

Enbart evidens räcker inte för vårdbeslut



Chad J. Shaffer

Evidens har blivit ett ord på allas läppar: forskares, journalisters och politikers. Men evidens kan inte leda spikrakt till beslut, påpekar Jesper Jerkert.

Många vill kunna åberopa evidens när de fattar beslut. Redan de forskare som lanserade begreppet evidensbaserad medicin (EBM) förklarade att ett viktigt mål är att fatta bättre vårdbeslut, att erbjuda den bästa behandlingen för varje patient. EBM går inte bara ut på att sammanställa befintlig kunskap, utan även på att man ska använda kunskapen i medicinsk praktik.¹ Men när det gäller praktisk tillämpning av evidens uppstår ofta missförstånd, såväl bland EBM-förespråkare som kritiker. Man drar en rät linje från evidens till beslut. Men så enkelt kan det nästan aldrig vara.

KÄNT VERKTYG

Det mest kända verktyget för bedömning av medicinska metoder på grundval av kliniska studier, GRADE, innehåller både en evidensdel och en rekommendationsdel.² I evidensdelen beskriver man vilken kunskap som faktiskt föreligger, och i rekommendationsdelen tar man ställning till vilken behandling som bör föreskrivas i konkreta fall. Det kända Cochrane-samarbetet, som sammanställer rappor-

ter om vilken medicinsk evidens som föreligger på olika områden, använder GRADE – men, liksom SBU, enbart evidensdelen. Dessa översikter innehåller därför normalt inte några behandlingsrekommendationer. Även om det till exempel finns en Cochrane-översikt som visar att behandling A ger större effekt än behandling B, så räcker det i regel inte för att man ska kunna fatta beslut om vilken av metoderna som är lämpligast för en enskild patient, och inte heller vilken av dessa som ska prioriteras i vården som helhet.

GÅR UTANFÖR

I Cochrane-samarbetets instruktioner för översikter konstateras att behandlingsrekommendationer kräver avvägningar som går utanför den egentliga systematiska översikten³.

Vilka är dessa avvägningar som leder från evidens till beslut? Två viktiga länkar i kedjan är frågan om den åberopade kunskapen är relevant för beslutet och frågan om vilka (eventuellt underförstådda) värderingar som uppfylls om det rätta beslutet fattas.

Exakt vad som ska räknas som relevans i detta sammanhang kan diskuteras. Jeremy Howick, som är nära knuten till GRADE, har listat fyra relevanskriterier,⁴ nämligen följande:

- Effekten måste avse nå-

got som är viktigt för patienten och inte bara ett surrogatmått. Man måste med andra ord ha visat en positiv effekt på välbefinnande och/eller livslängd, inte enbart på till exempel ett blodvärde.

- De positiva effekterna måste väga tyngre än eventuella negativa bieffekter.

- Kunskapen om behandlingens effekt måste avse typiska patienter. Studien måste med andra ord vara giltig under realistiska förhållanden i den verkliga världen, inte enbart för försöksdjur eller för någon selekterad grupp människor som avsevärt skiljer sig från de människor som typiskt kommer att få behandlingen.

- Behandlingen måste jämföras med andra behandlingar för det aktuella tillståndet. Man kan inte fatta beslut om det inte finns flera alternativ att välja mellan.

MÅLET INTE ENTYDIGT

När det gäller värderingar finns en intressant övergripande skillnad mellan evidensbaserad medicin och andra verksamheter som sägs vara evidensbaserade, som "evidensbaserad kriminalvård" eller "evidensbaserad utbildning".⁵ Inom medicinen är det relativt okontroversiellt vad man vill åstadkomma med de insatser som granskas; alla är överens om att god hälsa är målet (även om detta begrepp givetvis kan ges olika innebörd). Inom kriminalvården

Referenser

1. Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
2. Grade Working Group, Introduction, <http://www.gradeworkinggroup.org/intro.htm>.
3. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, version 5.1.0, mars 2011, avsnitt 12.7.2 (Implications for practice).
4. Howick, J. (2011). *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell/BMJ Books.
5. Davies, P. (1999). What is Evidence-based Education? *British Journal of Educational Studies* 47(2), 108-121.
6. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Brit Med J* 1996;312:71-2.
7. Saarni SI, et al. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science. *Journal of Medical Ethics* 2004;30, 171-5.
8. Pawson, Ray (2006). *Evidence-based Policy: A Realist Perspective*. London: Sage, s. viii.

och utbildningsväsendet är målet inte lika entydigt – där finns politisk oenighet om vad verksamheten lämpligast syftar till.

PRIORITERINGAR

Även om alla är överens om hälso- och sjukvårdens övergripande mål, kan oenighet ändå råda i fråga om en rad andra värderingar som ingår i hälsobesluten. Särskilt tydligt är detta när ekonomiska aspekter diskuteras.

Anta till exempel att det finns effektiva åtgärder mot flera sjukdomar, men att det bedöms som alltför dyrt att låta förebygga eller behandla samtliga dessa sjukdomar hos befolkningen. Det kommer att behövas en prioriteringslista som värderar vilka problem som ska anses vara mer respektive mindre angelägna för vården att åtgärda eller förebygga.

VÄRDERINGSKONFLIKT

Värderingskonflikter behöver dock inte ha med ekonomi att göra, och behöver heller inte innebära att olika sjukdomar ställs mot varandra. Olika patienter kan, även om de har samma sjukdom, ha olika uppfattning om vad de helst vill uppnå med vården.

Det är också tänkbart att den statistiskt förväntade spridningen av en behandlingseffekt bör avgöra hur starkt denna metod rekommenderas. Det är inte givet att endast den genomsnittliga behandlingseffekten (det vill säga effekten på gruppnivå) är intressant. Anta att effekten av en behandling är genomsnittligt positiv, men mycket varierande hos olika individer med samma sjukdom. Medan vissa patienter blir betydligt

bättre, kanske det finns andra som inte förbättras alls eller som kanske till och med blir sämre. Om denna variation är reell (dvs inte bara återspeglar en statistisk osäkerhet i studierna) är det inte självklart att behandlingen kan rekommenderas generellt.

Dessutom kan patienter och sjukvård betrakta denna situation på olika sätt. Den enskilda patientens syn på möjligheten till förbättring kontra risken för försämring kan skilja sig från vårdgivarens.

Sådana helt nödvändiga inslag av värderingar i vårdbesluten glöms ofta bort – trots att det länge har framhållits att evidensbaserade kliniska beslut måste kombinera evidens (systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat) med klinisk erfarenhet och patientens värderingar, i varje vårdssituation.⁶

BLANDNING

Somliga har tyckt att den blandning av värderingar och kunskap som vårdbesluten ofrånkomligen innefattar inte borde få kallas evidensbaserad vård. I stället borde vi uppfinna benämningar som tydligare anger att värderingar är inblandade.⁷⁻⁸ För egen del tror jag inte att detta är realistiskt. Vi får nöja oss med att med jämna mellanrum påminna oss att evidensbaserad verksamhet inte är grundad enbart på kunskap.

När beslut fattas, kommer frågor om relevans och värderingar också in.

*Jesper Jerkert
doktorand, adjunkt i vetenskapsfilosofi, KTH, Stockholm
ledamot i SBU:s lekmanråd
jesper@jerkert.se*



Jonathan Kim/Getty

SBU kommenterar



Vätskande barnöra kräver inte medicin

Svensk behandlingstradition får stöd, skriver SBU i en kommentar.

En systematisk översikt från Cochrane Collaboration 2011 styrker den etablerade svenska behandlingstraditionen att avstå från antihistaminer eller avsvällande läkemedel mot sekretorisk mediaotit (SOM). Det är ett inflammatoriskt tillstånd som ger barnet vätska i mellanörat, ofta sämre hörsel och lock för öronen men inte feber eller smärta.

Översikten visar ingen effekt av läkemedlen på vare sig primära eller sekundära utfallsmått, mått som tillfrisknande. Hörseln, som är det viktigaste utfallsmåttet hos oss, undersöktes dock bara i ett fåtal studier.

Risken för biverkningar är kliniskt relevant och välkänd. En svaghet i översikten är att samtliga biverkningar har slagits ihop till ett sammansatt

mått. Eftersom läkemedlen är antingen enbart avsvällande eller kombinationer av avsvällande medel och antihistaminer, kan måttets kliniska relevans och betydelse variera hos olika preparat.

Tillfrisknande definierades i översikten som ett torrt mellanöra. SBU framhåller att det ur klinisk synvinkel är viktigare att mäta hörseln än att leta efter vätska, eftersom insättning av rör motiveras av sämre hörsel.

Läkemedlen som berörs i Cochrane-översikten är inte avsedda för SOM och saknar sådan indikation enligt FASS. De bygger snarare på kliniska antaganden än på vetenskapliga studier. [RL]

SBU:s kommentarer om antihistaminer och avsvällande medel finns på www.sbu.se. Den systematiska översikt och metaanalys som kommenteras är: Griffin G, et al. Antihistamines and/or decongestants for otitis media with effusion (OME) in children. Cochrane Database Systematic Reviews 2011, Issue 9.