

Evidensbaserad medicin – en god idé som hänger i luften

Evidensbaserad medicin (EBM) innebär att klinisk medicin skall bygga på bästa möjliga vetenskapliga underlag integrerat med den enskilda läkarens kliniska kunskap och erfarenhet. Det fordrar en organisation som erbjuder förutsättningar för eftertanke, utvärderingar, syntes av information, samtal och utbyten av erfarenheter. Den moderna sjukvårdsorganisationen saknar dessa förutsättningar. Att detta faktum inte med kraft diskuteras av begreppets ambassadörer leder till oro och hotar dess trovärdighet. Det är därför viktigt att EBMs förespråkare lämnar sina idealistiska positioner och diskuterar begreppet insatt i det sammanhang där de menar att det skall tillämpas.

ÅKE THÖRN

överläkare, med dr, yrkesmedicinska enheten, Sunderby sjukhus, Luleå
ake.thorn@nll.se

I nästan 200 år har två skilda idéer medverkat till både läkarkårens självbild och utvecklingen av modern medicinsk vetenskap och formerna för dess praktiska tillämpning. Den ena av idéerna har sina rötter i upplysningstidens ideal. Den andra är rotad i en romantiskt förankrad tradition som beskrivits som svärmisk, opraktisk och hätsk mot naturvetenskapliga nymodigheter.

Striden mellan upplysning och romantik

I en avhandling [1] om den på 1800-talet i Åbo och Uppsala verksamme medicinprofessorn Israel Hwasser har idéhistorikern Sven-Eric Liedman skildrat en strid mellan dessa två tanketraditioner. Den förstnämnda gick segrande ur konflikten och ledde till dagens vetenskapligt förankrade medicinska praktik. Men den andra förlorade trots allt inte helt utan kom att ligga till grund för den bild av läkaren som länge blev förhärskande: en central person, självskriven auktoritet för den sjuke och utrustad med ett stort samhälleligt anseende och inflytande.

Läkarrollen följer samhällsutvecklingen

Liedman framhåller hur, trots att ingen av de många läkare som skrivit om Hwasser instämt i dennes medicinska teorier, ingen heller »undvikit att slösa beröm över hans läkaretik, hans kamp för läkarens ställning, kort sagt hans läkarideologi« [2]. Sedan Hwassers tid har emellertid läkarens roll förändrats kontinuerligt. Den faderligt auktoritativa doktorsrollen passade så småningom inte längre ihop med vare sig den mo-

dena, rationella driften av sjukvården eller samhällsutvecklingen i övrigt.

Ett yrke i ständig kris?

Motzi Eklöf [3] vid Linköpings universitet har i en doktorsavhandling om den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal visat hur läkaryrket från slutet av 1800-talet till 1960 ständigt tycks ha varit i en kris. Denna har handlat om förändringar av yrkets självbild och anseende, och om försök att samtidigt både tillvarata den traditionella synen på yrkesrollen och möta nya tiders krav på medicinsk behandling och vård.

Dessa försök att förena tradition och förändring har emellertid inte lyckats. Den gamla Hwasserska doktorsrollen har gradvis tonat bort och förändrats i riktning mot rollen som specialiserad tekniker med uppgift att reparera trasiga organ och/eller utfärda regler för hälsans bevarande. År 1975 förutspådde Liedman att denna utveckling småningom skulle gå ända dithän att läkaren bleve en »helt opersonlig dator, som tickar fram små remsor av diagnoser och recept« [2].

Vantrivsel med läkarrollen

Motzi Eklöfs studie går fram till 1960. Det är dock högst troligt att krisen fortsatt också därefter och kanske till och med förvärrats. Åtminstone har det under 1900-talets avslutande decennium bland läkare märkts en tilltagande vantrivsel med den allt snävare yrkesrollen och med organisationen som drivit fram den.

Det finns många tecken på detta. Sjukskrivningar bland läkare har ökat [4]. Massmediala larmrapporter om stressrelaterade sjukdomar i yrkesgruppen har blivit vanliga, och många läkare uppger sig vilja lämna yrket [5]. Arbets-

Evidensbaserad medicin

miljöinspektionen har bedömt arbetsmiljön som så pressad att många läkare balanserar på marginalen till att få arbetsskador [6]. Nyligen har en stor studie visat att läkare är överrepresenterade bland de anställda inom vården som haft sämst hälsoutveckling [7].

Förväntningarna har inte infriats

Yngre läkare har i Läkartidningen vittnat om besvikelse över att yrket inte varit det man trott, att organisationen inte tillåter reflektion och kreativitet utan snarast befrämjar en själlös löpandebandproduktion [8]. Liknande vittnesbörd har också förts fram av deras äldre, mer etablerade kolleger som till exempel ordföranden i Svenska Läkaresällskapet, professor Birgitta Strandvik. Hon framhåller att utvecklingen lett till för mycket av industriellt tänkande och industriella produktionsmått i vården. Den stora brist på tid till reflektion och syntes av information som detta fört med sig bedömer hon nu hota kvaliteten inom såväl sjukvård som klinisk forskning [9].

Vetenskap eller läkekonst?

Eklöf visar att diskussioner om läkarens självbild, identitet och kris ständigt förts inom läkarkåren kring några få återkommande teman. Avsikten har varit att finna en doktorsroll som, med nödvändig hänsyn till tradition och position, bättre skulle passa nya tiders krav på läkaren och därmed lösa krisen. Ett av de återkommande ämnena har varit huruvida

Det är på tiden att EBMs förespråkare lämnar sina ideala positioner och diskuterar begreppet insatt i de sammanhang där det skall användas!

tyngdpunkten i läkarens verksamhet ska ligga på vetenskapliga fakta eller på en mer intuitiv läkekonst. Just detta är för närvarande ett dominerande tema, men inte som ett antingen–eller utan som ett både–och.

I den diskussion som under senare år offentligt förts bland läkare om yrkets kris har det således markerats ett starkt behov av en renässans för läkekonst som en väsentlig del i yrkesrollen [9, 10]. Samtidigt har frågan om den medicinska vetenskapens roll i den kliniska praktiken också bearbetats och diskuterats. Den har i hög grad kopplats till begreppet evidensbaserad medicin (EBM) som grovt definierats som »en strävan efter att integrera den enskilda läkarens kliniska kunskap och erfarenhet med bästa tillgängliga vetenskapliga underlag från externa källor« [11].

Formulerad på det sättet bör definitionen rimligen tolkas som att EBM handlar om en sammansmältning av läkekonst och vetenskap. Genom att stimulera till arbetssätt med en bättre balans mellan läkekonst och läkarvetenskap skulle det i så fall kanske kunna förlösa konstruktiva idéer om vägar ut ur läkaryrkets och sjukvårdens allvarliga kris [12].

Oro att evidensbaserad medicin tar över

Medan veterligen ingen under de senaste årens debatt öppet uttryckt farhågor för problem förknippade med en läkekonstens renässans så har många markerat oro inför EBMs pågående införande i sjukvården. I grunden verkar det gälla farhågor över att EBM helt skall komma att normera, styra och diktera medicinsk behandling och vård ända ner till det enskilda fallet [13–15].

Rädslan är olycklig därför att den kan förhindra det konstruktiva användandet av de synsätt som ligger bakom begreppet [12]. Den är dock begriplig och botten förmodligen i oklarheter kring definitionen som inte alls är så entydig som ibland görs gällande [16]. I SBU:s ordlista på Internet definieras t ex EBM enbart som en »medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga fakta«, och inte dessutom som en integration av detta med »den enskilda läkarens kliniska kunskap och erfarenhet« [11].

EBMs förespråkare, t ex SBU:s chef Mona Britton [17], rangordnar också onödigt den randomiserade kliniska prövningen som den främsta bland alla vetenskapliga metoder. Rangordningen görs oftast utan att man samtidigt påtalar metodens begränsningar, vilka bl a utgörs av de stora problemen med att generalisera standardiserad kunskap till att vara tillämplig på enskilda fall.

Intrycket blir därför lätt att EBMs

Läkare undersöker patient. Illustration i »Liber notabilium Philippi Septimii«, av Guy de Pavia, år 1345. Musee Conde, Chantilly, Frankrike.

talesmän tillskriver metodens resultat en universell överlägsenhet oberoende av klinisk situation, och att de anser den enskilda läkarens kliniska erfarenhet vara något mycket underordnat.

Mer nyanserad innebörd

Samtidigt kan oron tyckas obefogad och svår att begripa därför att andra framträdande språkrör, också knutna till SBU, upprepade gånger givit begreppet en mer nyanserad innebörd. Lars Werkö har till exempel gjort det indirekt genom en artikel där han skildrat hur man konkret kan arbeta med EBM i klinisk verksamhet. I den framskyntar visionen om en systematisk, kritiskt reflekterande seminarieverksamhet som en ständigt pågående del av den kliniska rutinen [18]. Han har också direkt, utan rangordning av vetenskapliga metoder, klargjort att EBM helt enkelt innebär (det självklara) att man skall veta på vilka grunder man fattar beslut inom sjukvården [19].

Mats Eliasson, SBU, har genom valet av de många skiftande perspektiven och infallsvinklarna i artiklarna i den serie om EBM i Läkartidningen som han redigerar, visat att begreppets grunder är många och går långt bortom den randomiserade kliniska prövningen. Han har också i svar till skribenter med farhågor klart deklarerat att EBM endast är ett hjälpmedel för klinisk verksamhet och att andra färdigheter och kunskaper också krävs [20].

Man kan alltså fråga sig varför det ändå finns en så stark och återkomman-

Foto: IBL Bildbyrå

de oro över att EBM skulle normera medicinsk behandling till att vara strikt mekanisk, baserad på de kliniska randomiserade prövningarnas generella genomsnittskunskap. Varför läggs inte den energin i stället på att till exempel diskutera, utveckla och pröva former för systematiska, reflekterande kunskaps- och erfarenhetsutbyten kring kliniska frågeställningar i rutinsjukvården?

Idealistiska förespråkare

Mer än på den ibland otydliga definitionen beror detta sannolikt på att EBM-förespråkarna är märkligt idealistiska. Trots deras starka intresse och bekännelse till vetenskaplig evidens sätter de dessvärre inte in, diskuterar och analyserar begreppet i det sammanhang där det skall tillämpas, nämligen i den sjukvårdsorganisation som det senaste decenniet präglats av ständiga, snabba förändringar. Dessa har i största utsträckning dominerats av teoretiska perspektiv och konsultburna modeväxlingar med få kopplingar till empirisk forskning [7], och de har aldrig varit evidensbaserade.

De har sällan följts upp och när så skett har grova surrogatmått som behandling per vårdplats, per anställd eller per skattekrona använts medan patientrelaterade effektmått saknats.

Stress och sönderslagna nätverk

Detta betyder inte att förändringarna saknat effekter. De har medfört en kraftigt ökad arbetsbelastning, stress och sjukskrivning, upplevelse av otillräcklighet och skuldkänslor, konflikter och revirstrider och slagit sönder fungerande nätverk [7]. Initiativ och kreativitet har minskat och möjligen försvunnit [7, 8]. Tid har blivit sjukvårdsorganisationens största bristvara [9].

Det verkar med andra ord som om den reflekterande organisation som skulle kunna utveckla klinisk praktik baserad på en EBM som sammansmälter läkekonst med vetenskap egentligen inte finns i sinnevärlden. Detta minskar trovärdigheten för begreppets förverkligande i den breda bemärkelse det ges av Lars Werkö [19], Mats Eliasson [20] och andra med anknytning till SBU [11].

Det gör det också i hög grad begripligt att många läkare känner oro för att den sjukvårdsorganisation som faktiskt finns och dagligen upplevs, genom sitt funktionssätt kommer att tolka och praktiskt förverkliga EBM på snävast tänkbara sätt så att EBM blir den begränsande norm ingen önskar.

Läkarens oro och tveksamhet inför begreppet gäller därför antagligen farhågor om att det kan leda till att de slutgiltigt tvingas iklä sig den läkarroll som Liedman förutspådde år 1975: att de blir en

helt personlig dator som tickar fram små remsor av diagnoser och recept [2].

För att hindra en sådan utgång är det på tiden att EBMs förespråkare lämnar sina ideala positioner och diskuterar be- greppet insatt i de sammanhang där det skall användas!

Referenser

- Liedman SE. Israel Hwasser. Stockholm: Almquist & Wiksell, 1971.
- Liedman SE. Det vita skrået. Några notiser. Ord&Bild 1975;84:313-7.
- Eklöf M. Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960 [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet, 2000.
- Filipsson A. Sjukdagar ökade med 40 procent – distriktsläkarna i topp i statistiken. Läkartidningen 2000;97:4272.
- Wilhelmson B. Var tionde läkare vill lämna vården. Ny kartläggning visar att läkares arbetsmiljö försämrats drastiskt. Läkartidningen 1998;95:3274-5.
- Rönngren M. Läkarna räcker inte till. Arbetskydd 1999;nr1:11.
- Pettersson IL, red. Vårdens arbetsrapport. Vårdarbetets villkor och konsekvenser för arbetshälsan. Stockholm: Stockholms läns landsting: Yrkesmedicinska enheten, 2000.
- Ahlgren T. Eva Nilsson Bågenholm, ny ord- förande i SYLF om läkaryrket: Kreativitet och frihet saknas. Läkartidningen 1998;95: 2972-3.
- Wilhelmson B. Birgitta Strandvik efterlyser paradigmskifte. När Mammon får styra ... vem tar ansvar för framtiden? Läkartidning- en 2001;98:3568-72.
- Johnson K. Läkare ska forma framtiden. Lä- kartidningen 1999;96:5477.
- Nordin-Johansson A, Asplund K. Evidens- baserad sjukvård i praktiken. Vetenskapliga grunden för kliniskt handlande bättre än sitt rykte. Läkartidningen 1999;96:3173-6.
- Mägi M. Är bara allmänläkarna vilna? All- mänläkarnas identitetskris – hela sjukvård- ens kris? Läkartidningen 2001;98:2228-9.
- Dalén P. Evidensbaserad medicin i vardags- arbetet. Överstepråster som visar oss den rätta, evidensbaserade vägen? Läkartid- ningen 2000;497-8.
- Nilsson G. Varning för alltför ensidig evi- densbaserad medicin! God läkarkonst för- utsätter även människokänedom och intui- tion. Läkartidningen 2001;98:2437-8.
- Stolt CM. Tio kritiska invändningar mot en värdefull metod. Läkartidningen 2001;98: 3255-6.
- Gårdelöf B. För femtielfte gången – evi- densbasering är inte detsamma som rando- miserade studier. Läkartidningen 2001; 98: 3164.
- Britton M. Så graderas en studies veten- skapliga bevisvärde och slutsatsernas styr- ka. Läkartidningen 2000;97:4414-5.
- Werkö L. Ett konkret redskap för vårdens verkstadsgolv. Läkartidningen 2000;97: 2710-3.
- Werkö L. Många kritiker missförstår EBM. Läkartidningen 2001;98:3449-50.
- Eliasson M. Välkommen debatt om evi- densbaserad medicin. Läkartidningen 1998;95:3450.

Evidensbaserad medicin, javisst, men var finns den?

Modern sjukvård ska baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag. En förutsättning är att sjukvårdspersonalen har tillgång till detta vetenskapliga underlag. I artikeln presenteras Eira – det nya lättillgängliga digitala bibliotek som introducerats i 13 landsting och i Gotlands kommun.

ULF GUNNARSSON
docent, avdelningsläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala
ulf.gunnarsson@kirurgi.uu.se

II Vetenskapliga tidskrifter och databaser utgör sedan länge det underlag som vi baserar vårt kunnande på. En viktig milstolpe i att göra detta kunskapsmater- ial tillgängligt var introduktionen av da- tabaserade sökningar genom MedLine för några decennier sedan.

Trots att antalet tidskrifter och artik- lar inom varje ämnesområde ökat lavin- artat under senare år har ändå möjlighe- terna att överblicka kunskapsstoffet för- bättrats. En betydande flaskhals har dock varit möjligheten att komma i be- sittning av kunskapen/dokumentatio- nen. Att be sjukhusbiblioteket skaffa fram en artikel och vänta kanske några veckor tills den anländer tar alltför lång tid för att vara rationellt i en effektiv sjukvårdsapparat.

Kunskap – en färskvara

Vårdprogram har traditionellt varit ett sätt att öka tillgängligheten till bearbetad kunskap. Svagheten hos dessa vårdprog- ram är att de är en färskvara. Redan efter något år kan rekommendationerna vara inaktuella. För att kunna omvärdera kun- skapsläget behövs enkel tillgång till det faktamaterial som tillkommit inom om- rådet. Dessutom tenderar det att uppstå situationer i den kliniska vardagen som inte omfattas av vårdprogrammen.

En snabb uppdatering är nödvändig för att kunna göra en korrekt värdering av bästa behandlingsstrategi. Tillgäng- ligheten till de studier och artiklar samt databasmaterial som behandlar den ak- tuella problematiken är avgörande för att snabbt kunna fatta riktiga beslut. När se- dan vårdprogrammen ska omarbetas el- ler en vårdkedja justeras är översiktlig och lätthanterlig tillgång till vetenska- pens senaste framsteg en förutsättning.

Lång dags färd mot ljus

På många amerikanska sjukhus har till- gången till söksystem, databaser och ve-

Evidensbaserad medicin

tenskapliga artiklar i den egna datorn länge varit en självklarhet. Sjukvård- enheter som konkurrerar med sitt rykte använder informationstillgängligheten som ett led i sin kvalitetsförbättring.

Läkare och forskare vid svenska uni- versitet har sedan flera år tillgång till ett välfungerande digitalt bibliotek. Från datorn på arbetsplatsen eller i hemmet kan de läsa och skriva ut artiklar från de flesta viktiga vetenskapliga tidskrifter. Deras kolleger i helt landstingsbaserad verksamhet har däremot nästan helt sak- nat denna möjlighet.

Initiativ för några år sedan

Växande kunskap skapar ökande behov. Flera kolleger har uppmärksammat den bristande tillgängligheten till snabb in- formation. Sjukhusbiblioteken har en nyckelfunktion i informationsförmed- lingen inom sjukvården. Även här har problemet uppmärksamats. För några år sedan reste två framsynta biblioteks- chefer, Bengt Holmquist i Falun och Jan Schützer i Karlstad, på en studieresa till bl a Mayo-klikerna i USA. Uppdraget

Processen har varit lång och vägen ofta törnbe- strödd, men arbetet har nu nått målet att kunna intro- ducera ett lättillgängligt digitalt bibliotek i stora delar av Sjukvårdssverige.