

Praktiken som vetenskapens

Lösningarna kommer och går, problemen består. Dagens mantra för bevarad sinnesfrid inför informationskaos och nedskärningar i vården uttalas Evidence Based Medicine (EBM) eller med en svensk benämning kunskapsbaserad medicin.

Argumenten är väl kända: Medicinsk praxis är bristfälligt förankrad i vetenskapliga studier. Men den vetenskapliga litteraturen är så omfattande (360 000 nya artiklar i Index Medicus varje år) att ingen förmår läsa allt, ens inom sitt eget specialområde – än mindre minnas allt det lästa.

En allmänläkare skulle, enligt en uppskattning, behöva ta sig igenom 17 artiklar per dag året runt för att hålla sig medicinskt à jour [1]. Och då måste det röra sig om sparsmakad läsning. Det gäller att hitta de få artiklar som ger ny kunskap och att genomskåda de många studier som för vilse – samt att inte storkna av allmänt informationsöverflöd eller vilseledas av falska profeter med partsintressen.

När SBU granskade det vetenskap-

timme i veckan. I en brittisk studie uppgav upp till 75 procent av tillfrågade läkare att de överhuvudtaget inte läst något med anknytning till den egna patientverksamheten den senaste veckan [3].

De systematiska genomgångar av det medicinska underlaget för olika behandlingsmetoder som SBU svarar för och Cochrane-bibliotekets allt mer omfattande kunskapsunderlag [<http://hi.ru.mcmaster.ca/cochrane/reviews.htm>] är viktiga hjälpmedel i sökandet efter kliniskt relevant vägledning.

Vårdens kvalitet blir dock inte automatiskt bättre av att det finns väl underbyggda medicinska riktlinjer. Förändringar av klinisk praxis påverkas också av andra faktorer, t ex ekonomiska, organisatoriska och pedagogiska [4,5].

Det är här den kunskapsbaserade medicinen, som ursprungligen utvecklats vid McMaster University i Canada kommer in. EBM presenteras trevligt och pedagogiskt i en nyligen utkom-

Välgjorda kontrollerade randomiserade studier med strikta inklusions- och exklusionskriterier är dock sällan särskilt representativa för vardagsvårdens villkor. Det snäva urvalet av patienter (i ett viss skede av sjukdomen) och de renodlade försöksbetingelserna ger resultat som inte säkert låter sig reproduceras i vanlig praxis (och i andra sjukdomsstadier).

Vad spelar det för roll om försöksbetingelserna är invändningsfria och resultaten flerstjärnigt signifikanta om EBM »is not founded on clinical practical» [6]. De frågor som forskare (skulle råka) studera och de projekt de kan få anslag till är inte nödvändigtvis de mest relevanta och intressanta.

Det faktum att 25–50 procent av genomförda forskningsprojekt inte leder till publikation [7] innebär förstås en avsevärd risk för »selection bias». Det är som bekant mer meriterande att falsifiera än att verifiera en noll-hypotes!

Den stora utmaningen borde då ligga i att konfrontera teori med praktik genom att systematiskt analysera skillnaderna mellan förväntat och faktiskt utfall av olika diagnostiska och terapeutiska metoder – så att forskningsresultat blir förankrade också i klinisk praxis.

Låt mig ta ett exempel från ett annat slags övningsfält. Inskjutning innebär, enligt Nordisk Familjebok 3:e upplagan, att vid skjutning med artilleripjäser observera krevaderna och med stöd härav göra sådana ändringar att målet efter ett antal skott kan träffas.

Med en inte alltför halsbrytande analogi skulle man kunna betrakta behandling i enlighet med randomiserade, kontrollerade studier som noga riktade provskott i vardagsvårdens fält. Kliniska prövningar av läkemedel och annan klinisk uppföljningsverksamhet, även kvalitetssäkring (i den mån detta begrepp har någon konkret innebörd), är exempel på sådan återkoppling från praktik till teori.

Problemet är bara att det inte funnits något praktiskt användbart sätt att avkoda de budskap som finns dolda i resultaten från den kontinuerliga hy-

liga underlaget för behandling av högt blodtryck fann man endast 40 användbara studier bland upp till 30 000 artiklar i ämnet [2].

Dock är den kliniskt verksamme läkarens tid för litteraturstudier och annan fortbildning starkt begränsad. Få läser facklitteratur mer än någon

men bok i behändigt fickformat [3].

Konceptet innebär ett livslångt lärande där klinisk praxis integreras med forskningsresultat genom att de egna patienternas problem får styra inhämtandet av ny och befästandet av gammal kunskap – ett arbetssätt närbesläktat med kvalitetssäkring. Så långt är allt gott och väl.

övningsfält

potesprövning som tillämpning av kunskapsbaserad medicin innebär. Men det borde nu vara möjligt att avlocka funna anomalier när det gäller medicinska behandlingsresultat deras dolda information.

Även om det är trivialt (och en aning naivt) att utbrista att datorjournalen och andra system för hantering av medicinsk information som finns eller är under utveckling öppnar nya möjligheter att följa patienters väg genom vården och att följa upp medicinska insatser och behandlingsresultat, finns faktiskt här något nytt och lovande.

De journalsystem som redan finns i primärvården ger, tillsammans med motsvarande system som nu är under uppbyggnad inom akutsjukvården, intressanta möjligheter att långsiktigt följa behandlingen genom hela vårdkedjan. Detta förutsätter dock att man avgränsar rimliga frågeställningar och tänker igenom i vilken utsträckning den elektroniska journalen kan utvecklas till ett användbart verktyg för behandlingsforskning.

Standardiserade protokoll för klinisk uppföljning av patienter, antingen de sköts på vårdcentral eller ligger på sjukhus, kan vara en väg att förbättra informationens kvalitet och minska bortfallet. I princip skulle man med de förutsättningar som ett gemensamt journaldatorsystem ger kunna bygga in systematisk uppföljning i allt behandlingsarbete.

Därmed skulle också behandlande läkare kunna erbjuda systematisk resultatredovisning – ett långt mer spännande utvecklingsarbete än diverse pågående projekt kring terminologiska frågor i anslutning till datorjournalen m m.

Det borde vara möjligt att med hjälp av datorjournalen beakta ett tillräckligt stort antal väsentliga faktorer för att successivt kunna korrigera de hypoteser om bästa behandling som bygger på tillgänglig kunskap. Detta

förutsätter givetvis betydande insatser av epidemiologiskt och biostatistiskt kunnande. Och en betydligt förbättrad datorjournal.

Det skulle onekligen vara ett sätt att rehabilitera datorjournalen som genom sin genanta brist på användarvänlighet i det vanliga patientarbetet kommit i välförtjänt vanrykte.

Det är mer ovisst i vilken utsträckning Socialstyrelsens kvalitetsregister ger möjligheter till sådana analyser. Flertalet saknar uppgifter om medicinska effekter, resursförbrukning eller livskvalitet [8].

Men även här finns förutsättningar att utveckla system som gör det möjligt att genom sammanlänkning av information från olika register utvinna ny kunskap med hjälp av tillgängliga medicinska data. Och kanske därmed avvärja den växande motståndsrörelsen i vården mot insamling av centrala registerdata.

Med den utveckling som här skisserats står kanske den kliniska patientnära forskningen och därmed en kunskapsbaserad medicin på tröskeln till en verklig guldålder.

Sammanfattning:

Kunskapsbaserad medicin utan kunskap om hur det går utanför de kliniska provningarnas värld är en papperstiger. Det är angeläget och möjligt (men ingalunda lätt) att skaffa sådan kunskap.

Referenser

1. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med* 1985; 103: 596-9.
2. Werkö L. Behandling av lätt blodtryckstegring. Få studier hållbara vid kritisk granskning. *Läkartidningen* 1994; 91: 1533-4.
3. Sackett, DL, Richardson WS, Rosenberg

KRÖNIKÖR

INGVAR KRAKAU
docent, universitetslektor, Allmänmedicinska enheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

”Det borde vara möjligt att med hjälp av datorjournalen beakta ett tillräckligt stort antal väsentliga faktorer för att successivt kunna korrigera de hypoteser om bästa behandling som bygger på tillgänglig kunskap. Detta förutsätter givetvis betydande insatser av epidemiologiskt och biostatistiskt kunnande. Och en betydligt förbättrad datorjournal.”

W, Haynes B. Evidence-based medicine. New York: Churchill Livingstone, 1997.

4. Steffensen FH, Sørensen HT, Olesen F. Impact of local evidence-based clinical guidelines – a danish intervention study. *Fam Pract* 1997; 14: 209-15.
5. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997; 314: 870-4.
6. Cook DJ, Meade MO, Fink MP. How to keep up with the critical care literature and avoid being buried alive. *Crit Care Med* 1996; 24: 1757-68.
7. Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. Identifying relevant studies for systematic reviews. *BMJ* 1994; 309: 1286-91.
8. Garpenby P, Carlsson P. Nationella vårdregister har ej funnit sin form. Granskning visar värdet av kvalitetskontroll. *Läkartidningen* 1994; 91: 2509.