

---

# Evidensbaserad medicin i allmänpraktik – ett hinder för optimal läkarvård?

IRENE HETLEVIK

---

*Evidensbaserad medicin (EBM) har blivit den teoretiska bas som allmänläkare antas rätta sig efter om de vill anses som bra läkare. Det är dock möjligt att EBM överskattas och att dess nuvarande ställning kan utgöra ett hinder för optimal läkarvård.*

För att understryka de centrala argumenten i mina kritiska tankar om EBM i primärvården har jag valt tre av "Sju teser för allmänpraktik" som Norska allmänläkarförbundet har uppställt (1): Enligt dem bör allmänläkare:

- Göra det som är viktigast för deras patienter
- Ge mest uppmärksamhet åt de personer som har de största behoven
- Använda ett hälsofrämjande språk

För att kunna följa dessa teser bör allmänläkare ha kunskaper som baserar sig på en bred vetenskaplig bas där EBM utgör bara ett element. Det elementet verkar vara överskattat när man granskar det närmare (2) (Tabell I).

## ALLMÄNMEDICIN

Allmänläkare möter hela befolkningen. För att i helt grova drag karaktärisera denna all-

männa befolkning har man tagit i bruk en modell med fyra kategorier (3) (Figur 1).

*Kategori 1 består av personer som både känner sig friska och konstateras vara friska enligt biomedicinska standarder.* Inom dagens medicin kanaliseras en stor del av befolkningen av olika orsaker till allmänläkarmottagningen för att få intyg över sin hälsa (4).

Kategori 1 minskar stadigt. Biomedicinska normer och gällande definitioner tenderar att "flytta" personer från kategori 1 till kategori 4. Man kan identifiera två orsaker till detta. För det första kan medicinska tester identifiera riskmarkörer för framtida sjukdomar också om personerna känner sig friska. Dessutom ökar det antal "icke-sjukdomar" som det kan bli tal om på allmänläkarmottagningen (5).

*Kategori 2 består av människor som söker hjälp för att de upplever lidande.* Allmänläkaren kan dock inte hitta några objektiva tecken på sjukdom. Följaktligen misslyckas hon oftast med att hjälpa dessa människor, eftersom deras upplevelser och symtom inte enligt biomedicinsk kunskap passar in på accepterade sjukdomskriterier (6). Den typiska patienten i denna kategori är en kvinna med kronisk smärta eller en ungdom som är drogberoende. Man har visat att en femtedel av alla patienter som konsulterar sina allmänläkare hör till denna kategori (6). Dessa patienter upplever ofta att deras hälsoproblem ig-

## FÖRFATTAREN

*Irene Hetlevik är biträdande professor vid Institutet för samfunnsmedicin i Trondheim*

Tabell I. EBM är ett hinder för optimal läkarvård inom allmänmedicinen.

- Genom att betona och övervärdera information från randomiserade kontrollerade undersökningar, metaanalyser och systematiska översikter, och samtidigt ringakta och undervärdera annan forskning utan att explicit ta ställning till vilket slags kunskap som behövs för vilket ändamål.
- Genom att bidra till att värdeladda fakta
- Genom att dölja behovet av värderande beslut inom medicinen

noreras och de känner att de inte tas på allvar som människor (7). Bara en liten del av dem anger att de har fått meningsfulla förklaringar som hjälper dem att förstå sina problem och att klara av problemen på egen hand på ett konstruktivt sätt (7).

*Kategori 3 omfattar personer med organsjukdomar, d.v.s. patienten känner sig sjuk och allmänläkaren kan konstatera objektiva sjukdomstecken.* Ett typiskt exempel är en person med bröstsmärta och kliniska tecken på hjärtinfarkt. Patienter i denna kategori utsätts för en ökande mängd teknik. Ny teknik tas hela tiden i bruk utöver den redan existerande för att göra den diagnostiska och terapeutiska precisionen ännu bättre för dessa patienter. Till exempel kan en patient med hjärtsvikt definieras som underbehandlad om han inte får fyra eller fem läkemedel bara för sin hjärtsjukdom, oberoende av vilka andra sjukdomar han kan ha. Och eftersom effekten av varje läkemedel har studerats separat i kliniska undersökningar, oftast med komorbiditet som exklusionskriterium, är de enskilda läkemedlens effekt oförutsägbar i allmänläkarpraxis.

Personer i kategori 3 ges prioritet på sjukhusen och inom den specialiserade vården. Patienternas kontakt med specialister och sjukhus är dock kortvarig. Följaktligen är allmänläkare tvungna att fortsätta behandlingar som dessa specialister påbörjat och att göra sådant som kan verka meningsfullt på sjukhuset. Dessa åtgärder är inte nödvändigtvis lika meningsfulla inom allmänpraktiken.

*Kategori 4 består av personer som har riskfaktorer för framtida sjukdomar.* De är oftast inte medvetna om sina potentiella hälsopro-

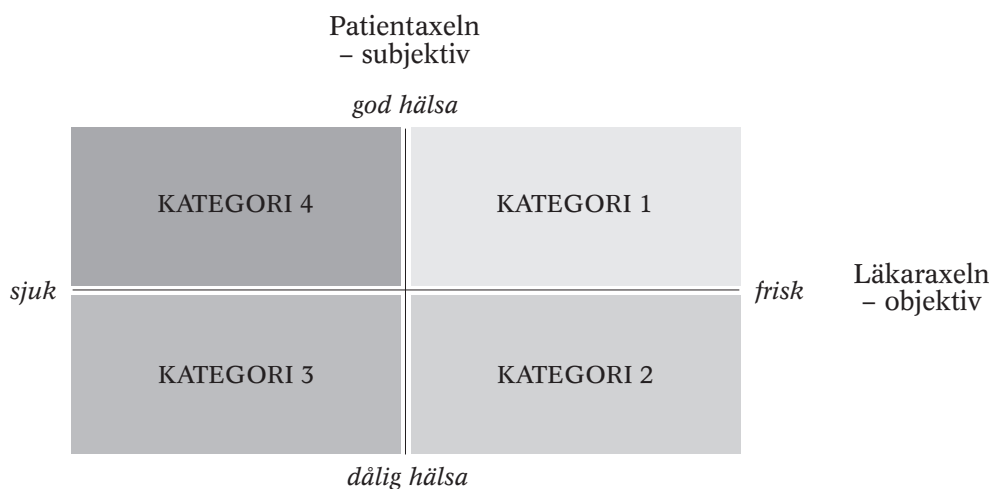
blem förrän de informeras om dem av sin läkare. Att upptäcka riskfaktorer kan i själva verket förvandla alla till patienter. Riskbedömningen kan börja vid befruktningen (8, 9) och fortsätta till döden.

Det kan hända att personer konsulterar allmänläkare för att få bekräftat att de är vid god hälsa och i stället hamnar i en "riskgrupp" – detta gäller speciellt äldre (Figur 2). Följaktligen är allmänläkaren skyldig att hjälpa dem "upp igen" genom att säga att det "inte är så farligt" (Figur 2). Ett riskbudskap är dock irreversibelt (8, 9). Det påminner om en droppe bläck i klart vatten som gör vattnet bestående grumligt (9).

Vetenskapsmännen definierar hela tiden nya riskfaktorer i en aldrig sinande ström (10). Biomedicinsk forskning verkar ha skiftat fokus från att undersöka sjuka människor till att bedöma riskfaktorer för framtida sjukdomar hos den friska befolkningen (10). Denna fokusförskjutning öppnar en gränslös potential för att göra nya undersökningar. Det finns redan många "risktillstånd" som måste beaktas inom allmänmedicinen, så som hypertoni, typ 2 diabetes, osteoporos och onormala cellprov från livmodermunnen. För största delen av dem finns det evidensbaserade biomedicinska behandlingar att tillgå.

#### EBM SOM HINDER FÖR OPTIMAL LÄKARVÅRD INOM ALLMÄN MEDICIN

*Kategori 1 består av de "sant friska", d.v.s. personer hos vilka man ännu inte upptäckt sjukdomar, tidiga organskador, riskfaktorer eller ofördelaktiga gener (Figur 3).* Eftersom god hälsa inte är samma sak som frånvaro av



*Figur 1.* Allmänläkare möter hela befolkningen. En person kan uppleva god hälsa eller någon grad av dålig hälsa. Läkaren väntas vara objektiv då han/hon särskiljer personer med sjukdom, d.v.s. de som fyller dagens medicinska diagnostiska kriterier, och personer utan sjukdom.

dessa faktorer (11), måste allmänläkare känna till kvalitetshöjande faktorer i folks liv så att de inte ingriper av misstag (12). Dessutom måste allmänläkaren känna till de strategier som människor använder för att klara sig i sitt dagliga liv, för att kunna stödja dem (13). Men det bästa vi kan hoppas på trots alla hälso- och sjukvårdssystemets bemödanden är att uppskjuta lidande, sjukdom och död. Följaktligen spelar allmänläkaren vid behov en viktig roll som professionell kompanjon till patienten (1).

Epidemiologisk forskning beskriver faktorer som är associerade med sjukdomar på gruppnivå, medan kvalitativ forskning försöker utreda dessa faktorerers betydelse för individen.

EBM bidrar inte i väsentlig grad till förståelsen av de element som hälsan är uppbyggd av.

Tvärtom kan en rigorös tillämpning av den evidensbaserade medicinens resultat t.o.m. hota hälsan genom detta synsätts inneboende tendens till medikalisering (14). Sålunda kan hälso- och sjukvårdens egna definitioner i bästa välmening flytta människor från kategori 1 till kategori 4, där de sedan utsätts för biomedicinska, evidensbaserade lösningar (14).

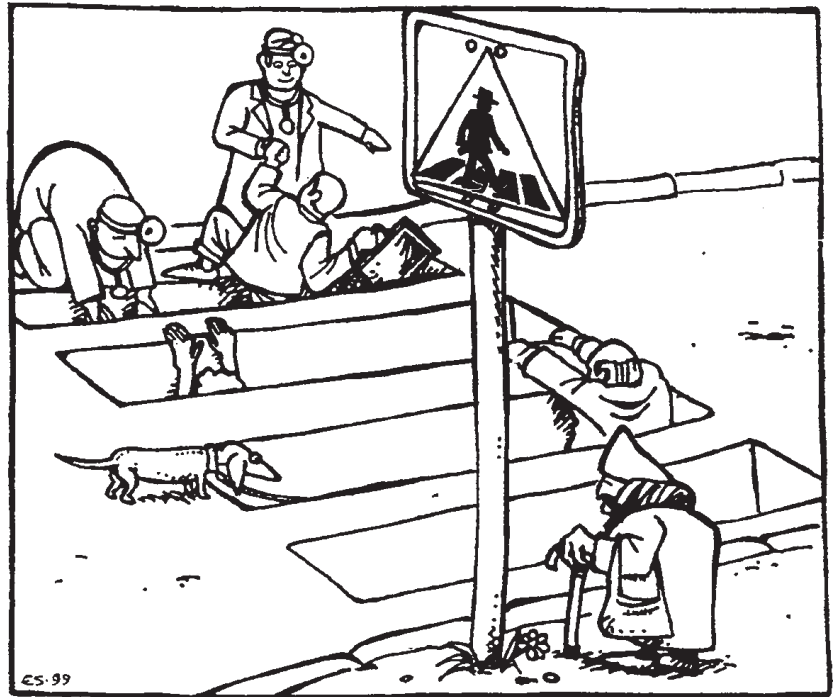
*Kategori 2 består av människor som har avskrivits av den medicinska vetenskapen som "inbillade sjuka" (Figur 3). De stämplas ofta som lidande av funktionella störningar eller somatiseringsyndrom (6). Biomedicinsk kunskap är otillräcklig för att förstå och hjälpa dessa patienter (6). Man måste bygga upp*

en mångsidigare teori som innefattar hur människor gestaltar sina liv för att man skall kunna förbättra kunskapen om sjukdomar och lidande (15). Om vi vilseleds att tro att detta slags kunskap innefattas i EBM-konceptet som det fungerar i dag, kommer EBM att utgöra ett hinder för att bättre förstå dessa biomedicinskt "oförklarliga" tillstånd hos personer som känner sig sjuka.

*Kategori 3, de "sant sjuka" (Figur 3), behöver evidensbaserad behandling. Eftersom livet dock är hundra procent dödligt, trots den biomedicinska repertoaren, behöver dessa patienter också förr eller senare professionellt kompanjonskap (1). Innebörden av ett sådant kompanjonskap verkar inte vara något som EMB forskar i, trots att det när allt kommer omkring kan vara det allra viktigaste.*

Eftersom varje ny terapi oftast läggs till de redan existerande terapierna, ökar komplexiteten, som vid läkemedelsbehandlingen av patienter med hjärtsvikt. Allmänläkare måste handskas med många av dessa invecklade terapier samtidigt hos samma patient, medan en specialist mer eller mindre kan koncentrera sig på en sjukdom. Följaktligen är det svårt att följa alla rekommendationerna, vilket för med sig minskad effektivitet och t.o.m. fara för patienten (16). Den ökade komplexiteten kunde göra det legitimt att fråga: Hur enkel kan den biomedicinska behandlingen av den "sant sjuka" patienten vara för att ännu vara acceptabel för både patienten och samhället? EBM har inte visat något stort intresse för att ta sig an detta invecklade område.

Figur 2. När folk konsulterar sin husläkare för att försäkra sig om att de är friska, hamnar de ofta i en riskgrupp, speciellt om de är äldre.



*Kategori 4 – "inbillade friska" – är av olika orsaker förenad med många utmaningar och problem för allmänläkare. För det första har allmänläkare i flera årtionden utsatts för en överväldigande informationsmängd om behandlingen av ett ökande antal "surrogatmått" – så som blodtryck, blodglukos, blodlipider och bentäthet – som alla är evidensbaserade i ofta metodologiskt utmärkta, randomiserade och kontrollerade undersökningar. Sedan rekommenderar EBM-synsättet att man skall behandla varje riskfaktor för sig enligt de senaste rönen, också när man känner till effekten på "hårda", alltså sjukdomar och död (17, 18). Som en följd av denna uppspjälkning kan allmänläkare förledas att tro att det viktigaste är att ta hand om alla fragment av en frisk människa, och inte om den människa som delarna utgör. EBM bidrar på detta sätt till den ökande komplexiteten, vilket också minskar möjligheten att omvandla effekt till effektivitet (19, 20). Slutligen borde man antagligen inte genomföra evidensbaserad behandling vid små risker även om sådan behandling finns. Orsaken är att kliniska undersökningar med godtyckligt valda tröskelvärden för intervention utgör en olämplig vetenskaplig bas för bedömning av den risknivå som kräver individuell intervention i allmänpraktik (19). Att definiera risk är i grund och botten ett moraliskt val som innefattar grundlägg-*

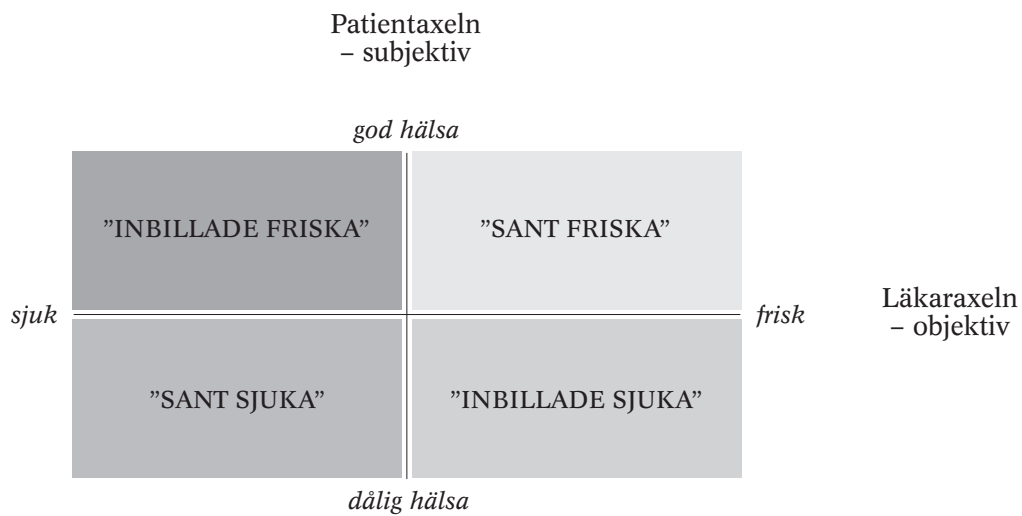
gande värdefrågor för individen (21). Dessutom måste samhället definiera den nivå av hälsorisk man kan vänta sig att ett balanserat hälso- och sjukvårdssystem skall hantera (1, 19), eftersom systemet i första hand måste ta hand om dem som upplever sjukdom och lidande.

Det gäller dessutom att inte glömma att det, när det behövs stora randomiserade kontrollerade undersökningar och metaanalyser för att påvisa effekten av en behandling, är ett tecken på att den potentiella fördelen för individen är ringa. Det är därför tankeväckande att information från just denna typ av undersökningar ges en så oproportionerligt stor uppmärksamhet inom medicinen (Tabell I).

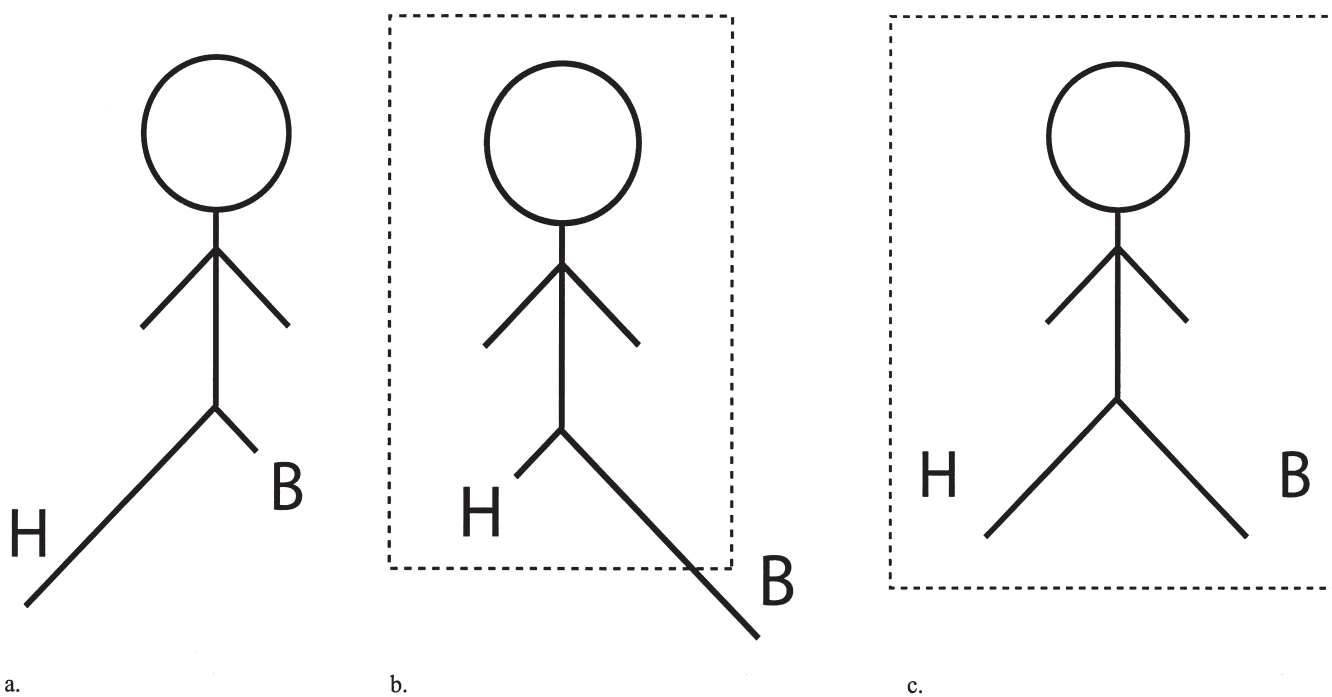
Denna uppmärksamhet bidrar till att förstärka den alltid närvarande men dolda värdeladdningen som finns i fakta, och den kan förvandla allmänläkaren till en biomedicinsk tekniker. Trots att varje fragment kan ha sitt eget odiskutabla värde, baserat på epidemiologiska och evidensbaserade kliniska undersökningar, kan det ha en mycket begränsad relevans för den enskilda patienten (19).

#### MEDICINEN AV I DAG

Medicinens ursprung var i grunden teoretiskt och filosofiskt; den baserade sig alltså på humanistiska vetenskaper (H) (Figur 4a) (22). I



Figur 3. En del verkar vara sant, medan annat verkar tas för att vara inbillat.



Figur 4. Medicinen brukade basera sig på humanistiska (H) vetenskaper (a). Inom dagens medicin verkar det biomedicinska innehållet (B) vara större än de praktiska möjligheterna (b). En bättre balans mellan H och B behövs (c).

dag verkar det biomedicinska benet (B) vara för långt, trots alla tillgängliga resurser (Figur 4b) (19-20). Det verkar finnas en tendens till alltför mycket medicin i de västerländska samhällena (20, 23). Dessutom är den fragmentarisk (24) och imperativ (22), och som sådan ett hinder för optimal, holistisk läkarvård (20).

Jag skulle föredra en bättre jämvikt mellan det biomedicinska, tekniska benet och det humanistiska, icke-tekniska benet inom medicinen, och också en grundlig utvärdering av frågan "Hur mycket medicin kan hälso- och sjukvårdssystemet klara av att integrera?" (Figur 4c) (19, 23). Vi behöver en kritisk granskning av hur man definierar medicinsk risk och sjukdomar samt av vad som anses vara god behandling. Detta innebär i själva verket en kritisk granskning av samtida medicinsk forskning, inklusive begreppet EBM.

DR. MED. IRENE HETLEVIK  
INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN  
NORGES TEKNISK-NATURVITENSKAPLIGE  
UNIVERSITET (NTNU)  
MTFS  
N-7489 TRONDHEIM  
NORGE

Författaren tackar Anne Luise Kirkengen, Linn Getz och Niels Bentzen för värdefulla kommentarer till manuskriptet, och Rosendalseminarierna för att de är ett forum där dessa tankar kan utvecklas. Finansiellt stöd från Fondet til fremme av allmenmedisinen i Midt-Norge och [www.bioethics.ntnu.no](http://www.bioethics.ntnu.no) har bidragit till att jag har fått tid att skriva.

\* \* \*

Artikeln, som tidigare ingått i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (2004;22:136-140) under rubriken *Evidence-based medicine in general practice: A hindrance to optimal medical care*, publiceras med tillstånd av Taylor & Francis.

## REFERENSER

1. Norsk selskap for allmenmedisin. Sju teser for allmenmedisin. En oppsummering av NSAM's tenkedugnad 2000-2001. [www.uib.no/isf/nsam](http://www.uib.no/isf/nsam).
2. William DDR, Garner J. The case against "the evidence": a different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry* 2002;180: 8-12.
3. En komite oppnevnt av Alment praktiserende lægers forening, Norsk selskap for allmenmedisin, Offentlige legers landsforening, Norsk bedriftslegeforening. Primærlegen mot år 2000. Oslo, 1991.
4. Thoresen SØ, Skare GB, Sandvin O. Masseundersøkelser for livmorhalskreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:2613-5.
5. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ* 2002;324:883-5.
6. Møller Nielsen J, Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach ME, Olesen F. Sygdomsopfattelser i almen praksis - i relation til patienter med somatiserende lidelse. *Ugeskr Læger* 2002; 164:5372-6.
7. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-6.
8. Reventlow S, Hvas AC, Tulinus C. "In really great danger..." The concept of risk in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:71-5.
9. Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: Advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Sos Sci Med* 2003;56:2045-57.
10. Skolbekken JA. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med* 1995;40:291-305.
11. Marok E. Om hensens skjulte natur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1610-2.
12. Getz L, Nilsson PM, Hetlevik I. A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:3-9.
13. Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000;3:257-64.
14. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:889-91.
15. Kirkengen AL. Inscribed bodies. Health impact of childhood sexual abuse. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
16. Buajordet I, Ebbesen J, Erikssen J, Brørs O, Hilberg T. Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. *J Intern Med* 2001;250:327-41.
17. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L, et al. Hvilke blodtrykkssenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:2283-6.
18. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L, et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002;122:2287-8.
19. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice (dissertation). Trondheim: Department of community medicine and general practice, NTNU, Bjaerum 1999.
20. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.
21. Nessa J. Si scientia, unde malum? Eit essay om risiko. In: Swensen E (editor). *Diagnose: Risiko*. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
22. Lie AK. Mellom preken og Stand Up. Om noen problemer med å bringe samfunnet til sykesengen. In: Bjørndal A, Ny-lenna M (editors). *Med makten i sitt ord*. Oslo: Unipub forlag, 2003.
23. Moynihan R, Smith R (editorial). Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 2002;324:859-60.
24. Getz L. Fragmentenes forvaltere Managers of fragments. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1562.