
Evidensbaserad medicin i allmänpraktik: Att hjälpa hela patienten

MARJUKKA MÄKELÄ

Allmänläkare har traditionellt varit den biopsykosociala modellens väktare. Vi möter människor många gånger under en lång tidsperiod, ofta på deras eget territorium. För oss är personen som har en sjukdom viktigare än sjukdomen – och vi är stolta över denna skillnad mellan oss och kolleger i smala specialiteter (1). Att handskas med sjukdom innebär för oss mycket mera än en diagnos och ett behandlingsschema. Vi måste också vara medvetna om alla de faktorer som kan underlätta eller försvåra en individs tillfrisknande från sjukdomen (2).

Vanliga invändningar mot evidensbaserad medicin (EBM) är att den begränsar den kliniska friheten och inte stöder ett personligt patient-läkarförhållande. Dessa rädslor härstammar från tiden innan den evidensbaserade medicinens metoder ens hade uppfunnits; de återspeglar den gamla tudelningen mellan kropp och själ och särskiljer behandlingen av den biologiska varelsen och hennes psykologiska och sociala behov. Goda metoder för att integrera evidens med individuell patientbehandling har utvecklats (3–4).

KROPP, SJÄL OCH SAMHÄLLE

Evidensbaserad medicin innebär helt enkelt att man använder den bästa tillgängliga evidensen för att fatta beslut om behandlingen av varje enskild patient. Detta är inte precis något nytt förhållningssätt. Under de senaste decennierna har metoderna för att hitta och sammanställa vetenskaplig evidens i alla fall förbättrats så mycket att den ”bästa tillgängliga” kunskapen är lätt tillgänglig för varje läkare, i datoriserade databaser.

Dessutom står vi inför en annan orsak att aktivt använda oss av evidens: begränsade resurser. Den gamla diskussionen om kropp och själ gäller nu också samhället. Det är därför Archie Cochrane ursprungligen utvecklade sin idé om att organisera ”en kritisk sammanställning, enligt specialitet eller subspecialitet, regelbundet uppdaterad, av alla relevanta randomiserade kliniska undersökningar” (5).

Cochrane deklarerade också att ”All effektiv behandling måste vara fri”. Effektivitet betyder ”den mätta effekten av en speciell medicinsk åtgärd för att ändra en viss sjukdoms naturliga förlopp till det bättre”. För att man lätt skall kunna inse vad som är effektivt, insamlar och upprätthåller Cochrane Collaboration den bästa evidensen om medicinska åtgärders effektivitet. Men det finns ett problem i denna sköna evidensvärld: Man kan inte stå till tjänst med all tänkbar vård, så vi behöver principer för hur vi skall välja.

FÖRFATTAREN

Marjukka Mäkelä är forskarprofessor vid FinOHTA (Finnish Office for Health Technology Assessment) vid STAKES

Om vi är ense om de principer som Cochrane lade fram, borde vi alltid ge effektiv behandling, till exempel bota pneumoni med penicillin och vaccinera barn mot polio. Vidare borde vi undvika ineffektiva eller skadliga åtgärder, som att ge konjak åt gravida kvinnor mot sammandragningar. Vi borde också se till att lika behandling ges för lika behov: t.ex. erbjuda alla patienter med allvarlig koronarsjukdom stent, oberoende av hur gamla de är, var de bor eller vilken inkomst de har. Detta är klart omöjligt – vi behöver alltså någon form av principer för hur vi skall välja. Vi står på samma punkt som Archie Cochrane i början av 1970-talet, men vi har ett namn på dilemmat: vi kallar det prioritering.

VAD ÄR EFFEKTIVT?

Vi måste åtminstone först reda ut vad som är effektivt, och som allmänläkare måste vi beakta allt under solen. Men hur kan vi bedöma och avväga effekterna av riskfaktorer, vårdprocesser och andra aspekter på hälso- och sjukvården – samt även deras biverkningar? Genom att ta beslutet i små steg och bryta ner det till frågor som det finns svar på. Vi behöver inte svara på varje fråga genast – och vi kan hitta svaren då de behövs, för varje patient och tillsammans med patienterna (4).

En bra fråga har relevans för det beslut som skall fattas och är så enkel att man kan svara på den genom forskning. I typiska fall undersöker den de effekter av betydelse som åtgärden har på detta slags patienter. På en mottagning finns det många frågor som man måste få besvarade i en följd. För varje fråga kan vi söka fram den bästa tillgängliga evidensen i Cochrane Library eller andra databaser; ibland behöver vi statistiska uppgifter. Om vi har turen att bo i ett land med välutvecklade riktlinjer kan vi hitta svaret på många frågor i en sådan norm (6).

Ibland finns det ingenstans samlad information som svarar på en fråga. I dessa fall kan vi vara tvungna att använda resultat från originalforskningen. EBM-metoder hjälper oss att utvärdera om dessa undersökningar besvarar vår fråga och om de är ändamålsenligt upplagda. Det gäller inte bara randomiserade undersökningar; vilket slags undersökningar vi skall leta efter beror på den fråga vi ställer. Vi kan ytterligare lära oss att utvärdera kvaliteten på olika slags undersökningar kritiskt och att tillämpa evidensen i vår egen omgivning (7). Då man ser på en befolkning

betyder detta att skapa riktlinjer, program, vårdkedjor, förfaringssätt.

EVIDENS I VERKSAMHET

I ett enskilt patientfall är ett beslut fortfarande ett avgörande mellan patienten och läkaren. Hur kan evidens hjälpa denna patient med de många frågorna under sjukdomens förlopp? Att berätta historien om en patient åskådliggör kanske bäst hur man kan utnyttja evidens på olika sätt.

Patienten är en 82-årig matematiklärare som pensionerades från posten som sin skolas rektor. Han bor med sin hustru i ett trivsamt förortshem, tycker om trädgårdsskötsel och att lösa korsord samt går regelbundet hos sin husläkare på kontroller för sitt blodtryck. Han använder hörapparat och har nyligen konstaterats ha glaukom som hålls under kontroll med ögondroppar. I 30 år rökte han en ask cigaretter om dagen men slutade för nästan 30 år sedan på uppmaning av sin neurolog efter ett yrselskov. Under sina yrkesverksamma år hade han tidvis duodenalsår som reagerade bra på medicinering.

För några veckor sedan sökte han för ett nytt hälsoproblem. Hans hustru hade bett honom komma till din mottagning för att han hade varit trött och haft andnöd i några veckor samt hostade om kvällarna då han gick till sängs. Du undersökte honom, konstaterade att han hade gått ner några kilo, hade ett hemoglobinvärde på 116 och en sänkningsreaktion på 32. I övrigt förekom inga fynd eller symptom, men du remitterade honom till en internist vid centralsjukhuset.

Han är nu tillbaka och berättar på sitt samlade sätt att diagnosen är lungcancer. Eftersom hans allmäntillstånd är gott planerar man att inleda behandling med cytostatika nästa vecka.

Vad kan hans husläkare göra? Vad skulle du göra i detta skede av mottagningen?

En bra, evidensbaserad husläkare vill att patienten talar ut om sin ängslan och lyssnar därför antingen uppmärksamt eller ställer en öppen fråga: "Vilka tankar väcker det hos er?" Konsten att ta emot patienter har studerats av Pendleton och medarbetare (8), till nytta för oss och patienterna. Tack vare detta arbete vet man att det är viktigt för patienten att kunna ge uttryck åt sin ängslan innan man kommer med svar.

Patienten frågar helt enkelt om överlevnaden vid lungcancer. Onkologen har gått mycket rakt på sak, och patienten citerar honom:

”Det är frågan om veckor eller månader snarare än år”. Han frågar efter din åsikt om prognosen. Tyvärr har det inte kommit några papper från sjukhuset så du vet ännu inte vilken typ av cancer det gäller och hurudan dess utbredning är.

För att hjälpa patienten slår du upp prognosen på nationella cancerregistrets webbplats. Där konstaterar du att den genomsnittliga överlevnadstiden för lungcancerpatienter är 8,2 månader. Matematikläraren är van vid siffror, och då du påminner honom om att medeltalet inte kan tillämpas på individer kommenterar han torrt att han har undervisat i sannolikhetskalkyl i åratal. Detta verkar vara det svar han var ute efter, tills vidare. Medan du förnyar hans recept frågar du hur han och hans fru har klarat av nyheten – de är strängt sysselsatta i trädgården, säger han, och de har sett över hans testamente.

EVIDENSKÄLLOR

På eftermiddagen konsulterar du onkologen. Det är småcellig lungcancer, utbredning T3N0, och patientens allmäntillstånd tillåter standardbehandling med cytostatika. Man planerar att inleda behandling med karboplatin och etoposid (PE-regim) nästa vecka. För att själv få information slår du upp grundläggande medicinska fakta om sjukdomen i de nationella riktlinjerna för lungcancer (9). Det är många år sedan du senast behandlade en patient med lungcancer, och det är inte att undra på: incidensen är bara en på 2 500 personer, och din population består mest av unga familjer.

I Finland täcker de nationella evidensbase- rade riktlinjerna nu fler än 50 ämnen (10–11). Riktlinjerna anger ytterligare att cytostatika är förstahandsbehandling vid framskriden småcellig lungcancer och att 80 procent av patienterna svarar på behandlingen. PE-regimen har färre biverkningar än andra alternativ; för mera detaljerad information om biverkningarna konsulterar du läkemedelskatalogen. Riktlinjerna hjälper dig också att erinra dig att paraneoplastiska symtom kan ge neurologiska och endokrina problem. Den detaljerade informationen är länkad till mera utförliga källor, så som systematiska översikter. Efter att ha talat med din kollega och läst in dig på sjukdomen är du färdig för ditt nästa möte med patienten.

Han kommer tre veckor efter det att den första cytostatikakuren har avslutats, och

konsulterar dig för vax i öronen och blodprov efter cytostatikabehandlingen. Medan du spolar örat frågar du hur han mår. Han säger att han har dålig aptit och är trött efter behandlingen. Hans blodceller är i skick: hemoglobin 128, leukocyter 3,3. Och sedan den svåra frågan: ”Är det någon idé med ytterligare en platinkur – är jag värd det?”

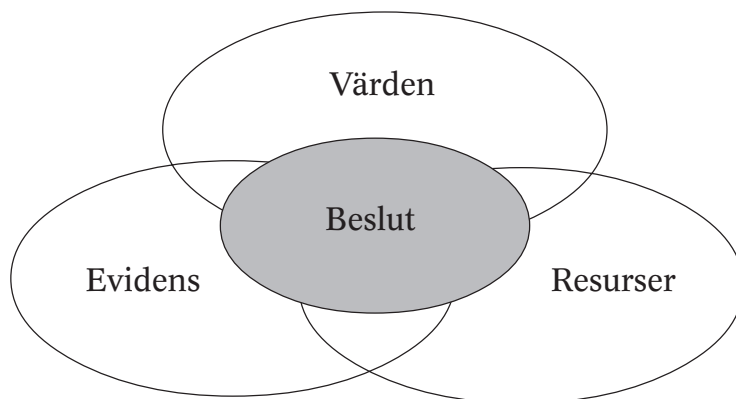
Nu vaknar naturvetenskapsmannen i dig, och du vill ha kalla fakta om hur nyttig behandlingen är. Ökar läkemedlen överlevnaden? Du gör en sökning i Cochrane-biblioteket med ”platin* and lung” och hittar en välgjord översikt (12) som redogör för verkningsgraden för cisplatin, överlevnad och biverkningar. Men är detta den evidens du verkligen behöver?

All evidens kommer inte från randomiserade undersökningar. Tidigare använde du kunskap om vårdprocessen och kliniska färdigheter, du lyssnade till patientens bekymmer och använde öppna frågor för att få fram hans egna specifika problem (8). Nästa användbara evidens kommer från Balints arbeten (13–14), som uppmuntrar dig att ge akt på dina känslor. Enligt dem återspeglar vi ofta våra patienters känslor – är detta med dig nu? Känner du dig osäker och bekymrad?

En systematisk översikt av läkar-patientförhållandet (15) har gett primärvården mycket användbar information. Med denna patient borde du komma ihåg att cancerdiagnosen sätter igång en typisk krisreaktion. Trots att patienten hör och förstår informationen kan han inte alltid ta den till sig under den första krisfasen; därför måste fakta upprepas många gånger.

Med användande av Pendletons metod bollar du först patientens fråga tillbaka till honom. Du frågar vad hans tankar om prognosen är, och vad han tror om cytostatika nu när han har gått igenom en behandling. Han ogillade illamåendet och bekymrar sig för viktnedgången, men hans största bekymmer gällde huruvida behandlingen hade någon verkan. ”Om jag bara mår förfärligt i flera dagar och det inte bromsar cancer så borde inte pengarna användas för någon som har större nytta av behandlingen?”

Du presenterar nu den systematiska översikt som du tidigare har hittat, enligt vilken cytostatika minskar tumörstorleken och förhindrar metastaser i 80 procent av fallen (12). Kontrollthoraxbilden tas nästa vecka, så du vet inte ännu vilken effekt PE-regimen har på denna patient. Du ställer sedan den vanliga husläkarfrågan: ”Vad finns det för annat



Figur 1. Evidensens roll vid beslutsfattande (från Gray JAM, 2001).

som bekymrar dig?”. Efter det är du sedan tyst i gott och väl tio sekunder. Patienten tittar upp och frågar om det är någon idé att skaffa nya glasögon – han har problem med korsorden nu, men det skulle knappast tjäna någonting till att få nya läsglasögon för några veckor. ”Och min hustru och jag skulle gärna vilja veta om jag kommer att överleva till jul”.

EVIDENS OCH MEDKÄNSLA I BALANS

Detta är essensen i vårt yrke. McWhinney (16) har uttryckt det väl: ”Allmänmedicin är på samma gång klinisk och existentiell medicin”. Vilken roll har evidensen när du svarar – och vilken roll har värderingarna och etiken? Hur mycket litar du på siffror, och hur mycket tar du ansvar för att trösta din patient, att lätta hans börda mot alla odds? Medveten om att den genomsnittliga överlevnaden vid småcellig lungcancer är åtta månader efter diagnosen, och att det nu i september redan har gått två månader, skulle jag luta åt att vara hoppfull och säga: ”Ni har en bra möjlighet att uppleva julen”.

Evidensen, som en av vårdens grundpelare, måste balanseras med en förståelse för den enskilda patienten. Nyttig evidens är relevant, färsk, tidsenlig och delas och förstås av både läkare och patient. Evidensen fattar inte beslut; den ger redskap åt dem som beslutar (17). Evidensens roll vid beslutsfattandet har beskrivits väl av Muir Gray (18) (Figur 1). Då vi känner till behandlingens inverkan och biverkningar, kan vi hjälpa patienten att välja den typ av behandling som passar hans livs-

situation, de resurser hans familj och vänner kan erbjuda samt hans värderingar.

För denna patient gav evidensen viktiga ingredienser för många andra beslut under terminalvårdsprocessen. Skulle näringstillskott vara till nytta då aptiten är dålig? Vilka biverkningar berodde på cytostatika och vad kunde man göra för att lindra dem? Kan jag dö hemma? Och vad borde vi säga till barnbarnen? Kanske det passar din roll som läkare att svara på dessa frågor, kanske inte, men du kan ta reda på evidensbaserade fakta.

Många frågor senare, kring julen, är patienten intagen för palliativ vård. Han frågar ännu en gång om sin överlevnad – denna gång från en annan synvinkel. Han har gått igenom alla praktiska och känslomässiga detaljer med sin familj och är färdig för avfärd: ”Hur många veckor ännu av detta lönlösa liv, doktorn?” Som fallet är med många gamla män (19) är det en stor och väsentlig förlust för honom att han inte längre kan vara till nytta. Han har tidigare diskuterat eutanasi, som inte är tillåten i ditt land, med dig och varit av samma åsikt att våra dagars antal inte är i våra egna händer.

Här är evidensen ännu en gång till hjälp. I BMJ-numret om en god död visade Glare et al. (20) att kliniker tenderar att överskatta överlevnaden i terminalskedet. Då du tittar på honom, medveten om att han knappt vill äta längre och är sömnig största delen av dagen eftersom han får tillräcklig smärtlindring, känns det rätt att utgå från beläggen. Nu kan du säga att hans återstående dagar knappast är så många. Han ler lite: ”Det är bra så, doktorn”.

Han dör fridfullt, stödd av sin familj, några dagar senare.

Evidensen står inte för några beslut, men den är en oundgänglig del av besluten. Att inte söka efter evidens innebär dålig läkarpraxis. Vi hittar inte alltid nyttiga belägg när vi söker dem och vetenskapen är ofta fragmentarisk och ofullständig – men lyckligtvis kan också fragmentarisk kunskap användas för sunda personliga beslut. Ibland kanske du inte i din patients intresse vill använda den evidens du hittar men om du inte *vet* vilken evidens som är tillgänglig, kan det hända att du lurar din patient på det bästa beslutet för honom.

PROF. MARJUKKA MÄKELÄ
FINOHTA (FINNISH OFFICE FOR HEALTH
TECHNOLOGY ASSESSMENT)
STAKES
PB 220
00531 HELSINGFORS
marjukka.makela@stakes.fi

* * *

Artikeln, som tidigare ingått i Scandinavian Journal of Primary Health Care (2004;22:132-5) under rubriken *Evidence-based medicine in general practice: Helping the whole patient*, publiceras med tillstånd av Taylor & Francis.

REFERENSER

1. McWhinney IR. Why we need a new clinical method. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:3-7.
2. Rakel RE. *Textbook of Family Practice*. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
3. Finlay A, McAlister FA, Straus SE, Guyatt GH, Haynes RB for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature XX. Integrating research evidence with the care of the individual patient. *JAMA* 2000;283:2829-36.
4. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004;291:2359-66.
5. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. The Nuffield Trust 1972. Omtryckt av the Royal Society on Medicine Press Limited, University Press, Cambridge, 1999.
6. Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Makela M, Zaat J. AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Hlth Care* 2003;15:31-45.
7. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone, 1997.
8. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
9. Finska lungmedicinska föreningen och Finska onkologiska föreningen: Lungcancer. Gångse behandlingsriktlinje. (På finska) www.kaypahoito.fi, läst 8.5.2004.
10. Kaila M. Käypä hoito kymmenen vuotta. (God medicinsk praxis tio år. På finska) *Duodecim* 2004;120:13-4.
11. Mäkelä M, Kunnamo I. Implementing evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in daily practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:214-7.
12. Pujol J, Caresia L, Daures J. Is there a case for cisplatin in the treatment of small-cell lung cancer: A meta-analysis of randomised trials of a cisplatin-containing regimen versus a regimen without this alkylating agent. *British J Cancer* 2000;83:8-15.
13. Balint E, Norell J. *Six minutes for the patient. Interactions in general practice consultation*. Bristol: Tavistock Publications, 1986.
14. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Churchill Livingstone, 2000.
15. Ottosson et al. *Patient-läkarrelationen*. Stockholm: SBU publikationsserie 144. Natur och Kultur, 1999.
16. McWhinney I. Foreword. In Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass DA, Baker R, Grol R, Mant D, Silagy C (eds): *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. London, 2004:XXII.
17. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002;324:1350.
18. Gray JAM. *Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions*. 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 2001.
19. Molander G. *Askel lyhenee, maa kutsuu*. (Döden i det gångna livets belysning – en narrativ studie om över 80 år gamla personer. På finska.) Finska sällskapet för mental hälsa, Helsingfors 1999.
20. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simer J, Christakis N. A systematic review of physicians, survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195-8.