

Är förbön evidensbaserad?

Det finns företrädare för åsikten att förböner och religiösa samtal mellan patient och läkare bör ingå i sjukvårdsarbetet. Kliniska prövningar av »religiösa interventioner« har också utförts. Här sammanfattas artiklar som framför skäl för följande uppfattning: Sjukvårdspersonal skall givetvis respektera patienternas religiösa uppfattningar, men religiöst grundade interventioner bör inte ingå i yrkesutövningen.

JÖRGEN MALMQUIST
med dr, frilansskribent, Höllviken
(jorgen.malmquist@mailbox.swipnet.se)

II Flera medicinska tidskrifter har som tradition att i sitt julnummer publicera artiklar som är annorlunda genom att vara tankeväckande utanför yrkets vardagsramar. British Medical Journal hade ett antal sådana i sista numret (22–29 december) 2001. Det gemensamma temat var verkningar av psykiska och andliga processer på somatiska funktioner och överlevnad. Medicinprofessorn Leonard Leibovici vid Rabin Medical Center i Israel bidrog med en mycket originell artikel [1] som beskrev verkningarna av retroaktiva förböner på förloppet av sepsis.

Förbön: klinisk prövning

Leibovicis procedur var följande: Alla vuxna patienter som vårdats vid sjukhuset för sepsis under åren 1990–1996 identifierades. Antalet var 3 393.

Med slumpgenerator fördelades patienterna i juli 2000 på två grupper: interventions- och kontrollgrupp. Gruppernas baslinjekarakteristika blev helt likartade (vilket kunde förväntas vid korrekt randomisering av ett så stort patientantal). En förteckning över förnamnen i interventionsgruppen gavs till en person som bad en kort bön för personernas välbefinnande och fullständiga tillfrisknande.

Resultatet blev som följer: Förbönerna hade ingen effekt på mortaliteten, som var 28,1 respektive 30,2 procent ($P=0,4$). Durationen av både sjukhusvård och feber var emellertid kortare i interventionsgruppen ($P=0,01$ respektive $P=0,04$). På grund av osymmetrisk fördelning redovisar artikeln i stället för medelvärden och tillhörande spridningsmått en tabell med lägsta och högsta värden samt de tre kvartilerna. Medianvärdena för vårdtid vid sjukhus

var 7 respektive 8 dagar och maximalvärdena 165 respektive 320 dagar (interventions- respektive kontrollgrupp). Data har alltså en synnerligen skev fördelning med en lång svans uppåt mot mycket långa vårdtider. Den angivna statistiskt signifikanta skillnaden kan tänkas till stor del bero på några få extremvärden (»utliggare«).

För feberdurationen var motsvarande tal 2 respektive 2 dagar och 49 respektive 50 dagar. Här ser alltså skillnaden mellan grupperna minimal ut. I avsaknad av fullständigare presentation av fördelningen av data kan man bara undra hur P-värdet kunde bli 0,04.

I sin diskussion skriver Leibovici bland annat att en större undersökning skulle ha kunnat visa en signifikant reduktion av mortaliteten som följd av förbönerna. Här har författaren glimten i ögat – den redovisade undersökningen är ju synnerligen stor. Leibovici vill säkert ironisera (välmotiverat) över alla forskare som i små undersökningar funnit skillnader utan konventionell statistisk signifikans och som säger och skriver att den bristande signifikansen kan förklaras av materialets litenhet. En sådan extrapolering – »hade jag haft fler data hade differensen varit oförändrad stor, och statistisk signifikans hade uppstått som en säker matematisk konsekvens« – är förstuds djupt ovetenskaplig.

Retroaktiv verkan svårbegriplig

Leibovici konstaterar att det inte är möjligt att förklara den iakttagna effekten av förböner som är gjorda dels på avstånd (inte i patientens närvaro), dels retroaktivt. Han påpekar helt riktigt att denna brist på kunskap inte gör resultatet ogiltigt.

Leibovici citerar en översiktsartikel (kommenterad i Läkartidningen [2]). vars författare ansåg sig ha funnit en tendens till gynnsam verkan av »distant healing«. Han konstaterar att en verkan bakåt i tiden är svårbegriplig, men fram-



FOTO: ANDERS GOOY/IBL Bildbyrå

Bön kan vara till stöd och hjälp för en troende men bör inte göras till föremål för kliniska prövningar.

håller dels att Jorge Luis Borges ansåg sig ha motbevisat tidens existens, dels (mera effektivt) att fysikens grundprocesser har visat sig inte vara förknippade med någon enkelriktad framåtskridande tid. Dessutom, påpekar han, kan vi inte räkna med att Gud är underkastad den tid som styr människans liv.

Avslutningsvis konstaterar Leibovici att interventionen är kostnadseffektiv och sannolikt saknar biverkningar samt att den bör övervägas för mera allmänt bruk och fortsatta studier. Många läsare fick säkert intrycket att artikeln i sin helhet var skriven med glimten i ögat.

Artikeln resulterade under de följande fyra månaderna i över 60 insändarkommentarer som publicerats på BMJs webbplats (www.bmj.com). Invändningar av religiös natur förekom. Vissa insändare framförde tvivel beträffande den statistiska analysen. Flera innehöll en uppmaning att behandla även kontrollgruppen. Detta skulle vara motiverat ur etisk synvinkel och skulle ge en metodkontroll genom att utfallet då borde bli lika i båda grupperna. Andra menade att detta resonemang var dubiöst ur logisk synvinkel.

En listig kommentar gällde patientnamnen. Interventionsgruppens förnamn användes ju som mål för förbönerna. Det får anses högst troligt att en stor andel av kontrollgruppens patienter också hade något av dessa förnamn. Detta

skulle kunna ha medfört en väsentlig reduktion av den potentiella skillnaden i effekt mellan grupperna.

Oförenliga paradoxer

Några av kommentarerna publicerades i tryck i BMJ 27 april 2002, tillsammans med ett svar från Leibovici. Han deklarerar att om man fäster tilltro till resultaten leder detta till paradoxer som är oförenliga med vetenskapligt arbete, till och med med det dagliga livet. Vidare anser han att empiriska metoder inte kan appliceras på frågeställningar som ligger helt utanför den vetenskapliga världsbilden. Han använder också ett bayesianskt argument: om den före prövningen bedömda sannolikheten för effekt är utomordentligt låg kan inga prövningsresultat märkbart ändra denna sannolikhet. I en sådan situation bör en prövning inte utföras. Leibovici slutar med att han anser att bön, som kan vara till stöd och hjälp för en troende, inte bör göras till föremål för kliniska prövningar.

Några veckor före Leibovicis artikel publicerades en översiktsartikel om prövningar av förböner på distans [3]. De tre författarna, verksamma i USA, omtalar att de representerar katolicism, judendom och protestantism. Den omsorgsfullt analyserande framställningen, som bland annat gäller skillnader och gränser mellan religion och vetenskap, är mycket läsvärd. Vidare ifrågasätts att flertalet undersökningar utförts med förbön på distans – utan patienternas kännedom. Författarna frågar sig varför man inte strävar efter att gynna patienten med den speciella form av placeboeffekt som kan förväntas då en troende sjuk vet att det görs förböner för honom eller henne.

Konklusionen blir att författarna, på bland annat vetenskapliga grunder, instämmer i vad som sägs i Femte Mosebok (6:16) och Lukasevangeliet (4:12): människan skall inte fresta (dvs pröva) Gud. De förklarar också varför de anser att Guds existens och gärningar inte kan prövas.

Religiös intervention som arbetsmetod

R P Sloan, verksam inom »behavioral medicine« vid Columbiauniversitetet i New York, har med olika medarbetare (bland annat sjukhuspräster) analyserat och kommenterat området »religion och medicin« i två artiklar [4, 5]. De konstaterar att allt fler i USA ser ett samband mellan religiösa och medicinska åtgärder. De anser att åsikten har en länk till alternativmedicinens framgångar genom att alternativmedicinens utövare ofta framhåller att de har övernaturliga »gåvor« och att deras behandlingsmetoder har ursprung i (vanligen asiatiska)

s k vishetsläror. Sloan och medarbetare konstaterar att omkring 30 medicinska utbildningsanstalter i USA har kurser inom området religion–andlighet–hälsa i sitt utbildningspaket.

Intervjuundersökningar har visat att en stor andel av amerikanska patienter önskar att deras läkare skall tala med dem om religiösa ämnen och att majoriteten av amerikanska familjeläkare anser att förböner kan påskynda tillfrisknande men också att de flesta av dessa inte anser sig ha tid eller kompetens att ta upp religiösa aspekter. Att patient och läkare i många fall inte har samma trosuppfattning är också ett hinder. Det finns emellertid läkare som i böcker, i tidskriftsartiklar och på Internet förespråkar andliga och religiösa interventioner som en komponent i medicinskt arbete.

Artiklarna av Sloan och medarbetare utmynnar i tre konklusioner: 1) Det finns (om man korrigerar för confounders) inga övertygande bevis för samband mellan religion, andlighet och hälsotillstånd. 2) När läkare avviker från sitt expertområde för att använda religion som behandlingsmetod agerar de oprofessionellt. 3) Om man förknippar religiösa aktiviteter med bättre hälsotillstånd och bättre resultat av medicinsk behandling förstärker man månghundraåriga föreställningar att sjukdom beror på moraliskt religiösa tillkortakommanden, och man trivialiserar religioner genom att använda deras effekter på de troendes hälsotillstånd som ett värdekriterium.

Respekt men inte sammanblandning

Det finns i Sverige religiösa samfund som aktivt understryker sambandet tro–hälsa och som framställer sjukdom som en följd av sviktande tro eller syndfullt leverne. Men det verkar troligt att det stora flertalet medborgare inte har den åsikten och inte förväntar sig eller önskar att läkare eller annan sjukvårdspersonal skall ta initiativ till samtal om religiösa frågor. Likaså skulle jag tro att flertalet svenska läkare är beredda att instämma i det synsätt som de refererade artiklarna presenterar och som kan sammanfattas som följer: Läkare skall givetvis visa respekt för patienters religiösa uppfattning. Det finns inget evidensstöd för »religiösa interventioner« som inslag i medicinsk behandling, och det finns inte goda skäl att utföra kliniska prövningar av sådana interventioner.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients

with bloodstream infection: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:1450-1.

2. Malmquist J. »Distant healing« – en speciell form av telemedicin. *Läkartidningen* 2000;97:6050-2.
3. Chibnall JT, Jeral JM, Cerullo MA. Experiment on distant intercessory prayer. God, science, and the lesson of Massah. *Arch Int Med* 2001;161:2529-36.
4. Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet* 1999;353:664-7.
5. Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalone C, Hirsch TJ, et al. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med* 2000;342:1913-6.