

Med facit i hand kan man självklart alltid hävda att beslut att avstå från hjärt-lungräddning var felaktigt i de fall patienten tillfrisknar. Frågan är emellertid om det i dessa fall är rimligt att utdela disciplinpåföljd till de läkare som deltagit i sådana beslut? Effekten av detta kan för framtiden bli att dessa mycket viktiga beslut inte dokumenteras eller att man helt enkelt avstår från att fatta beslut om begränsning i behandlingen.

Hemlighetsfulla koder

Förhoppningsvis är den tid förbi då beslut om att avstå från hjärt-lungräddning noterades med lokala koder någonstans i journalen i form av symboler eller bokstavskombinationer vars innebörd bara var känd för berörd sjukvårdspersonal.

Det är snarast så att dessa beslut måste diskuteras i en öppen atmosfär, där besluten är tydliga för alla inblandade – patienter, anhöriga, läkare och övrig sjukvårdspersonal. Det får inte bli så att enskilda läkare kommer att undvika att ta ställning i svåra etiska frågor som dessa av rädsla för att bli anmälda till HSAN.

I den aktuella situationen hade patienten tre veckor efter intoxicationen kända strukturella hjärnskador bilateralt i talamus, mediala temporalloberna och hippocampi. Beslutet att ej återuppliva patienten vid ett eventuellt cirkulations- eller andningsstillestånd förefaller inte orimligt. Någon annan förändring av patientens övriga vård skedde så vitt känt inte.

Det förefaller ogenomtänkt från HSAN att ett väl övervägt medicinskt beslut, som dessutom inte haft någon verklig påverkan på vårdförloppet, ska leda till disciplinpåföljd. Däremot är det mycket väsentligt att dessa beslut noggrant dokumenteras.

Referenser

1. Sjökvist P, Sundin PO, Berggren L. Limiting life support. Experiences with a special protocol. *Acta Anesthesiol Scand* 1998; 42:232-7.
2. Melltorp G, Nilstun T. Decisions to forego life-sustaining treatment and the duty of documentation. *Intensive Care Med* 1996; 22:1015-9.

Evidensbaserad medicin:

Många kritiker missförstår EBM

När man diskuterar ett sådant fenomen som Evidence Based Medicine (EBM) är det viktigt att man är överens om vad man talar om. Många som är kritiska mot företeelsen EBM missförstår vad det är fråga om. Detta framkommer också i det inlägg som Carl-Magnus Stolt gjorde i LT 28-29 (sidan 3255).

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

■ Jag kommenterar nedan några av Stolts punkter.

Men först:

Den väsentliga utgångspunkten för hela begreppet är att man skall veta exakt *på vilken evidens* man fattar beslut i sjukvården, inte att man endast kan använda strikt vetenskapligt framtagna data som underlag för beslut.

Alla inser att det finns olika grader av evidens för olika kunskaper, vilket också framgår av Stolts inlägg. I den evidensbaserade vården gäller det att veta på vilken evidens de metoder vilar som jag vill utnyttja. Jag skall använda dem som vilar på bästa möjliga evidens, och för att veta detta måste jag följa den aktuella litteraturen.

Den kliniska verkligheten

1. Invändningen att det riktigt nya inte har hunnit bli evidensbaserat baseras på att Stolt vet att detta nya är effektivt, inte bara nytt. För att veta att det är effektivt måste det studeras, och den kliniske forskaren som är angelägen om att införa nya metoder har skyldighet att själv delta i vetenskapliga studier för att försäkra sig om metodens effektivitet om ingen annan har gjort det.

Införs nya metoder innan de är kliniskt utprovade förlänger man tiden innan man vet deras värde. Eventuellt minskas möjligheten att göra kontrollerade studier – se laparoskopisk kirurgi. Egentligen innebär EBM ett åtagande att stödja klinisk, patientorienterad forskning. Det är ju endast i den kliniska verkligheten, inte i det teoretiska laboratoriet, som effektivitet kan bevisas.

2. Begränsningen av vad som är undersökt är inte något argument mot EBM. Man skall bara veta vilka begränsningar metoden man vill använda har i fråga om hur väl studerad den är.

3. Så mycket större anledning är det att granska underlaget om det endast är kommersiellt styrt.

Ej »kokboksmedicin«

4. EBM innebär inte att man måste följa sådana riktlinjer som leder till »kokboksmedicin«. Tvärtom – man är skyldig att själv granska det vetenskapliga underlaget, inklusive det patientmaterial det är baserat på i förhållande till det aktuella problemet med den patient man har framför sig. Riktlinjer framtagna av så kallade experter är värdelösa om de inte är baserade på kritisk granskning av aktuell litteratur. Det finns alltför många sådana.

5 och 6. Är teknikaliteter som vidlå-

der alla undersökningar i detta sammanhang

6. Detta är den viktigaste punkten i kritiken, men även den bortser från att det alltid, även när det gäller att arbeta enligt EBM, är den enskilde läkaren som tillsammans med patienten bestämmer. Den enskilde patienten är unik och det kan alltid finnas omständigheter som gör att vad som kan tyckas vara klart bevisat i vetenskapliga studier ändå inte kan tillämpas just nu.

I ett långsiktigt arbete i ett mindre sjukhus i norra Italien, där läkarna varit angelägna att lära sig att använda EBM, har man gjort så att i varje fall, läkaren först, grundat på sin kunskap om patienten, den erfarenhet han själv haft i liknande fall och tidigare kunskap, lägger upp en plan för diagnos och behandling. Han går sedan till litteraturen och tar fram den evidens för hur liknande fall bör tas om hand, och gör tillsammans med patienten en syntes av sitt eget kunnande, vad litteraturen visar och vad patienten vill efter att ha blivit presenterad alla fakta.

7. Det största misstaget i fråga om tillämpning av EBM i praktisk sjukvård är att tro att den enskilde läkaren och den individuella patienten skulle vara bortkopplade från beslutet om utredning och behandling.

8. Självklart skall EBM granskas och diskuteras. I sina rapporter granskar SBU systematiskt det vetenskapliga underlaget. Läkartidningen har också på ett föredömligt sätt uppmuntrat till det.

Komplicerad verklighet

Ytterligare en kommentar. Det har upp-

stått ett förklarligt missförstånd genom att EBM har kommit att diskuteras samtidigt som Cochrane Collaboration har etablerats och med stor framgång granskar den litteratur på vilken vi baserar våra åtgärder och beslut. Man skall då ha klart för sig att Cochrane Collaboration i huvudsak begränsar sin verksamhet till resultat av kontrollerade randomiserade studier, medan de som försvar sig till EBM måste göra det bästa möjliga i den komplicerade verkligheten som klinisk medicin utgör.

Att arbeta enligt EBM betyder således inte att man endast godkänner resultat av kontrollerade studier, utan att man vet när det finns sådana – och, när det inte finns sådana, vet hur väl en viss metod är undersökt. För att praktisera enligt EBM skall man alltså vara bekant med var gränsen går i aktuell vetenskaplig kunskap och använda bästa möjliga kunskap som underlag för sitt handlande. •



Test av färger



Välkommen debatt om evidensbaserad medicin

Det är glädjande att flera skribenter antagit min utmaning att formulera kritiska invändningar mot EBM-begrepp, först Göran Nilsson i nr 20 och nu Carl-Magnus Stolt i nr 28–29. Endast genom en öppen och ifrågasättande debatt kan vi undvika att EBM »ikoniseras« och blir till ett lika auktoritärt begrepp som den »opion-based medicine« som vi vill lägga bakom oss.

MATS ELIASSON
docent, sakkunnig i invärtes medicin,
SBU; medicinsk redaktör,
Läkartidningen
Mats.Eliasson@nll.se

II Orealistiska förväntningar om EBM:s möjlighet att lösa mångfalden av problem som vården står inför riskerar att leda till en »back-lash« med uppgivenhet kring möjligheten att använda bästa vetenskap som grund för klinisk verksamhet.

Lars Werkö har i ovanstående inlägg bemött de flesta av Stolts synpunkter men vissa bör kommenteras ytterligare. Flera av invändningarna kommer att beröras i de artiklar som under hösten avslutar Läkartidningens EBM-satsning.

Transparent process

1. Carl-Magnus Stolt är bekymrad över att urvalet av studier för »EBM-granskning« är subjektivt. Kommentaren är förvånande då subjektiviteten vanligen får ett betydligt större utrymme i andra sammanhang än de systematiska översikter som utgör en av hörnstenarna i EBM.

Urvalet baseras på explicita och a priori uppsatta kriterier, och hela processen är transparent för läsaren till skillnad från traditionella översiktsartiklar där läsaren helt är utelämnad avseende urval och tolkning. Användandet av två oberoende granskare reducerar också subjektiviteten avsevärt.

Kvalitativ forskning

2. Brist på användande av kvalitativa studier inom EBM bekymrar Stolt. Kvalitativa studier besvarar oftast frågor om hur olika aspekter på sjukdom och hälsa upplevs, medan EBM-rörelsen har tagit sin utgångspunkt i frågan om vilka medicinska metoder som har en gynnsam effekt för patienter på överlevnad och liknande.

Den kvalitativa forskningen kan dock bidra med viktiga pusselbitar. (Varför tar patienten inte medicinen? Hur resonerar patienten som ställs inför valet av operation av sin prostatacancer eller observation?) Läkartidningens EBM-serie

har därför i artiklar av Povl Riis och Thörn, Bunne och Hallberg i nr 12/2001 utvecklat rollen av sådan forskning inom en evidensbaserad sjukvård.

SBU och deras internationella systerorganisationer följer denna forskning med intresse, men det är uppenbart att möjligheten att kritiskt granska och validera resultaten för närvarande är begränsad och att dessa metoder behöver utvecklas ytterligare.

Surrogatmått ifrågasätts

3. Den mest svårbegripliga invändningen är risken med att övervärdera kvantitativ metod, och Stolt formulerar att SBU har »självkritiskt resonerat om surrogatmått«. Tvärtom så har ju just EBM-rörelsen gått i bräsch för att ifrågasätta surrogatmått såsom PEF-värden, CD-4-nivåer, radiologisk regress av tumörer osv.

De senaste årens SBU-rapporter har varit pionjärarbeten i att välja ut effektmått med direkt betydelse för patienten som grund för sina slutsatser. T ex kan rapporten om behandling av astma och KOL från år 2000 ses som ett genombrott för att använda livskvalitet som mått på en behandlings effekt och nytta för patienten.

Utan EBM-rörelsens ifrågasättande hade vi fortsatt i ett trask av tveksamma intermediärvariabler som läkemedelsrepresentanterna visar upp på färgglada OH-bilder. Frågan om surrogatmått belyses ytterligare i en kommande artikel.

4. Att EBM skulle fixera ett sjukdomsperspektiv är väl att skjuta på budbäraren? Ett evidensbaserat synsätt styr knappast frågan om synen på friskt eller sjukt men kräver den vetenskapliga basen synliggjord, vilket man dessutom gärna skulle vilja se mer av vad gäller den s k salutogenesforskningen.

Hjälpmedel – ej ett mantra

EBM är inget mantra utan ett hjälpmedel i klinisk vardag men för god läkekonst krävs ytterligare färdigheter och kunskaper.

Vi välkomnar fler inlägg från läsarna hur den goda vetenskapen leder till den goda vården! •