

Povl Riis, professor, dr med, dr med h c, Ældre Forum, København, Danmark (al-forum@sm.dk)

Frugtbar opblødning mellem kvantitativ og kvalitativ forskning

Men definitionen af evidensbaseret medicin kunne være bedre forarbejdet

II Man skal ikke ret langt tilbage fra nutiden før medicinens historie dokumenterer, at afstanden mellem sundhedsområdets såkaldt professionelle, dets »medicinmænd«, og befolkningen som helhed var meget kort eller ikke-eksisterende. Med andre ord dominerede, hvad vi i dag vil betegne med folkløst begreber og beskrivelser. Enkeltiagttagelser af formodede sygdomsårsager eller behandlingsforsøg med naturmidler blev opfattet som bevis for årsagssammenhænge, uden at risikoen for tilfældig samtidighed som forklaring belastede hverken den skriftlige eller mundtlige overlevering, og dermed ej heller den senere praktiske anvendelse.

Indførelse af systematiske observationer kom dermed sent ind i medicinen. Dog indtraf velgennemtænkte tilløb til større klarhed med bl a den engelske marinelæge James Lind i 1747–1753 [1] og danskeren Johannes Fibiger i 1898 [2]. Det var imidlertid først i 1948, at englænderen Austin Bradford Hill og medarbejdere [3], efter et langt teoretisk forarbejde stod for det egentlige gennembrud, at skabe et generelt system for kvantitativ klinisk forskning, i form af den kontrollerede kliniske undersøgelse. Herved skabtes en verdslig vækkelse i form af et opgør med erfaring baseret på enkeltiagttagelser og en tilsvarende dyrkelse af kvantitering og statistisk vurdering af kliniske observationer.

Denne paradigmedannelse inden for sundhedsvidenskaberne var helt nødvendig og har med evolutionære metoder revolutioneret den kliniske forskning verden over, baseret på nye redaktionelle kvalitetskrav, udgivelse af lærebøger [4], postgraduate og nu også prægraduate kurser.

Rammen fik navnet metodologi

Klinisk forskning blev hermed for store områders vedkommende udstyret med et begrebsapparat og en overordnet ramme, der muliggjorde at resultater af en stikprøveundersøgelse med en vis sikkerhed kunne generaliseres til meget store patientgrupper. Rammen fik navnet metodologi (i modsætning til metodelære der har kogebogets natur), defineret som læren om videnskabelige forsøgs planlægning, gennemførelse, fortolkning og publikation [5]. Og selv om termen fastlagdes ud fra det nye kvantitative paradigme spænder det i dag også over de kvalitative metoder i biomedicinen, som dermed på linje med de kvantitative kan og skal kvalitetsvurderes, både på et overordnet og på et konkret, projektførankret niveau.

Evidensbaseret medicin

Se även artikeln på sid 1358 i detta nummer.

Tilsvarende gælder en anden ny term, evidensbaseret medicin (EBM), der fordi den er indført via »sloganeering« har slået an og nu anvendes dagligt, uden at det nødvendige definatoriske forarbejde er gjort. Af mange med en kvantitativ forskningsbaggrund opfattes evidensbaseret medicin således som den kliniske praksis, der hviler på kontrollerede kliniske undersøgelser. Andre, deriblandt undertegnede, inkluderer også resultater af gode kvalitative studier, og endog omfattende erfaringer fra kliniske situationer. Det sidste gælder fx manuelle færdigheder, som ikke etisk eller praktisk kan underkastes det kvantitative paradigme for kontrollerede kliniske undersøgelser, som det især kendes fra dobbeltblinde lægemiddelundersøgelser.

Aksiomer bag alle forsøg på at indsamle troværdig evidens

Forudsætningen for at anvende et udvidet evidensbegreb er imidlertid stor fortrolighed med de aksiomer, der bør ligge bag alle forsøg på at indsamle troværdig evidens i humanbiologien og dens praktiske forvaltning i sundhedsarbejdet.

Det første aksiom udtrykker, at »alt bevæger sig« i en biologisk, tænkende og følende organisme som mennesket, dvs at de enkeltsignaler vi prøver at indkredse i sundhedsfaglige forsøg er omgivet af en meget stor mængde »støj«, stammen fra den mangfoldighed som udgøres af menneskets kompleksitet og biodiversitet.

Det andet aksiom udsiger det næsten fornærmeligt enkle, at alle vurderinger beror på sammenligninger. Dvs at det videnskabeligt er sikrest at skabe et sammenligningsgrundlag via kontrolgrupper, udtaget ved randomisering. Er dette imidlertid ikke muligt i visse forskningssituationer, må et sammenligningsgrundlag skabes på anden måde og den ledsagende bias, forvriddning af tolkningen, beskrives åbent.

Fordelen ved at anvende et overordnet begrebsapparat, der spænder over både kvalitative og kvantitative projekter er også at man mindske den næsten stammekrigslignende tilstand, som har hersket i snart mange år inden for sundhedsfa-

gene og de tilgrænsende discipliner som psykologi, sociologi, antropologi m fl. I et kortvarigt psykologisk perspektiv har tilstanden været let at forklare. Med den kontrollerede kliniske undersøgelses gennembrud så mange af os »lyset« (og ser det stadigvæk), men var også påvirket så stærkt af det nye paradigme, at det blev guldstandard for alle vurderinger af sundhedsfaglige undersøgelser.

Og senere, med en politisk farvet, socialmedicinsk bølge efter at 1968 Nanterre-bevægelsen skyldede hen over fagene, dukkede også kvalitativt baserede undersøgelser op med navn af fx »aktionsforskning«, undersøgelser som i et videnskabeligt univers kun kunne bidrage til en stærk polarisering. Fronten var herefter trukket op. Det var »dem« versus »os« på begge sider.

I de senere år er der imidlertid sket en frugtbar opblødning. En del af de to stammer har lagt våbnene og er begyndt at tale sammen og forstå hinanden i en grad, så samarbejdsprojekter hyppigere og hyppigere optræder i den sundhedsfaglige litteratur. På den ene side erkender forskere skoledet i kvantitative metoder, at disse metoder i et sundhedsfagligt univers ikke kan dække alle problemstillinger, og at også kvantitativt funderede undersøgelser varierer i kvalitet, fra de solidt evidensskabende til de metodologisk invalide; fx at to små grupper ikke udviser nogen signifikant resultatforskel, formuleret af forfatterne som at »behandling A ikke er bedre end B«, selv om testens styrke for den metodologisk kyndige læser er meget lav og type 2-fejlen tilsvarende tårnhøj.

På den anden side, den kvalitative forsknings, oplever man en lignende opblødning som erkendelse af at den kvantitative forskning har sine suveræne forskningsanvendelser, og at spektret af kvalitative metoder og deres praktiske anvendelse også rummer et bredt kvalitetscontinuum.

Ikke kun et nordisk fænomen

Denne udvikling er ikke kun et nordisk fænomen. Den kan registreres i lande som USA og UK, og illustrerer endnu engang at verden i dag ikke er større, end at paradigmeopblødninger eller paradigmeskift optræder multicentrisk i lande på samme generelle udviklingsstrin [6-9]. Det er heller ikke tilfældigt at frontløberne er de almene sundhedsfaglige tidsskrifter, fordi disse ifølge sagens natur belyser mere overordnede problemstillinger, og de meget subspecialiserede de smallere emner, hvoraf de sidste endnu ofte tager udgangspunkt i hvad en forskergruppe metodemæssigt behersker, og i mindre grad hvilke metoder en given problemstilling ville kræve.

Et er imidlertid, at blokerende holdninger er aftagende inden for både kvalitativ og kvantitativ biomedicinsk forskning. Noget andet er, hvad vi kan gøre for aktivt at fremme udviklingen. Afgørende må her være en nyskabt indsats på både præ- og postgraduat niveau.

Prægraduat skal medicinske studenter – og meget gerne andre sundhedsprofessioners uddannelsessøgende, nu da en række fag også er i gang med at opbygge en forskningstradition – introduceres til forskningsmetodologi i bredeste forstand, dvs omfattende både kvantitative og kvalitative metoder. En indføring i alle aspekter inden for indsamling og behandling af både hårde og bløde data vil være uoverkommelig. Men kendskab til grundlæggende principper og de to sæt begrebsapparater bør i nye studieplaner være reglen, så en gensidig sprogforståelse er mulig og så den sproglige opretholdelse af fordomme tilsvarende vanskeliggøres. En radikal nyorientering er tidligere foreslået [10] i form af et scientikum, der dækker det opridsede behov (i øvrigt suppleret af et filosofikum, et psykologikum og et lingvistikum som indledning til alle sundhedsfaglige uddannelser).

Postgraduat er der også et væsentligt pædagogisk behov for at supplere indsigt og begrebsapparat for de mange, der

har deres videnskabelige uddannelse og erfaring på én af de to sider, den kvalitative eller den kvantitative. Atter må det fremhæves at alle ikke skal kunne dække det fulde spektrum, men blot kende begreber og kvalitetskrav nok til at kunne læse kildekritisk henover grænsen, og til at kunne indgå i samarbejdssituationer, hvor et projekts variabler skal hentes på begge sider.

Humanioras betydning for lægeuddannelsen

Det er på denne baggrund meget fortjenstfuldt, at Läkartidningen har taget emnet op, bl a repræsenteret ved Thörn og medarbejderen artikler såvel tidligere [11] som i dette nummer af Läkartidningen, i øvrigt som en parallel til den trend i

Af mange med en kvantitativ forskningsbaggrund opfattes evidensbaseret medicin som den kliniske praksis, der hviler på kontrollerede kliniske undersøgelser. Andre inkluderer også resultater af gode kvalitative studier, og endog omfattende erfaringer fra kliniske situationer.

tiden som fremhæver humanioras betydning for bl a lægeuddannelsen, dvs at ikke blot de kvalitative forskningsmetoder, men at også de hele fag hvis grundlag disse metoder repræsenterer, bliver bragt frem i lyset [12].

Den kontrollerede kliniske undersøgelse har i de sidste 50 år vist sig at være en helt nødvendig betingelse for en pålidelig patientcentreret forskning, men den er ikke altid tilstrækkelig til løsning af alle forskningsopgaver. Her er der inden for et fælles metodologibegreb både behov for, og plads til, også kvalitative metoder.

Referencer

1. Porter R. Ve og vel: medicinens historie fra oldtid til nutid. København: Rosinante, 2000.
2. Gotfredsen E. Medicinens historie. København: Nyt Nordisk Forlag, 1964.
3. Medical Research Council. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. BMJ 1948; ii: 769-82.
4. Andersen D, Havsteen B, Riis P, Almind G, Bock G, Hørdér M, eds. Sundhedsvidenskabelig forskning, 5. udg. København: FADLs Forlag, 1999.
5. Riis P. Klinisk og epidemiologisk forskning. Kapitel 2 i reference 4.
6. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ 1998; 316: 1230-2.
7. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000; 320: 50-2.
8. Meyer J. Using qualitative methods in health related action research. BMJ 2000; 320: 178-81.
9. Giacomini MK, Cook D. Users guides to the medical literature. XXIII. Qualitative research in health care: are the results of the study valid? JAMA 2000; 284: 357-62.
10. Riis P. Humanistiske fag og kunst i lægers uddannelse. Ugeskr Læger 2000; 162: 6981-3.
11. Thörn Å. Evidensbaserad medicin med stöd av kvalitativ forskning. Läkartidningen 2000; 97: 3868.
12. Stolt CM. Se hela personen – inte bara patienten. Läkartidningen 2000; 97: 1570-1.