

# Evidensbaserad medicin räcker inte!

Nej, det är inte tillräckligt med evidensbaserad medicin! Vad som behövs är en utvecklad variant, evidensbaserad medicin med etisk profil (EBM-E). Människor söker hjälp för upplevd ohälsa – inte för sjukdom. Vi vill med våra åtgärder inte endast bota sjukdomar – vi vill också hjälpa människor att *uppleva* hälsa, skriver de tre artikel-författarna.

**S**jukvården ska grunda sina arbetsmetoder på vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför har EBM (evidensbaserad medicin) blivit ett honnörssord och näst intill ett mantra. Begreppet EBM lanserades 1972 av läkaren Archie Cochrane [1], som hävdade att sjukvårdens åtgärder skulle grunda sig på vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet. Målet var att formulera ett förhållningssätt som skulle eliminera dyra, ineffektiva och farliga behandlingsmetoder.

En definition finns hos Sackett [2], som definierar EBM som »the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research«. EBM är således ett försök att utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet finna underlag för beslut om medicinsk vård.

**Den vanligaste kritiken** mot EBM handlar om den underliggande kunskapssy-



**ROLF NORDEMAR**, docent, överläkare, Smärtkliniken, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm  
rolf.nordemar@capio.se



**JENNIFER BULLINGTON**, docent, lektor, Ersta Sköndal högskola, Stockholm



**GLENN HÆGERSTAM**, docent, med dr, pensionerad; tidigare Astra

nen och de tillhörande frågorna om mätbarhetens problematik, samt svårigheter för EBM att ta hänsyn till individen. EBM har lite ironiskt kallats för »kokbokskunskap« som anses prioritera en viss vetenskapssyn på bekostnad av individuella bedömningar och verklighetens komplexitet.

Evidensbaserad kunskap har blivit synonym med kunskap som hämtas ur den naturvetenskapliga forskningstraditionen, med det tillhörande positivistiska vetenskapsidealet, där kunskap i första hand handlar om allmänna lagar och principer som gör att man kan förutsäga och kontrollera det man forskar om. Om t ex ett visst läkemedel visar sig åstadkomma samma resultat tillräckligt ofta (statistiskt sett), kan man påstå att medicinen verkligen har den visade effekten.

**Kunskaper inom denna** forskningstradition är oftast genererade av så kallade randomiserade kontrollerade studier (RCT), där man jämför en kontrollgrupp med en grupp som fått den åtgärd man vill testa, och slutsatserna dras utifrån jämförelser av dessa båda grupper. Den typen av forskningsdesign passar bäst på studier som berör den biologiska kroppen, utifrån ett strikt biomedicinskt perspektiv. Det som kan mätas via prov och valideras via statistik är det som räknas som kunskap, och denna kunskap finns på en allmän, generell nivå gällande den »medicinska« kroppen.

En invändning mot denna syn på kunskap är att vi inte har någon möjlighet att ta hänsyn till eller undersöka aspekter av människors liv som faller utanför denna typ av studie. Hur människor



Foto: Marie Swartz/Scampix

»Det finns sätt att vetenskapligt undersöka människors subjektiva upplevelser, men sådana kvalitativa studier har inte samma status inom medicinen ...«

upplever sin situation, vad de har för olika bakgrundserfarenheter, vad de har för värderingar, livsåskådning, psykosociala faktorer som berör sjukdomen räknas inte som kunskap inom ramen för detta synsätt. Så snart vi intresserar oss för subjektiva, individuella aspekter på hälsa och sjukdom är vi per definition »ovetenskapliga«, enligt den positivistiska kunskapssynen. Det finns sätt att vetenskapligt undersöka människors subjektiva upplevelser, men sådana kvalitativa studier har inte samma status inom medicinen, eftersom kvalitativa studier hör till en annan forskningstradition, den humanvetenskapliga traditionen, som inte är känd eller missuppfattas inom biomedicinen.

**En av förutsättningarna** för RCT är vanligen att den procedur som ska bedömas provas mot placebo. Tanken är att naturlförloppet hos det sjukdomstillstånd som ska behandlas är oförändrat i placebogrupper. Att det skulle vara så är minst sagt kontroversiellt [3]. En annan förutsättning är att urvalet av de personer som ingår i studien uppfyller vissa

bestämda kriterier, dvs garanterar att den grupp som studeras är homogen med avseende på ett givet sjukdomstillstånd. Det är uppenbart att tillämpningen av resultat från studier med mycket snäva urvalskriterier blir problematisk i den medicinska vardagsituationen [4]. En intern kritik av EBM är att man inte ens inom ramen för det reduktionistiska synsättet har kunnat bevisa att RCT är mer tillförlitlig än andra forskningsmetoder [5-7].

**Är kunskap hämtad från** exempelvis fallbeskrivningar verkligen av minimalt värde för medicinens utveckling? I den ansedda tidskriften *Chest* efterlyser Murphy och medarbetare [8] just sådana studier för att sprida kunskap om medicinska misstag. Med nödvändighet är denna typ av studier retrospektiva, vilket leder till den lägsta graden av evidensstyrka. Men nog har sådan kunskap ändå värde för utvecklingen av medicinen!

Den moderna medicinska forskningen har i många avseenden revolutionerat vår förståelse av människokroppen och sjukdomar och givit oss nya möjligheter att behandla eller förebygga. Ögonkirurgi, reumatologi och ledproteser kan stå som exempel på lyckosamma tillämpningar. Men det finns andra områden där problemen är stora och hjälpen som erbjuds av en traditionell biomedicinsk behandlingsarsenal är liten.

**Dit hör t ex vården av** patienter med långvarig smärta, delar av äldrevården och psykiatrin och andra långvariga och komplexa sjukdomstillstånd. Dit hör också den stora gruppen långtidssjuk-skrivna. I primärvården upplever många såväl anställda som patienter problem med tidsbrist, bristande kontinuitet eller oförståelse – här hjälper inte heller EBM-baserade råd.

Vad gör vi i brist på EBM-baserade råd? Det är knappast lönt att invänta EBM-råd, dels för att frågorna är för komplexa för EBM-baserade studier, dels för att svaren – om de skulle ges – antagligen inte går att tillämpa på den verklighet vi står inför.

Vi föreslår ett alternativ till EBM, nämligen det som kan kallas EBM-E (EBM med etisk profil). Med detta avser vi en evidensbaserad medicin med en utvidgad syn på kunskap, starkare betoning på klinisk erfarenhet, omsatt i goda handlingar. Här vill vi lyfta fram även kvalitativa studier av människors subjektiva erfarenheter och icke generaliserbar kunskap som en viktig del av »kunskapsmassan«. Den erfarenhet man medvetet reflekterat över (erfaren-

hetsbaserad kunskap, praktikbaserad kunskap eller tyst kunskap) är det långvariga kunnande som rymmer i begreppet beprövad erfarenhet och utan vilken ingen praktisk sjukvård kan bedrivas.

**Denna kunskap finns** med i den ursprungliga definitionen av EBM, men har tyvärr inte fått lika mycket plats som den naturvetenskapliga forskningen. Att omsätta denna kunskap och erfarenhet i goda handlingar innebär att man gör en etisk analys av sina ställningstaganden och grundligt diskuterar vilka effekter de kan ha, innan de överförs till praktisk sjukvård. Denna analys har syftet att belysa önskade och oönskade effekter, så att endast förväntat goda och eftersträvansvärda förlopp blir resultatet av den medicinska åtgärden. Detta förutsätter att vi gör medvetna och värderingsbaserade val.

Vi vill med våra åtgärder inte endast bota sjukdomar, utan vi vill också hjälpa människor att uppleva hälsa. I dag finns det många patienter som är »botade« men ändå upplever ohälsa. De söker hjälp i vården men får beskedet att vi inte finner något »fel«. Vårt mål måste vara att hjälpa dessa människor att känna välbefinnande, vilket är detsamma som förbättrad hälsa. Gör vi nytta med mediciner som sänker blodtryck, som sänker blodfett eller dövar smärta, eller kan det vara så att vi främst stillar vår egen ångest inför livets existentiella frågor? Det måste finnas utrymme för mer än läkemedel inom medicinen.

**Den beprövade** erfarenheten och det etiska, värderingsbaserade perspektivet behöver lyftas fram och komplettera det vetenskapliga underlaget. Annars reduceras läkekonsten till biomedicinskt trolleri! Denna uppfattning delar vi med andra: The Working Party of the Royal College of Physicians konstaterar i ett dokument 2005 att medicin är mer än summan av kunskap om sjukdomar och behandlingar. Medicinen befattar sig också med erfarenheter, känslor och tolkningar av människor som befinner sig i exceptionella situationer, färgade av rädsla, ångest och tvivel. Likaså pekar man på att de många oförutsägbara momenten i den kliniska vardagen kräver tekniskt kunnande – men också visdom [9].

**De medicinska skeendena** är aldrig så enkla att en viss åtgärd alltid ger ett visst resultat. De måste sättas in i en medicinsk kontext, där den som söker hjälp (patienten) möter en vårdgivare. Det finns förutom fysiska också psykiska,

sociala, existentiella och ekonomiska faktorer som behöver bedömas. Vi behöver handla i vishet och använda all vår förmåga att göra etiskt riktiga val. För detta behövs EBM-E!

Cohen och Hersh uttrycker en liknande tanke på följande sätt: »Clinicians must balance general rules, empirical data, theory, principles, and patient values and apply them to individual people. This requires a great deal of clinical judgment« [10].

Erfarenhet är viktig men kan vara be- dräglig och måste därför ständigt om- prövas och ifrågasättas genom vetenskapliga studier. Vetenskap och erfarenhet måste utsättas för etisk analys för att endast det goda och eftersträvansvärda ska bli resultatet. Knappast något annat område är så fullt av svåra etiska val som sjukvården, och vår ständigt ökande förmåga gör valen alltmer komplicerade.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972. Reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London.
2. Sackett DL. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997. p. 1.
3. Gracely RH. Charisma and the art of healing: Can nonspecific factors be enough? In: Proceedings of 9th world congress on pain. Vol. 16. Devor M, Rowbotham MC, Wiesenfeld-Hallin Z, editors. Seattle: IASP Press; 2000. p. 1045-67.
4. Van Zundert J. Clinical research in interventional pain management techniques: the clinician's point of view. *Pain Pract.* 2007;7:221-9.
5. Haynes RB. What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Serv Res.* 2002;2:3.
6. Upshur RE, Vandenkerkhof EG, Goel V. Meaning and measurement: an inclusive model of evidence in health care. *J Eval Clin Pract.* 2001;7:91-6.
7. Miles A, Bentley P, Polychronis A, Grey J, Melchiorri C. Recent developments in the evidence based healthcare debate. *J Eval Clin Pract.* 2001; 7:85-9.
8. Murphy JG, Stee L, McEvoy MT, Oshiro J. Journal reporting of medical errors: the wisdom of Solomon, the bravery of Achilles, and the foolishness of Pan. *Chest.* 2007;131:890-6.
9. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med.* 2005;5(6 Suppl 1):5-40.
10. Cohen AM, Hersh WR. Criticisms of evidence-based medicine. *Evid Based Cardiovasc Med.* 2004; 8:197-8.

Företrädare för SBU replikerar i nästa veckas nummer.

red