

Evidens är ett verktyg för vården – inte ett slutmål!

Evidensbaserad vård är att förena bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap med klinisk erfarenhet och kunskap om den enskilda patientens situation och upplevelse. Det betyder att flera olika slags kunskapskällor måste användas. Att använda tillförlitliga forskningsresultat i kliniskt beslutsfattande är självklart inte liktydigt med god vård, men är ett bra steg på vägen.

Rolf Nordemar och medarbetare påminner i LT 11/2008 (sidorna 797-8) om de invändningar och farhågor som har framförts mot en stelbent tillämpning av forskningsresultat – kritik som i stor utsträckning har formulerats och diskuterats även inom EBM-rörelsen. Eftersom evidens, dvs systematiskt insamlad, granskad och sammanställd vetenskaplig kunskap (inte enbart från randomiserade kontrollerade studier, RCT), är en viktig komponent i SBU:s rapporter, vill vi komplettera och kommentera artikeln – även om vi inte uppfattar att kritiken gäller SBU.

Inlägget är i många stycken balanserat och huvudbudskapet

ett viktigt: att behandlaren kliniska erfarenhet och den enskilda patientens unika situation och upplevelse, är kunskapskällor som måste vägas ihop med evidens när kliniska beslut ska fattas. Detta konstaterades redan när begreppet EBM definierades av David Sackett och torde vara självklart för många.

SBU har framfört samma budskap många gånger [se t ex 1-3] och instämmer givetvis i denna syn på EBM – som för övrigt numera ofta benämns EBHC (evidence-based health care) eller EBP (evidence-based practice) för att visa att tillämpningen av forskningsresultat gäller även utanför den medicinska professionen [4, 5].

Ett förhållande som författarna inte nämner, och som bör läggas till när det gäller användning av evidens som beslutsunderlag, är vår gemensamma strävan att hushålla med vårdens begränsade resurser, och viljan att använda givna resurser på bästa möjliga sätt. För detta finns etiska motiv, eftersom både rättvis och solidaritetsprincipen återfinns i bakgrunden. Enkelt uttryckt handlar det om prioriteringar. För att veta vilken metod som gör bäst nytta för

Evidensbaserad medicin räcker inte!

Nej, det är inte tillräckligt med evidensbaserad medicin!

Artikeln av Rolf Nordemar och medförfattare var införd i LT 11/2008.

pengarna behöver vi veta vilka effekter metoderna har, positiva såväl som negativa. Det behövs evidens för att kunna bedöma kostnadseffektivitet, och förhållandet mellan kostnad och patientnytta beaktas regelmässigt i SBU:s utvärderingar. Här bör det dock tilläggas att det helhetsgrepp som SBU:s rapporter tar, inte förekommer i alla systematiska litteraturoversikter. I många Cochrane-översikter har denna aspekt saknats.

I debattartikeln av Nordemar och medarbetare finns några påståenden som vi vill ifrågasätta. Det första gäller att ett intresse för subjektiva och individuella aspekter på hälsa och sjukdom skulle anses »ovetenskapligt«, det andra att kvalitativa studier skulle anses vara av mindre värde för medicinen. Ingetdera stämmer, och ingetdera är heller förenligt med god, kunskapsbaserad vård.

Även om det sannolikt finns en sämre kunskap om kvalitativa forskningsmetoder bland många läkare, är det felaktigt att påstå att studier med kvalitativ metod skulle stå i något slags motsatsförhållande till studier med kvantitativ metod. Ett sådant synsätt vore också skadligt för vården. Tvärtom har bland annat SBU redan tidigare påpekat att vissa viktiga frågor i vården bara kan belysas med kvalitativa forskningsmetoder.

Studier med kvalitativ metod görs delvis i annat syfte och besvarar andra frågor än

kvantitativa undersökningar. Avsikten med studier med kvalitativ metod är inte att generalisera, utan att skapa fördjupad förståelse för en företeelse, t ex patientens upplevelser. Det är därför nödvändigt att beskriva och tolka resultat från dessa studier på ett annat sätt än vad som görs i kvantitativa undersökningar [6]. Det gemensamma för olika kvalitativa metoder är att det är helheter som studeras och inte variabler. Forskaren använder en induktiv ansats och ger beskrivande data. Välgjorda studier med kvalitativ metod kan ge värdefull kunskap, men är av ringa värde för att visa om en ny behandlingsmetod räddar liv eller minskar sjuklighet.

Däremot kan kvalitativa metoder ge kunskap som kan ha stor betydelse för patientens hälsa och livskvalitet, och som är viktig för en god hälso- och sjukvård. Det handlar t ex om förståelse för patientens situ-

»Bakom en del protester mot evidensbaserad vård ligger den allvarliga missuppfattningen att vetenskaplig kunskap skulle stå i ett motsatsförhållande till annan kunskap, som klinisk erfarenhet eller enskilda patienters upplevelser.«

RAGNAR LEVI

läkare, informationschef, SBU
levi@sbu.se



NINA REHNQVIST
professor, ordförande
i SBU:s nämnd för
medicinsk utvärdering



MÅNS ROSÉN
professor, chef för SBU



ANIA WILLMAN
docent, ledamot i
SBU:s råd

ation och hur patienten uppfattar sin egen sjukdom, tolkar olika budskap från vårdgivare och kommer fram till vissa beslut om sin hälsa.

Vi vill också påminna om att även studier med kvalitativ metod granskas och sammanfattas i många av SBU:s utvärderingar. Aktuella exempel är SBU:s rapport »Metoder vid långvarig smärta«, kapitel 4 [7], SBU:s rapporter om evidensbaserad omvårdnad [8-11] (omvårdnad ingår numera i de ordinarie rapporterna), den stora SBU-rapporten om demens [12] och en ny populärvetenskapligt utformad SBU-skrift om vård av personer med demens [13].

Vi instämmer inte i debattartikelns påstående att fallbeskrivningar skulle vara »av minimalt värde för medicins utveckling«. Exempelvis kan fallstudier vara ovärderliga som ett led i utvecklingen av nya hypoteser, och vara avgörande vid beskrivningen av ett nytt sjukdomstillstånd som aids. Fallserier kan bidra med viktig information vid kartläggningen av nya och sällsynta biverkningar [14].

Däremot utgör en fallstudie en ytterst bräcklig grund för att uttala sig om hur effektiv en behandling är, såvida det inte handlar om sällsynta dramatiska effekter. Med andra ord: en fallstudie kan ge mycket värdefull kunskap, även om den inte kan ge evidens för en behandlings effekt.

Etiska och värderingsbaserade perspektiv måste givetvis anläggas på all hälso- och sjukvård. Detta kan inte ställas i motsats till en strävan att basera vården på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag. Vi behöver bådadera. I SBU:s utvärderingar, som tar ett betydligt bredare grepp på olika ämnesområden än att enbart sammanställa randomiserade studier, ingår olika typer av vetenskapliga arbeten och analys av såväl etiska som sociala aspekter.

Bakom en del protester mot evidensbaserad vård ligger

den allvarliga missuppfattningen att vetenskaplig kunskap skulle stå i ett motsatsförhållande till annan kunskap, som klinisk erfarenhet eller enskilda patienters upplevelser. I själva verket förhåller det sig precis tvärtom. Alla dessa delar – och fler därtill – behövs för att åstadkomma god vård.

Evidens är ett mycket viktigt verktyg men inte det enda. Och det måste definitivt användas med omdöme, klinisk skicklighet, empati och insikt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

2. Levi R. Myter om utvärdering och evidens. *Vetenskap & Praxis*. 2002; (3-4):6-7.
3. Levi R, Aspelin P, Hagenfeldt K, Rehnqvist N. Evidens ger vården en säkrare grund – varken mer eller mindre. *Läkartidningen*. 2006;103: 7-8.
4. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issue. *J Adv Nurs*. 1999;30:10-7.
6. Willman A, Soltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2006.
8. Evidensbaserad omvårdnad vid strålbehandling av patienter med cancer. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 1998.
9. Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 1998.
10. Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 1999.
11. Evidensbaserad omvårdnad vid behandling med personer med schizofreni. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 1999.
13. Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag? Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007.
14. Loke YK, Price D, Herxheimer A; Cochrane Adverse Effects Methods Group. Systematic reviews of adverse effects: framework for a structured approach. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:32.

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Annons