

## Kan SBU anförtros kritisk granskning av den vetenskapliga litteraturen?

**Det finns all anledning för alla praktiskt verksamma läkare att läsa Läkartidningen 22/00 från pärm till pärm. På ryggen står det »Evidensbaserad medicin. Anorexia nervosa». Josef Milerad, den nye medicinske chefredaktören, introducerar i numret en serie artiklar om evidensbaserad medicin.**

Serien inleds med några definierande uppsatser av personer som varit eller är knutna till SBU, men också av en kritisk granskning av en av Cochrane Collaborations många systematiska översikter, där de danska författarna inte är helt överens med dem som gjort denna översikt. Till en del beror skillnaden i åsikter på att den aktuella artikeln i Läkartidningen endast behandlar en del av det problem som Cochrane-översikten omfattar.

### Angrepp på SBU

Samtidigt med denna introduktion till EBM innehåller numret ett flertal insändare som på olika sätt kommenterar begreppet evidensbaserad kunskap och angriper den organisation som »länge arbetat för att sprida och utveckla EBM i Sverige», SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering).

Sålunda skriver två överläkare vid kliniskt fysiologiska avdelningen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö: »Får SBU råda är det tveksamt om vi i framtiden kan följa utvecklingen ens på behörigt avstånd.»

Detta angrepp på SBU gör de i stället för att förklara varför de publicerat en dålig artikel om PET med en erbarmlig litteraturförteckning, när de samtidigt säger att de »ställt samman ett urval artiklar om PET och cancerdiagnostik (n=166)», som de inte citerat i den tidigare beskrivningen av två fall.

De vänder sig också »mot synsättet att evidensbaserad sjukvård nödvän-

digttvis innebär tillämpning av centralt utfärdade dekret». Detta uttalande visar bara att de inte förstått vad kritisk granskning av litteraturen innebär, liksom deras påstående: »Detta problemkomplex hanteras bäst i en dialog mellan olika specialiteter.»

Det är också av intresse att Läkartidningens redaktion inte funnit anledning att kommentera att dess peer review-system inte bara medfört att uppsatser publicerats, utan att den också föranlett en braskande rubrik, till och med på omslaget.

### Klopidogrel versus ASA

Andra som är intresserade av att förringa den verksamhet som SBU står för är Lars Janzon, som insinuerar att SBU inte skulle förstå vad klinisk epidemiologi är. Han polemiserar med Kjell Asplund som gjort ett ställningstagande i frågan om klopidogrel versus ASA. Lars Janzon påstår att man inte behöver bry sig om att det fordras att man måste behandla 100 patienter för att en skall ha nytta av behandlingen eftersom det är fråga om att »rädda 10 000-tals fler med klopidogrel än med ASA». Vilket ju innebär att han tycker att man kan behandla miljontals patienter till mycket höga kostnader och osäkra biverkningar.

Lars Janzon är sedan länge professor i epidemiologi vid Lunds universitet. Det ligger helt inom hans ansvarsområde att »ta reda på vad som kan sägas utgöra riskfaktorer för dessa terapeutiskt misslyckade fall». Varför har han inte gjort det? Materialet finns ju i Malmö.

### Folkhälsoarbetet

Staffan Lindeberg, universitetslektor vid samma institution som Lars Janzon, är mer positiv till SBU, men anser att den vita skrift som SBU gav ut i samarbete med Folkhälsoinstitutet som en inledning till tre projekt om prevention är åsiktsbaserad och inte håller måttet.

Denna rapport inleds med en förklaring att det är de olika författarna som är ansvariga för innehållet i varje artikel. Den var endast avsedd att tjäna som bakgrund till de tre rapporter som granskade det vetenskapliga underlaget för vissa preventiva åtgärder: samhälls-

*»Om någon känner sig angripen eller ifrågasatt borde han analysera kritiken och föra en mer saklig argumentation i stället för att upprört döma ut verksamheten inom SBU eller inlägg från dem som på grund av sin kontakt med SBU försöker främja den kritiska diskussionen.»*

baserad kontroll, antioxidantia och metoder att sluta röka. Det fordras att man läser och tar till sig innehållet i de systematiska översikterna om man skall ha glädje av dem (vilket Lindeberg också framhåller).

### Debriefingens betydelse

Ett annat angrepp på SBU gäller ett referat i »Vetenskap och praxis» om debriefingens betydelse efter katastrofer, där SBUs nuvarande ordförande Kjell Asplund citerade en översikt gjord av Cochrane Collaboration som visade det dåliga vetenskapliga underlaget för så kallad engångsdebriefing.

Representanter för försvaret gör ett frontalangrepp på denna översikt, men tycks inte förstå vad peer-reviewed litteratur innebär, när man som försvar citerar dels en »operations manual», dels några fall som publicerats i en nyhetsartikel (ISTSS News), bägge publicerade av Mitchell och Everly Jr.

En mer nyanserad diskussion om vad så kallad debriefing står för förekommer i det andra inlägget från en psykolog och chefen för Centrum för kris-kunskap. Bägge inläggen vittnar också om den begreppsförvirring som råder på området och att detta lett till en spridd verksamhet av tveksam kvalitet: »geschäft i fel händer».

Det är inte första gången som ett referat i SBUs tidskrift Vetenskap och Praxis lett till upprörda kommentarer

### Författare

LARS WERKÖ  
professor, Stockholm.

FOTO: LARS-OLOF NIKLÉN



Exempel på SBU-rapporter.

från dem som känner sin verksamhet hotad. SBU kan endast göra en djuplodande genomgång av litteraturen i få fall, men har med vissa inlägg i V&P velat fästa uppmärksamheten på valda resultat från den mera vidsträckta verksamheten som SBUs systerorganisationer ägnar sig åt, eller på intressanta och välgjorda översikter i aktuell litteratur.

### Anfall är bästa försvar ...?

Flera av de inlägg jag berört ovan är från personer, institutioner eller företrä-

Kommentar:

## Kan Läkartidningen anförtrösa kritisk granskning av debattinlägg?

I samma nummer som vi presenterar Läkartidningens nya satsning på evidensbaserad medicin (EBM) återfinns på debattsidorna inlägg kritiska mot SBU. Eftersom denna organisation av många associeras med EBM kan uppmärksamma läsare undra vad denna sampublicering egentligen står för.

### Vi satsar på EBM

Att Läkartidningen rekryterar en medicinsk redaktör med EBM som eget ansvarsområde och planerar återkommande temanummer med inriktning på EBM är åtgärder som inte kan missförstås. Vi tycker att kunskap om EBM är viktig för läkarkåren, och kommer att satsa resurser på att sammanställa och föra ut EBM-baserade arbeten.

Att redaktionen tydligt markerar en vetenskaplig linje innebär inte att de-

dare för begrepp som känt sig angripna. Visserligen heter det att anfall är bästa försvar när man känner sig angripen. Man borde dock ha insett att den kritiska attityden i rapporter eller omnämnanden från SBU inte är menad som angrepp utan som ett försök att åstadkomma saklig information om aktuella problem.

Om någon känner sig angripen eller ifrågasatt borde han analysera kritiken och föra en mer saklig argumentation i stället för att upprört döma ut verksamheten inom SBU eller inlägg från dem som på grund av sin kontakt med SBU försöker främja den kritiska diskussionen.

### Sakskäl – inte invektiv

Som jag framhåller i artikeln under Medicinsk kommentar i Läkartidningen 22/00 är evidensbaserad medicin ett instrument för praktisk sjukvård. Jag förutsätter där att den akademiska världen använder vetenskapliga kriterier på de litteratursammanställningar som ingår i dess forskning.

När jag läser en del av de inlägg från företrädare för vetenskaper som jag nämnt ovan blir jag mer osäker om detta verkligen är fallet. Debatt är nog bra, men det gäller också att vara påläst och besvara kritiken med sakskäl och inte invektiv. •

battinlägg kritiska mot EBM (eller SBU) inte kan accepteras eller att alla artiklar som publiceras i LT nödvändigtvis måste uppfylla kriterier för evidensbaserade studier. Det viktiga är att tydligt deklarerat vilka arbeten som uppfyller dessa kriterier, men inte att med automatik refusera icke-evidensbaserat material.

### Alla ska få komma till tals

Vi ser inte det första EBM-numret som vetenskapligt otydligt för att det råkar sammanfalla med flera mot SBU kritiska inlägg. Den sanna dygden är inte rädd för kritik och de eventuella läsare som känner tveksamhet mot EBM-konceptet kan bäst övertygas av att alla kan få komma till tals.

Josef Milerad  
medicinsk chefredaktör

## Pro-ANF – trots allt ett diagnostiskt hjälpmedel?

**Kjell Blomqvist och medarbetare presenterar i Läkartidningen 3/00 (sidorna 159-62) resultaten av en studie om hjärtsvikt i primärvården. Man konkluderar med att det är låg korrelation mellan peptiden pro-ANF och hjärtsvikt, men denna slutsats verkar hänga i en mycket tunn och närmast osynlig tråd.**

Blomqvist och medarbetare har gjort en omfattande undersökning om diagnostik och uppföljning av hjärtsvikt i primärvården. Detta är ett intressant och viktigt tema, som berör ett stort antal resurskrävande patienter. Resultaten bekräftar att den kliniska diagnostiken är osäker, vilket tidigare visats i flera studier som författarna refererar till.

### Två argument varför studien inte avfärdar pro-ANF

Frågan är hur man bäst ska kunna identifiera de patienter som har behandlingskrävande hjärtsvikt. Författarna menar att ekokardiografi är en nödvändig tilläggsundersökning. Enligt min mening ger studien emellertid inget stöd för att avfärda pro-ANF som diagnostiskt hjälpmedel, och jag vill framföra två argument som belyser detta.

#### 1. Studiens design

För det första kan man få intryck av att studiens design är baserad på ett missförstånd av de fysiologiska sammanhangen. Pro-ANF är en atrial natriuretisk peptid, vars viktigaste stimulus för sekretion är ökat transmuralt tryck i atrierna. I studien har man haft ekokardiografiska mått för vänsterkammerfunktionen som gyllene standard för hjärtsvikt. Det finns emellertid många

### Författare

HENRIK HOLMSTRÖM  
overlege, Barne hjerteseksjonen,  
Rikshospitalet, Oslo.  
h.a.b.holmstrom@klinmed.uio.no