

Klinik och vetenskap: att balansera osäkerhet

ÅKE THÖRN, med dr, specialist i
allmänmedicin, yrkes- och mil-
jömedicin, Luleå
pakethorn@yahoo.com

Att arbeta som läkare är att för varje patient väga sin kliniskt praktiska erfarenhet mot tidens vetenskapliga, medicinska kunskap och bygga sitt handlande på detta. Sådana överväganden är grunden i läkararbetet. En förutsättning för att övervägandena ska fungera är att läkaren själv träffar de sjuka. Så är det inte alltid. Kirurgen Louis Riddez [1] har beskrivit hur läkare ibland gör bedömningar på sjukvårdens belastade akutmottagningar utan att ha mött sin patient. Det är inte bra, skrev Riddez, för trots modern teknik får man en klarare bild när man träffar den sjuke. Det beror på att läkarens kunskap från tidigare patientfall och förmågan att omdömesgilt använda den aktiveras genom att träffa, tala med och undersöka patienten. Att detta behöver sägas är talande för att teknik och vetenskap är på väg att dominera vardagligt läkararbete i stället för att vara verktyg som, använda med kliniskt omdöme, bidrar till goda beslut.

Evidensbaserad medicin: verktyg för kliniskt omdöme ...

Den vetenskap som vägs in i bedömningarna av patienter ska helst ha formen evidensbaserad medicin, vars innebörd bla klargjorts i en lång artikelserie i Lakartidningen [2-4]. Läkarens handlande ska bygga på klart formulerade, fokuserade frågeställningar, belysta med kunskap från systematiska vetenskapsöversikter utförda enligt bestämda regler och öppet redovisade kriterier [5, 6]. Varje enskild studies vetenskapliga tyngd bedöms standardiserat och ges ett värde [7]. Saknas översikter bör läkaren själv söka och värdera den kunskap som finns [8]. Att genom evidensbaserad medicin få tillgång till systematisk och oberoende kunskap är värdefullt för det kliniska beslutsfattandet. Den tveksamhet [9, 10] som ändå uttryckts bottenar i farhågor för att evidensbaserad medicin genom sin starka tonvikt på resultat från strängt standardiserade, rangordnade metoder leder till en motsvarande standardisering av den kliniska praktiken.

Så har tex Carl Magnus Stolt uttryckt oro för att det förhindrar individuella bedömningar och hänsyn till sammanhang och verklighetens mångtydighet [11]. Förespråkare för evidensbaserad medicin håller med om riskerna [12], och ledningen för SBU har understrukit att evidens bara är ett bland flera viktiga verktyg, som måste användas med »omdöme, klinisk skicklighet, empati och insikt« [13].

... eller klinisk tvångströja

Är oron befogad? Olika uppgifter tyder på det. I två artiklar [14, 15] beskrev några Umeåprofessorer två kvinnor med

framskriden cancer. På statistiska sannolikhetsgrunder (evidensbaserad medicin) bedömdes sjukdomarna på hemortslasarettet inte vara behandlingsbara. I Umeå gjordes individuella bedömningar, varefter i båda fallen oprövade behandlingsupplägg genomfördes. Tumörerna försvann, och kvinnorna levde utan sjukdomstecken i flera år.

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens preliminära evidensbaserade riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder framhöll allmänläkaren Jonas Sjögren nyligen att evidensbaserad medicin »annekterats« av politiska och administrativa krafter till att bli ett styrmedel. Med konkreta exempel som grund fann han »att vi hamnat i en evidensfälla« med ett »opportionerligt övertag framför erfarenhetsbaserad kunskap, konsultationskonst och bygga av terapeutiska allianser« [16]. Även på andra sätt används evidensbegreppet till politisk-administrativ kontroll och styrning av vården, tex som utgångspunkt för kvalitetsindikatorer i de mål- och bonusrelaterade ersättningssystem [17] för primärvårdsenheter som flera landsting infört. En tillämpning av begreppet evidensbaserad medicin på sådana allmänna, administrativa styrenivåer är oförenlig med dess faktiska kunskapsinnehåll, som bara tillåter användning med kliniskt omdöme i enskilda patientfall [18-20].

I boken »Hur läkare tänker« [21] påtalar den amerikanske läkaren Jerry Groopman något liknande. Han beskriver en stark tendens i USA att basera alla behandlingsbeslut på kliniska algoritmer och statistiskt belagda data. Läkarna snärjs in i generiska profiler som inte tar hänsyn till den enskilde patientens behov. Och det är alarmerande att en samhällspolitiskt inriktad skribent som Göran Rosenberg [22] uppfattar evidensbaserad medicin som en »officiellt påbjuden overrideologi«, som genomsyrar sjukvårdens riktlinjer, rutiner och värderingar.

Kanske befarade redaktörerna för Lakartidningens artikelserie att balansen mellan klinisk erfarenhet och evidensbaserad medicin kunde tippa över till förmån för det senare. De framhöll i alla fall att evidensbaserad medicin ständigt måste omprövas och diskuteras kritiskt för att inte »snöra in den kliniska medicinen i en tvångströja« [4].

Kritiskt tänkande: kvalitetsgaranti eller inlärd korrekthet

Ett viktigt kriterium på kvaliteten i vetenskaplig kunskap är att dess utsagor håller för kritisk granskning. Går inte utsagorna att sakligt värdera är de inte vetenskapliga, håller de inte för granskningen är kvaliteten inte god. Vid starten av serien om evidensbaserad medicin såg därför Lakartidningen det som sin uppgift att »kritiskt granska och föra ut kritiskt granskat

■ sammanfattat

Läkararbete bygger på att balansera klinisk erfarenhet med vetenskaplig kunskap, helst evidensbaserad.

Evidensbaserad medicin ger tillgång till generell kunskap, som läkaren anpassar till den enskilde patientens behov.

Farhågor finns att evidensbaserad medicin kan leda till en standardiserad klinisk praktik med sämre anpassning till varje särskild patients individuella behov. Den riskerar

också att bli ett verktyg för politisk-administrativ kontroll och styrning av vården. **En sådan utveckling** minskar tilliten till evidensbaserad medicin, vilket vore olyckligt. Att bejaka och vid varje given tid diskutera såväl läkararbets som den medicinska vetenskapens inneboende osäkerhet skulle kunna bidra till att undvika en sådan utveckling.

»Omedvetet, medvetet eller av oförstånd medverkar vi till utvecklingen av en knappologisk mått- och räkningskultur.«

material» [2]. Lars Werkö [3] framhöll att förmågan att tillämpa evidensbaserad medicin utvecklas i en »atmosfär av kritisk diskussion«, och Göran Garellick och medförfattare [23] menade att SBU:s roll är att »kritiskt granska och värdera det vetenskapliga underlaget för diagnostik och terapi«.

Attributet »kritisk-t« upprepas emellertid så ofta och utan precisering att det framstår som en besvärjelse. I en antologi [24] om universitetens roll och forskningens mål diskuterar litteraturvetaren Mikael Gustafsson detta och finner att kritiskt tänkande mest riktas utåt. Genom att sällan skärskåda det egna området och reflektera över förutsättningarna för dess vetenskapliga åskådning, inriktning och verksamhet tenderar det kritiska tänkandet att bli ett inlärt, korrekt beteende. Med det riskeras en utveckling mot en förenklad syn på vetenskap, där metoderna blir huvudfrågan; bara vissa metoder är tillämpliga och bara de problem som de kan utreda är vetenskapliga.

Metod förväxlas med vetenskap

SBU:s utgångspunkt är att studiemodellen randomiserad, klinisk prövning (RCT) har högst bevisvärde på en graderad skala [25], och företrädare för våra nationella kvalitetsregister kallar modellen för »forskningens gyllene standard« [23]. Metoden ger utmärkt kunskap om behandlingsresultat i standardiserade populationer, men i klinisk praktik finns sällan sådana. Den »gyllene standardens« resultat måste anpassas till varje enskilt patientfall. Att särskilt framhålla RCT framför andra studiemodeller och a priori ge den högst bevisvärde kan tolkas som att metod förväxlas med vetenskap. Kanske förtränger detta snäva synsätt förhållandet att frågeställningen måste bestämma valet av studiemetod, inte tvärtom, om man vill finna användbara svar.

Förväxling av metod med vetenskap kan leda till att andra upplägg nedvärderas eller ignoreras. Ett exempel: smärtläkaren Rolf Nordemar och medarbetare [10] diskuterade häromåret konsekvenserna av den evidensbaserade medicinens dominerande positivistiska vetenskapsideal. De belyste sina poänger bl a genom att fråga om kunskap från fallstudier är försumbar, trots sådana studiers stora betydelse för att belysa medicinska misstag. I sin replik berörde SBU inte frågan. Man svarade att fallstudier kan användas för hypoteser och bidra vid kartläggning av läkemedelsbiverkningar men att de inte kan »ge evidens för en behandlingseffekt« [13]. Det visste frågeställarna, som i sin artikel alls inte hävdade motsatsen. Deras obesvarade fråga är dock mycket relevant för kliniskt arbete. Groopmans bok [21] visar hur analys av patientfall sannolikt är den bästa metoden för att förstå och förebygga medicinska misstag.

Osäkerhet och skenbar säkerhet

I all medicinsk verksamhet finns en grundläggande osäkerhet som läkare måste hantera. Den försvinner inte vare sig med evidensbaserad medicin [12, 19, 20, 26, 27] eller med hjälp av kvalitetsindikatorer och -register [18, 23, 28]. Kanske tvärtom. Göran Rosenberg har reflekterat över vårt tilltagande mätande och frågat sig om vi blivit ett samhälle där bara det som kan mätas och jämföras kan förstås och därmed ett samhälle där vi »riskerar att förstå mindre – och inte mer – om

varför människor mår dåligt när våra mätningar och jämförelser säger att de borde må bra« [29]. I en nyutkommen bok diskuterar idéhistorikern Sven-Eric Liedman detta. Bakom kvalitetsmätningar ligger intresset av att få en bild av hur väl en verksamhet håller måttet. Eftersom kvalificerade omdömen ses med misstro ersätts de med sk pseudokvantiteter. Dessa har kvantitetens yttre kännetecken men saknar dess avgörande positiva egenskaper: att exaktare än ord beskriva ett objekt eller en relation mellan objekt. Vad pseudokvantitetens siffror alltid innehåller, men döljer, är till syvende och sist verbala omdömen. Pseudokvantiteternas siffror skapar en illusorisk säkerhet, en skenbild [30].

Skenbild av förvisning

Häri ligger ett problem för evidensbaserad medicin, som gärna ersätter kvalificerade omdömen med graderade skalor, ofta konstruerade med utgångspunkt i studier som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Huruvida studierna alls publiceras beror i hög grad på anonyma granskares omdömen (peer review), medan tidskrifternas kvalitet i sin tur grundas på hur ofta deras artiklar citeras och de vetenskapliga institutionernas på hur många artiklar deras anställda publicerar, hur ofta de citeras och hur ofta de citeras av tidskrifter som citeras ofta.

Det tycks mig som om vetenskaplig kvalitetsvärdering blivit ett trassligt nystan av pseudokvantiteter med rötter, helt eller delvis i oredovisade och anonyma bedömningar. Sken av exakthet må skapas, men när illusionen skingras riskerar tilltron till medicinsk vetenskap och dess väg till praktisk tillämpning, evidensbaserad medicin, att skadas. Det vore mycket olyckligt. Evidensbaserad medicin behövs mer än någonsin, för »i kombination med omdöme, inlevelseförmåga och praktisk erfarenhet kan evidens förbättra vården – inte annars« [31].

Någon annans mått har blivit vårt eget mål

Cellbiologen Peter Lawrence [32] har påpekat något i sammanhanget viktigt. För många år sedan inledde byråkrater en utveckling mot att konstruera mätbara siffermått (pseudokvantiteter: antal publicerade artiklar och liknande) på forskares och forskningsinstitutioners produktion, snarare än att söka värdera forskningen i sig. Målet var en räknings- och redovisningskultur med perfekt administrativ styrning av institutionernas och deras forskares produktion. Men, skriver Lawrence, utvecklingen därefter kan inte bara skyllas på byråkrater: »... vi vetenskapsmän har entusiastiskt medverkat. Vad som började som någon annans mått har blivit vårt eget mål.«

Bejaka osäkerhet och metodologisk mångfald

Där är vi, läkare, forskare och institutioner. Omedvetet, medvetet eller av oförstånd medverkar vi till utvecklingen av en knappologisk mått- och räkningskultur. Vi kan ta oss därifrån bara genom att bejaka den inneboende osäkerheten i läkararbete och medicinsk vetenskap. Bort från synen att vetenskap levererar visshet till att den belyser osäkerheten i världen/vården [33]. Bort från pseudokvantiteter och till kvalificerade öppna omdömen vid värdering av verksamhet och vetenskap. Bort från en dominerande kunskapssyn till flera likvärdiga, mer värda i vissa lägen, mindre eller inget alls i andra.

Vi måste i varje given tid diskutera evidensbaserad medicin för att »inte snöra in den kliniska medicinen i en tvångströja« [4]. Vi måste ständigt diskutera och försvara den alltid nödvändiga balanseringen av klinik och vetenskap, den som den amerikanske poeten, barn- och allmänläkaren William Car-

los Williams så tydligt gestaltat i berättelser från sin praktik från tidigt 1900-tal [34].

En juninatt på 1920-talet kallas han till en fattig invandrarkvinna, som ska föda sitt nionde barn. Han har förlöst sju av de tidigare. Vårkarbetet går långsamt, och i gryningen frågar Williams om han ska injicera hypofysextrakt. Hon rycker på axlarna. Han ger droppar i stället.

»Jag var försiktig eftersom det inte är riskfritt. Om man inte vet vad man gör kan livmodern brista, då den tänjts ut av många graviditeter«. Halvsovande i köket resonerar han sedan med sig själv om vetenskap och mänsklighet. »Våra överdrifter måste dra in sina horn, sa jag mig, vi har lärt av en lärare och

försummat en annan. Nu när jag är äldre hittar jag den äldre skolan. Hypofysextrakt och andra enkla påhitt representerar vetenskapen, som, tänkte jag i drömmen, fyllt scenen mer än nödvändigt.«

Det ljusnar. Williams ger kvinnan några droppar till, det kommer kraftigare värkar, men inget resultat. Sedan: »Med vänster hand styrde jag barnets huvud och använde den obehandskade högerhanden att mot hennes nakna mage trycka på fundus. Kvinnan och jag började arbeta.«

Strax var barnet fött.

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

2. Milnerad J. Evidensbaserad medicin i Läkartidningen. Läkartidningen. 2000;97:2710.
10. Nordemar R, Bullington J, Hagerstrom G. Evidensbaserad medicin räcker inte. Läkartidningen. 2008;105:797-8.
11. Stolt CM. Evidensbaserad medicin: Tio kritiska invändningar mot en värdefull metod. Läkartidningen. 2001;98:3255-6.
13. Levi R, Rehnqvist N, Rosén M, Willman A. Evidens är ett verktyg för vården – inte ett mål. Läkartidningen. 2008;105:918-9.
14. Bergenheim T, Edbom G, Henriksson H. Patientens hemort avgörande för chansen att klara cancer [debatt]. Dagens Nyheter 29 aug 2005.
16. Sjögren J. Riktlinjer om levnadsvanor står i strid med beprövad erfarenhet. Läkartidningen. 2010;107:3298-9.
18. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen. 2008;105:3452-5.
20. Clinical judgment and the problem of particularizing. In: Montgomery K. How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine. New York: Oxford University Press; 2006. p. 84-99.
21. Groopman J. Hur läkare tänker. Göteborg: Daidalos; 2009.
23. Garellick G, Lindahl B, Gudbjörnsdottir S, Lindblad S, Lundström M, Spångberg K, et al. Debatten om Nationella Kvalitetsregister: Kritiken visar behov av ökade kunskaper om registrens syfte. Läkartidningen. 2009;106:1749-51.
24. Gustavsson M. Reflektion och likriktning. I: Rider S, Jörnsten A, redaktörer. Reclaim the science! Om vetenskapens akademisering. Stockholm: Gidlunds förlag; 2007. p. 53-79.
29. Rosenberg G. Allt går inte att mäta [ledare]. Dagens Nyheter 1 febr 2006.
30. Att höfta till det exakta. I: Liedman SE. Hets! En bok om skolan. Stockholm: Albert Bonniers AB; 2011. p. 40-73.
31. Levi R. Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården. Stockholm: Norstedts; 2009.
32. Lawrence PA. The politics of publication. Authors, reviewers and editors must act to protect the quality of research. Nature. 2003;422: 259-61.
33. Destabiliseringen av vetenskapen. I: Kristensson Ugglar B. Slaget om verkligheten. Filosofi, omvärldsanalys, tolkning. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion; 2002. p. 192-21.
34. A night in June. In: Williams WC. The doctor stories. New York: New Directions Publishing Corporation; 1984. p 61-8.