedestal. Medicinens historia lär oss att många betydande bidrag till medicinens möjligheter tillkommit på annat vis!

Hälsoekonomins inflytande

6. En sjätte invändning mot EBM-begreppet är den fara som finns om man alltför hårt kopplar begreppet till hälsoekonomiska resonemang. Då hotar ekonomin att alltför mycket styra synen på vad som är den bästa behandlingen – eller det bästa behandlingsunderlaget.

Jag påstår ingalunda att sjukvårdens ekonomiska dimension är oviktig, men den kommer in i ett senare skede, inte i det strikt medicinska kunskapsunderlaget.

Detta är måhända en kontroversiell invändning! Kopplingen mellan EBM och hälsoekonomi har tonats ned avsevärt de senaste åren, inte minst i Sverige. Men ännu 1995 kunde man i tongivande internationella EBM-sammanhang läsa att målsättningen med EBM var att eliminera dyra, ineffektiva och farliga be-

EBM är en värdefull metod för att skaffa så bra oberoende beslutsunderlag som möjligt. Men liksom allt annat i medicinen måste det också tåla kritisk granskning, och vi måste resonera om och inse dess begränsningar!

handlingar [4]. Ineffektiva och farliga är lätt att instämna i, men dyra?

Relationen patient-läkare i skymundan

7. Den sjunde invändningen är den jag anser vara den tyngst vägande. I en strikt EBM-baserad medicinsk praktik riskerar viktiga aspekter av patient-läkarrelationen att hamna i skymundan. Orsaken till detta måste förstås från insikten i att medicinsk praktik består av en kombination av medicinsk vetenskap och läkekonst.

Det som ryms i begreppet läkekonst låter sig inte så lätt evidensbaseras. I en förnämlig SBU-bok [5] granskade man läkekonst på vetenskaplig grund. För att förstå problemet måste man först vidga den traditionella medicinens metodologi till att, förutom kvantitativ metod, även inbegripa kvalitativ sådan.

Kan tröst vetenskapliggöras?

Ytterst är detta en fråga om vad som är vetenskap. Vi har som medicinare ofta en inställning att endast naturvetenskap är vetenskap. Det är naturligtvis en försnävad uppfattning. Skall man studera och vetenskapliggöra det som ryms i läkekonsten måste man använda såväl kvantitativa som kvalitativa metoder.

OVANA VID KVALITATIVA STUDIER?

I EBM-sammanhang har främst kvantitativa, naturvetenskapliga studier varit i blickfånget, och det är de som ges störst tyngd. På senare år har detta förändrats och det är positivt. SBU-boken om läkekonst tog även upp kvalitativa studier till granskning, men de kvantitativa vägde tveklöst tyngst i slutsatserna. Detta kan bero på att de kvalitativa studierna helt enkelt var sämre, men det kan också bero på en ovana vid att bedöma kvalitativ forskning.

I denna min sjunde invändning mot EBM-begreppet – att läkekonsten kommer i skymundan – finns ännu en dimension. Man kan nämligen fråga sig om det till och med finns företeelser i

läkekonsten som inte ens kan vetenskapliggöras, alldeles oavsett val av metod. Centralt i läkekonsten finns trösten. Att vetenskapliggöra trösten går nog, men det är inte många som försökt!

Kanske är det symtomatiskt att ordet tröst inte nämns en enda gång i den ovan nämnda SBU-boken. Låt mig i sammanhanget ändå säga att jag ändå anser den aktuella boken oerhört värdefull, trots denna begränsning [6].

Det som kanske inte kan utforskas – är det inget vi skall bry oss om? Det som undflyr och gäcker vetenskapliggörande – är det oväsentligt? Låt mig bara konstatera att på detta område kan konsten – t ex skönlitteraturen – komplettera den medicinska vetenskapen.

Kvantitativ förtjuning i oväsentligheter?

8. En åttonde invändning har med vetenskaplig metod att göra, och har beröringspunkter med föregående invändning. Det handlar om risken att övervärdera kvantitativ metod, och detta problem har också förtjänstfullt uppmärksamats av företrädare för Statens be-

redning för medicinsk utvärdering (SBU). Man har självkritiskt resonerat om »surrogat-effektmått«, när man mäter något som inte betyder något för patienten [7].

Bortser vi från hälsoperspektivet?

9. Den nionde invändningen rör en kritik som ofta riktas mot medicinen rent allmänt, inte minst från exempelvis vårdvetare och kulturvetare med intresse för medicin och vård. Det gäller risken att vi inom medicinen fixerar sjukdomen och bortser från hälsoperspektivet. Med EBM förstärks kanske denna risk. Vi måste minnas Hippokrates ord om att det egentligen inte finns några sjukdomar, utan bara människor som kan bli sjuka. Den levande människan har i sig alltid ett visst mått av hälsa, som inte sällan kan förstärkas. Ett sätt att förstärka hälsa är förstås att bota och lindra sjukdom.

Tål EBM en EBM-granskning?

10. Den tionde och sista kritiska tanken inför EBM-begreppet är mycket övergripande. Är EBM i sig evidensbaserad? Tål EBM att granskas av sig själv? Blir folk friskare om vi tillämpar EBM?

Sammanfattning

Avslutningsvis kan jag konstatera att EBM är en värdefull metod för att skaffa så bra oberoende beslutsunderlag som möjligt. Men liksom allt annat i medicinen måste det också tåla kritisk granskning, och vi måste resonera om och inse dess begränsningar!

Referenser

1. Eriksson K, Nordman T, Myllymäki I. Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Åbo: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi, Vasa, 1999.
2. Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine* 1998;73:1234-40.
3. Greenhalgh T, Hurwitz B, eds. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books, 1998.
4. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 1995;310:1122-6.
5. Ottoson JO, red. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur i samarbete med SBU, 1999.
6. Stolt CM. Viktig bok om medicinen som konst och vetenskap. *Läkartidningen* 1999; 97:1312-3.
7. Eliasson M. Evidensbaserad medicin »begins at home«. *Läkartidningen* 2000;98: 3860-5.