

Lars Werkö, professor, tidigare styrelseordförande, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm

Kjell Asplund, professor, Umeå; styrelseordförande, SBU

Peter Aspelin, professor, Huddinge Universitetssjukhus; ordförande, SBU:s råd

Mona Britton, professor, medicinskt sakkunnig, SBU

Mats Eliasson, överläkare, Luleå; projektsamordnare, SBU; medicinsk redaktör, Läkartidningen (evidensbaserad medicin)

Jean-Luc af Geijerstam, doktorand, SBU-medarbetare

Sten Thelander, sakkunnig i psykiatri, SBU

Två år med EBM i Läkartidningen

Klinisk forskning och rutinsjukvård har närmat sig varandra

|| Vi har nu levt med begreppet evidensbaserad medicin, EBM, i några år. Några läsare har varit entusiastiska, några tveksamma eller negativa, medan flertalet har varit avvaktande.

Det kan finnas anledning att försöka bedöma vad EBM står för, vad som hittills har åstadkommit och vilka svagheter eller vilken styrka som begreppet innehåller. Framför allt är det viktigt att se hur begreppet kan utvecklas, vad som saknas och vilka nya vägar som måste beträdas för att nå målet: bästa möjliga sjukvård med optimalt använda resurser. Det gäller att vara lika kritisk till detta begrepp som till alla andra försök att snöra in den kliniska medicinen i en tvångströja. Begreppet måste utsättas för en ständig kritisk diskussion och omprövning.

Är EBM något nytt?

EBM är egentligen endast en omformulering av devisen »vetenskap och beprövad erfarenhet«. Den medicinska utvecklingen går snabbt och nya möjligheter erbjuds så gott som varje dag för både diagnos och behandling. När dessutom aktuell medicinsk kunskap i allt större utsträckning finns tillgänglig på elektroniska medier behövs det en annorlunda definition av vad som är vetenskap i det kliniska sammanhanget.

Benämningen vetenskap har därmed blivit bättre definierad och innebär i dagens vokabulär att aktuell vetenskaplig litteratur skall tjäna som underlag för det medicinska handlandet. Man måste således systematiskt söka i tillgängliga vetenskapliga databaser för att vara säker på att man har rätt uppfattat den senaste vetenskapliga ståndpunkten. I många fall kan det räcka att konsultera systematiska litteraturoversikter utarbetade på ett tydligt sätt med sökstrategier, kritisk granskning, kvalitetsbedömning och tydlig syntes. Mest tilltro kan man i allmänhet ha till obundna gruppers arbete och

SAMMANFATTAT

EBM, evidensbaserad medicin, har

- återupprättat den kliniska patientnära forskningen; inga teoretiska eller experimentella studier kan ersätta kliniska observationer med utfall som är av direkt betydelse för patienten.
- återupprättat den oberoende vetenskapliga granskningen, fri från allmänt tyckande, prestige och kommersiella intressen.

Evidensbaserad medicin

Se även artikeln på sidan 3492 i detta nummer.

till myndigheter där olika experter och synsätt varit representerade.

Hur är det med erfarenheten?

Även det andra ledet i läkardevisen, det som betonar erfarenheten, har fortfarande betydelse. Det är ett missförstånd att tro att EBM inte längre skulle röra det vi kallat »beprövad erfarenhet«. Men vad är beprövad erfarenhet? Den vane klinikern, som sett många exempel på hur en sjukdom kan te sig hos olika patienter, besitter ett underlag för hur ett visst tillstånd kan utvecklas och hur det kan påverkas. Denna erfarenhet har byggts upp genom aktivt lyssnande och frågande, genom analys, undersökningsfärdigheter, omdöme och förmåga till syntes. Allt kan förbättras med ökad erfarenhet, som

många gånger har utgjort ett väsentligt bidrag till det beslut som fattats i olika situationer. Erfarenheten är dock sällan systematisk; den kan färgas både av det spektakulära och av det som hänt senast.

Den rätta användningen av den egna erfarenheten borde vara att i samband med analys av ett aktuellt problem ställa erfarenheten mot vad litteraturen visar. Sammanvägningen av den egna bilden med litteraturens kan sedan presenteras för patienten, som också måste få ta ställning till de åtgärder som föreslås. Detta kan låta krångligt, men innebär endast ett betydligt merarbete – när man väl vant sig att tänka i dessa banor.

Vilka fordringar ställer EBM på klinisk forskning?

Idén med EBM innebär ett närmande inte bara mellan den kliniska patientnära forskningen och rutinsjukvården, utan också mellan den teoretiska biomedicinska forskningen och den patientnära forskningen. Det är ju först när teoretiska fynd eller teorier fått vetenskaplig tillämpning på patienter som resultat av värde för sjukvården kan åstadkommas. Detta kommer inte att ske om inte de som är ansvariga för forskningen inser vad som fordras i fråga om tillämpad forskning. Mycket av vad som publiceras tycks ha tillkommit mer för forskningens egen skull än för att bilda underlag för en praktisk medicinsk verksamhet.

Erfarenheten har visat att en mycket stor del av den litteratur som finns i databaserna inte duger för att besvara praktiska spörsmål, som t ex hur man skall ta hand om en patient i ett visst läge. Kliniska undersökningar har hittills i alltför stor omfattning givit efter för kravet på statistisk bearbetning, vilket har inneburit att patientmaterialet har renodlats. Det behövs fler studier av patienter som motsvarar dem vi ser i rutinsjukvården, dvs patienter i högre åldrar eller med fler komplicerande sjukdomar än vad som i allmänhet är fallet i de studier som ofta läggs upp på ett sätt som skall underlätta registrering (eller marknadsföring) av ett nytt läkemedel.

Det är därför viktigt att forskningsledare och anslagsbeviljare inser behovet av bra underlag för beslut i rutinsjukvården. Det gäller också att studera vanliga fenomen i praktisk sjukvård i stället för att mäta det som är lätt att mäta, dvs surrogat händelser och laboratorievården. Att finna vägar för att göra vetenskap av kvalitativa bedömningar kommer också att få större betydelse.

Det är också viktigt att bredda kravet på kontrollerade undersökningar till andra områden är de som varit av störst intresse hittills. Ett sådant är den patologiskt anatomiska diagnosen, som skulle kunna förbättras genom att i större utsträckning tillämpa evidensbaserad patologi [1].

Stimulering genom utbildning och kvalitetsuppföljning

Om EBM skall kunna utvecklas måste vården organiseras på ett sätt som ger möjlighet för läkare och annan vårdpersonal att följa den aktuella vetenskapliga utvecklingen. Vi menar då inte deltagande i kongresser eller liknande aktiviteter, utan att den dagliga verksamheten måste planläggas så att den medger tid till utbyte av kunskap och erfarenhet och till reflektion. EBM innebär ett krav på kontinuerliga utbildningsinsatser.

Det ökande antalet kvalitetsregister innebär en möjlighet att kontinuerligt följa upp verksamheten. Här har ortopedin varit något av ett föredöme; man har nu möjlighet att jämföra operationstekniker och kliniker över hela landet.

Också inom andra discipliner ger kvalitetsregistren möjlighet att göra jämförelser. Det gäller att redovisa hur man utnyttjar metoder som är evidensbaserade, med syfte att förbättra och ständigt följa verksamheten. Inom internmedicinen kan registreringen avse andel patienter i olika åldrar som får trombolys, andel slaganfallspatienter som vårdas på special-

enhet, frekvens uppföljda biverkningar vid antikoagulansbehandling eller hur patienter med diabetes kontrolleras.

De grupper för kollegialt utbyte som allmänläkarna har organiserat i form av FQ-grupper, sjukhusklinikernas »journalklubbar« eller regelbunden diskussion av fall är andra exempel på aktiviteter som behöver stimuleras om den nya kunskap som den patientnära forskningen åstadkommer skall kunna spridas. Om sådana aktiviteter dessutom kan omfatta flera professionella grupper är chansen till ökad kvalitet i vården desto större. Det är sannolikt att särskilda insatser behöver göras för att lära ut hanteringen av den nya informationsteknologin [2].

Här har både huvudmän och kollegiala organisationer ett stort ansvar. Vi befinner oss fortfarande i början av en period där EBM kommer att få allt större genomslag. Den kommande utvecklingen blir beroende av både hur de »vanliga« sjukvårdsarbetarna kan ta upp nya idéer och hur sjukvårdens huvudmän reagerar på kravet på mer tid för reflektion i den dagliga rutinen. Vidare är EBM en nödvändig grund för all prioritering; minst kontroversiell, förstås, när det är fråga om att slopa det som inte visats göra någon nytta.

Implementering i praxis

Ett sätt att utnyttja evidens i klinisk praxis är att arbeta med evidensbaserade vårdprogram, som uppdateras varje till vart tredje år beroende på utvecklingen. Dessa vårdprogram torde kunna täcka högst 80 procent av verksamheten. För övriga 20 procent får man leta i litteraturen efter fakta. Detta kan ofta göras i samband med den rutinmässiga undervisningen (av kandidater, AT- eller ST-läkare) vid kliniken. Om man inte vet och inte finner något i litteraturen får man diskutera den vidare strategin. Det kan då vara viktigare med exspektans, »watchful waiting«, och empati än att till varje pris vara aktiv, med risk för att åstadkomma mer skada än nytta. Särskilt problematiskt kan det bli när man inte når någon säker diagnos (vid yrsel utan säker orsak, oklar bröstsmärta, trötthet). Även om den vetenskapliga litteraturen i sådana fall är sparsam kan den dock ge vissa förslag till optimal handläggning.

För den vane klinikern är det en omdömesfråga om hur ofta man behöver gå till en databas för att konfirmera vad man redan vet (eller snarare tror sig veta). För många kan det bära emot att ständigt ifrågasätta (sitt eget kunnande), för andra kan det bli en helt naturlig sak att vara öppen mot världen. Några kan hävda att den tidspress som dagens kliniker lever under inte medger denna ständiga kunskapskontroll. Så kan ofta vara fallet i dagens rutin, men då är arbetet inte organiserat så att det möjliggör högsta möjliga kvalitet. Och det är vad patienten har all anledning att fordra.

Den rörelse för EBM som nu har etablerats sedan något tiotal år tillbaka har producerat mycket litteratur om begreppet EBM: böcker, artikelserier i internationella tidskrifter och koncentrerade anvisningar om vad EBM är, hur man skall söka litteratur och överhuvudtaget tillämpa idéerna i det dagliga arbetet. Antalet systematiska översikter, metaanalyser och riktlinjer har ökat nästan exponentiellt. Det finns således stora möjligheter och alltmer lätthanterliga metoder för den intresserade läkaren att använda sig av EBM.

Naturligt med ett motstånd mot kontroll

Ingen tycker att det är trevligt att ha en kritiker stående bakom ryggen kontrollerande vad man gör, i synnerhet inte om man är en etablerad specialist som själv kan bedöma den verksamhet man sedan länge bedriver. Det finns därför ett naturligt motstånd mot att ständigt bli utvärderad (eller kontrollerad), vare sig det kallas klinikrevision, audit eller teknologitvårdning. Det gäller särskilt om den som skall utvärdera kommer från en annan yrkesgrupp eller en annan kultur än

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

den man själv tillhör, eller – kanske ännu mer motbjudande – från en myndighet.

Kontinuerlig kontroll och utvärdering kräver dock att inte bara de egna, de närmaste kollegerna, skall utvärdera verksamheten. Det fordras också att andra med annan bakgrund, annan utblick och skepsis deltar i bedömningen. Det fordras således en ny form (eller ökad grad) av öppenhet mellan olika specialiteter, mellan specialister av olika slag, för att uppnå en rutinsjukvård baserad på solida kunskaper i stället för på önsketänkande. Denna öppenhet måste då kombineras med en självdisciplin som varken specialister eller andra sjukvårdsarbetare varit särskilt vana vid eller angelägna om. Den är emellertid nödvändig om den kliniska medicinen skall kunna ta del av de framsteg som nu snabbt görs i många naturvetenskapliga eller biomedicinska laboratorier.

Bäst gagnas en positiv utveckling av internt utvecklingsarbete med vårdprogram, resultatuppföljning, omvärderingar och kontinuerlig fortbildning. En sådan styrning av verksamheten upplevs mest utvecklande för alla inblandade.

Det bästa får inte bli det godas fiende

Det är dock en fysisk omöjlighet att i allt handlande tillämpa den rutin som skisserats ovan. Det innebär att EBM egentligen mer är en fråga om en filosofi än detaljerade föreskrifter för hur den dagliga sjukvården skall bedrivas. Ett kritiskt förhållningssätt till gamla och nya metoder, till uttalanden av experter, lärare och professorer är den viktigaste ingrediensen i denna filosofi. Fråga alltid »Var står det?« och kontrollera att det finns ett underlag för de svepande påståenden som auktoriteter alltid har haft en tendens att strö omkring sig.

Utvecklingen kommer att vara beroende dels av de attityder som sprids inom sjukvården, dels av de möjligheter som informationsteknologin kommer att ställa till förfogande. Redan den grundläggande utbildningen måste förmedla den rätta inställningen till hur kunskap skall inhämtas, behållas och utvecklas. Den måste uppmuntra ett kritiskt tänkande och betona att vi inte kan veta allt, men att mycket finns tillgängligt i databaser.

Risker

Det finns dock en risk för att utvecklingen kan komma att drivas och behärskas av kommersiella krafter. De senaste årens ökande beroende av företagsstöd när det gäller vidareutbildning och klinisk forskning är en varningssignal. De medicinska fakulteterna och olika specialistorganisationer måste bevaka att det blir de medicinskt vetenskapliga intressena som fortsätter att leda utvecklingen.

Det gäller också att se till att de olika organ för utvärdering av medicinska metoder som nu är verksamma runt om i världen kan fortsätta sitt arbete med stöd från både huvudmän och sjukvårdspersonal.

Att professionen själv måste ta ansvar för framtiden utan att bli beroende av vare sig sin egen prestige eller kommersialism kan tyckas självklart. Kan universiteten, forskarna och överheten motstå frestelsen att låta »marknaden« styra, med de nackdelar man kan förutse i detta sammanhang?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Fleming KA. Evidence based cellular pathology. *Lancet* 2002;359: 1149-50.
2. Regeringskansliet. Vård i tiden. Strategier och åtgärder för att bredda användningen av telemedicin och distansöverbyggande vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2002. DS 2002:3.

EBM-serien avslutas

■ Läkartidningens artikelserie om evidensbaserad medicin (EBM) har sedan mars år 2000 publicerats som återkommande temanummer. Den allra första artikeln »EBM – ett konkret redskap för vårdens verkstadsgolv« av Lars Werkö speglade seriens målsättning att påvisa nyttan av ett evidensbaserat synsätt som ett viktigt hjälpmedel för att fatta väl underbyggda kliniska beslut.

I serien har vi publicerat 32 metodartiklar om EBM, 28 kommentarer till systematiska översikter, flera debattinlägg och ett stort antal evidensbaserade Nya Rön. Enligt en nyligen genomförd läsundersökning har EBM-artiklarna varit bland de mest lästa och uppskattade delarna av tidningen, inte minst bland läkare under utbildning.

Att Läkartidningen satsat på att främja ett vetenskapligt förhållningssätt till klinisk medicin har således fått positiva läsreaktioner, och intresset för serien visar att det finns ett behov av att tillägna sig en metodik som gör det möjligt att bedöma om underlaget för klinisk praxis bygger på väldefinierade studier med adekvat design och där relevanta effektmått använts för att utvärdera slutresultaten.

Vi tror att EBM har blivit ett så etablerat begrepp bland läsarna att det inte längre behöver presenteras under en egen vinjett. Vi kommer givetvis att även i fortsättningen publicera artiklar som berör den viktiga skärningspunkten mellan klinisk vetenskap och klinisk praxis men nu under vinjetten »Systematiska översikter«. Vi välkomnar fler bidrag som kritiskt granskar välgjorda systematiska litteratursammanställningar.

Mats Eliasson

medicinsk redaktör (evidensbaserad medicin)

Josef Milerad

medicinsk chefredaktör