

forskning pågår...

Tro, vetande och vetenskap! Varför behövs evidens?

KARIN HARMS-RINGDAHL

Sammanfattning

I dag ser vi ett ökat intresse för att det ska finnas evidens och beprövad erfarenhet för de åtgärder vi vidtar. I den här diskussionsartikeln presenteras motiveringar för att vi måste ta fram evidens för våra behandlingsåtgärder. Men hur ska vi förstå begreppet evidens? Vilka utmaningar möter forskaren som arbetar med att ta fram evidens? Vilka dilemman möter klinikern som ska förhålla sig till evidens, riktlinjer och vårdprogram i relation till olika kvalitetsåtgärder? Det är frågor som diskuteras här. Några web-länkar och litteraturreferenser avslutar artikeln.

Karin Harms-Ringdahl,
doktor i medicinsk vetenskap, leg sjukgymnast,
professor vid Institutionen Neurotec, sektionen för sjukgymnastik, Karolinska Institutet
vid Sjukgymnastkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge.

SJUKGYMNASTER ARBETAR såväl med rehabiliterande/habiliterande som förebyggande åtgärder för att främja kroppens fysiska och psykiska hälsa genom rörelser och fysisk aktivitet. Grunden inom sjukgymnastik är rörelsevetenskap i vid bemärkelse.

Rörelsevetenskap profilerar sig som skärningspunkten mellan fysiologiska, emotionella processer och beteenden i syfte att påverka människors hälsa och livskvalitet (1). "En behandling kan betraktas som framgångsrik om resultatet är uppenbart, dramatiskt eller omedelbart och inte kan förklaras av andra faktorer." (2). Men de behandlingsresultat vi ser i kliniken är ju sällan så entydiga – och därför tvingas vi söka mer mödosamt och systematiskt efter evidens för hur effektiva våra behandlingsåtgärder är.

Inom hälso- och sjukvården är personalen enligt lag skyldig att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det här är inget nytt – ändå ser vi idag ett ökat intresse för att det ska skall finnas evidens och beprövad erfarenhet för de åtgärder vi vidtar. Det här ökade intresset, som vi sjukgymnaster delar med andra professioner, kan troligtvis förklaras av samhällsutvecklingen.

Det finns nu i allt högre grad lättillgänglig information att få på nätet. Våra patienter är ofta väl inlästa på sin egen åkomma och kän-

ner till de behandlingsmöjligheter som erbjuds för deras funktions- och aktivitetsrelaterade problem.

Men paradoxalt nog så ser vi samtidigt ett ökat intresse för olika alternativa och komplementära behandlingsmetoder i en sektor som inte är skattefinansierad. Just själva sjukgymnastlegitimationen skall garantera att de åtgärder vi erbjuder patienterna vilar på evidens och beprövad erfarenhet. Det kan synas orättvist att vi som sjukgymnaster är begränsade till att enbart erbjuda evidensbaserade och beprövade åtgärder, men våra åtgärdsförslag finansieras via skatterna och vi finns inom sjukvårdssystemet – vilket skall garantera kvalitet och bästa möjliga effekt för pengarna.

Det är intressant att man pratar om 'evidens och beprövad erfarenhet' som ett begrepp. Skall man vara strikt med orden så betyder det lilla ordet och just både och och inte antingen eller. För vore det antingen eller måste man fråga sig vems beprövade erfarenhet och beprövad hur?

Våra föreställningar om sjukdom och hälsa och dess uppkomstmekanismer och därmed behandling har varierat stort genom tiderna. "Så har vi alltid gjort – och det brukar gå bra" har varit ett argument för att konservera behandling som bygger på muntlig tradition. "Så har vi aldrig gjort" är ett annat argument som också verkar konserverande på åtgärdsarsenalen. Det intressanta är att vi verkar vara mer skeptiska till nya idéer och behandlingsmetoder om de står i konflikt till våra tidigare erfarenheter, men vi verkar ha lätt att bli övertygade om de nya förslagen fyller en lucka och passar in i vår tidigare arsenal.

Att ändra fokus, pröva nytt och utvärdera resultatet för de egna patienterna tar tid och kraft men är nödvändigt om vår profession ska utvecklas.

Hur skall vi förstå begreppet evidens?

Evidens kanske skulle kunna översättas med bevis, men det är inte riktigt bra. Det är sällan som man verkligen kan bevisa i en strikt mening, att något är mer (eller mindre) verksamt än något annat, åtminstone inte oavsett tidsperspektiv och för alla patienter.

Att vi har evidens för att en viss behandling har effekt skall alltså inte tolkas som att detta är bevisat en gång för alla och för alla patienter.

ter. Nej – man måste tolka begreppet evidens mycket försiktigare. Man kan istället se det som en indikation för att en viss behandling är verkningsfull för en avgränsad patientgrupp, i ett specificerat sammanhang och om man mäter med vissa utfallsmått.

Evidensgraden brukar specificeras och kan beskrivas som stark, måttlig, begränsad eller motsägelsefull, samt saknas. Här får man tänka efter hur språket används.

Att det finns evidens för något kan betyda både att det finns indikationer på att något är verksamt men det kan också betyda att något inte är verksamt.

För akuta ryggbesvär finns det till exempel stark evidens för att inte ge patienten råd att vila (2, 4). Att det saknas evidens - eller som man säger "det finns ingen evidens för..." - betyder just att det inte finns några studier av god kvalitet som belyser metodens eller åtgärdens effektivitet.

Själva basen för evidensen är att två metoder jämförs med varandra, och man letar efter den mest effektiva. Det innebär att det är svårt att hitta evidens för en ny metod om den redan har varit effektiv. När man utvärderar en ny sjukgymnastisk metod är det inte ovanligt att man benämner den nya metoden med dess rätta namn medan den som man jämför med (kontrollbehandlingen) ofta benämns som "sedvanlig sjukgymnastik" eller "behandling som vanligt".

Eftersom det är svårare att få artiklar publicerade som visar att något inte har effekt jämfört med om en behandling har effekt, blir slutsatsen ofta att den specificerade behandlingen sägs vara effektiv jämfört med sjukgymnastisk behandling. Det här uppfattar politiker och lekmän ofta som att sjukgymnastik inte är effektivt, till exempel vid ryggbesvär (se Sjukgymnasten i augusti 2005). Men – sjukgymnastik är inte en behandling – det är ett akademiskt ämne, och vad sedvanlig sjukgymnastik innebär i USA, Tyskland, Sverige, etc. skiljer sig säkert en hel del. Att säga med svepande termer "att sjukgymnastik inte har effekt" är därför inte relevant - vi måste specificera vilka metoder vi syftar på.

Men man måste också tänka på att studier alltid utförs med ett visst patienturval och resultaten värderas efter utvalda mått. Därför gäller evidensen just den studerade patient-

»Att vi har evidens för att en viss behandling har effekt ska alltså inte tolkas som att detta är bevisat en gång för alla och för alla patienter.«

» Ofta när man hör olika förespråkare vara oense om en viss behandlingseffekt handlar det om att man avser olika patientgrupper, olika utfallsmått och i olika tidsperspektiv.«

gruppen och det är därför ofta oklart hur generaliserbara resultaten är. Tyvärr inkluderas ofta patienter med ett stort åldersspann, och man redovisar inte utfallet separat för olika åldersgrupper, för män och kvinnor, eller för andra undergrupper. Slutsatsen är att när man talar om evidens för en viss behandling måste man beskriva åtgärderna både i interventionsgruppen och i kontrollgruppen lika noga.

Vad menas med evidensbaserade sjukgymnastiska åtgärder?

Man skulle kunna säga att det är handlingar baserade på evidens som pekar i samma riktning utifrån resultatet av systematiska undersökningar av studier med hög vetenskaplig kvalitet. Om man som kliniker håller sig ajour med aktuella kunskapssammanställningar och väljer bland de behandlingsalternativ som visat sig ha god effekt för den aktuella patientgruppen – då har man ett evidensbaserat arbetssätt.

Exempel på själva metodiken som forskaren använder för att sammanställa kunskapsläget inom ett område och beskriva evidensgraden för olika åtgärdsförslag finns beskrivet i de vita rapporterna nr 101 och 102 från SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (3, 4). Man behöver först göra en rad överväganden, därefter följer en litteratursökning, en granskning av artiklar, analys och sammanställning av resultaten och till sist en konklusion som mynnar ut i att man uttalar sig om grad av evidens för olika åtgärder som kan vara aktuella.

Forskarens överväganden

För forskaren innebär evidens ett systematiskt sätt att söka kunskap där man ställer en åtgärd mot en annan och studerar effekterna. Så långt låter det enkelt.

I praktiken finns många överväganden som behöver göras. Det första och avgörande är vilken patientgrupp och vilka åtgärder som man avser att studera. Här är det nödvändigt att klargöra vad som avses, och hur begrepp skall operationaliseras.

När det till exempel gäller personer med 'ont i ryggen', omfattar det även nackbesvär? Omfattar det andra än enbart personer i arbetsför ålder? Är patienterna som inkluderas sjukskrivna för sina besvär och i så fall, hur länge skall de ha varit sjukskrivna? Är de sjukskriv-

na på grund av ett olyckstillbud på arbetsplatsen eller i en bilolycka, eller är de i arbete trots ryggbesvär? Det finns anledning att tro att det rör sig om olika patientgrupper, vars konsekvenser av besvären är ganska olikartade trots samma symtomdiagnos "Ont i ryggen".

Låter sig åtgärderna beskrivas och grupperas? I många studier underskattar man den inverkan själva bemötandet har och möjligheten för patienten att få olika saker klarlagda i relation till besvären. Frågan är om råd och regim som sker i dialog vid mötet mellan patient och terapeut kan kallas placebobehandling i någon strikt mening.

En annan svårighet som man måste hantera är hur man har haft kontroll över andra behandlingar som patienten trots allt tar del av under studieperioden. Man behöver också besluta om vad man gör med patienter som blir bra och därför inte fullföljer behandlingen och inte heller bidrar med uppföljningsdata?

Vilka utfallsmått är viktigast? Det är ju inte säkert att behandlingen har effekt på samtliga utfallsmått som ingår i studien. Medan patienten kanske kan uppleva att det största problemet är smärta ganska ospecificerat, väljer kanske vårdhavare att beskriva utfallet på förändringar på kroppsstrukturs- och kroppsfunktionsnivå medan samhällsföreträdare ser till produktionsförmåga, sjukskrivning och vårdkonsumtion. Utfallet kan då bli att en behandling har positiv effekt på smärta (och antalet sit-ups) genast efter den har avslutats men att patienten ändå inte återgår i arbete, för besvären är fortfarande alldeles för påtagliga för den arbetssituation som patienten befinner sig i. Frågan är då om behandlingen är effektiv eller inte.

Vidare behöver man bestämma sig för hur lång tid en eventuell effekt skall kvarstå för att man skall anse att det finns god evidens för en behandling. Behandlingars effektivitet behöver studeras såväl ur ett korttids- som ett långtidsperspektiv. Ofta när man hör olika förespråkare vara oense om en viss behandlingseffekt handlar det om att man avser olika patientgrupper, olika utfallsmått och i olika tidsperspektiv.

Litteratursökningen

En annan viktig fråga är hur man skall välja ut

artiklarna. Även här behövs inklusionskriterier och exklusionskriterier.

Ofta väljs artiklar ut som baseras på studier som är randomiserade och kontrollerade, så kallade "Randomized Controlled Trials". Det är möjligt att begränsa sin litteratursökning med dessa bokstäver och därför få med enbart dessa artiklar. Då blir antalet artiklar som man skall analysera mer hanterligt.

Vid en sökning i början på december 2005 via PubMed på begreppen Physiotherapy OR Physical Therapy fick man träff på 112 745 artiklar. När sökningen begränsades till att enbart omfatta Randomized Controlled Trials (RCT) för samma sökbegrepp kom bara 52 228 titlar upp. Det här exemplet visar på nödvändigheten av att göra avgränsningar av sin sökning. Om man istället för RCT enbart tog med Guidelines inom området kom 131 titlar upp.

Urval, kvalitetsvärdering och analys

Nästa steg är att två till tre personer arbetar med granskning i olika steg, oberoende av varandra för att säkra kvaliteten.

Utifrån titlar på artiklar tar man fram Abstracts på de som förefaller adekvata. Abstracten granskas och de som visar sig inte hålla måttet sorteras bort och återstående artiklar beställs. Även då kan det visa sig att vissa artiklar faller för något exklusionskriterium.

Eftersom forskare inom området, vars artiklar av olika skäl inte inkluderas, brukar bli upprörda, är det viktigt att från början ha bestämt inklusions- och exklusionskriterier mycket tydligt och att urvalet görs av oberoende granskare.

Själva granskningen görs sedan utefter en mall med olika kriterier som poängsätts i syfte att kvalitetsbedöma artikeln, vilket är viktigt för resultatets trovärdighet (till exempel 5).

Dessa kriterier handlar om undersökningsgrupp, behandling, utvärdering, datapresentation och analys. Resultatet beskrivs i en sammanställning som positivt, negativt eller indiffernt.

Slutsatsen blir själva utlåtandet om grad av evidens baserat på antal studier och dess kvalitet, det vill säga att det finns (starka, måttliga eller begränsade/motsägelsefulla) evidens för att en viss åtgärd kan sägas vara mer effektiv alternativt vara mindre effektiv eller lika effektiv som en annan, eller att det helt enkelt

saknas studier av god kvalitet som gör att man inte kan dra några slutsatser alls.

Hur gör man då i den kliniska vardagen?

Kunskap är en färskvara. Den förståelse vi har av en problematik kommer att färga de slutsatser vi drar när vi tolkar resultaten från en studie. Vid ett senare tillfälle, med annan kunskap, kanske vi förstår resultaten på ett nytt sätt. Nya forskningsresultat tillkommer också ständigt.

Att upprätthålla ett evidensbaserat kunskapsläge kräver således ett kontinuerligt arbete. Sjukgymnasten nr 10 från 2005 visar intressanta exempel på hur det går att genomföra i praktiken.

Klinikern måste anpassa forskningsresultat till en komplicerad verklighet

Klinikern som anammar ett evidensbaserat arbetssätt har flera dilemman att hantera. Ett fundamentalt problem är att den praxis som sjukgymnasterna arbetar i är en processtyrd verksamhet.

Behandlingen sker inte efter "recept" som det ju faktiskt innebär, när man jämför två olika behandlingsupplägg och skall hålla sig till ett protokoll. Patientens problematik är dessutom ofta mångfacetterad och utlösande faktorer måste spåras, arbetsplatser kanske modifieras och nya rörelsevanor etableras.

Många kliniskt verksamma personer känner därför inte igen sina patienter i studierna. En annan aspekt är att man i sin kliniska verksamhet riktar och individualiserar behandlingen på ett målrelaterat sätt (6). För det första kanske man inte börjar med en viss intervention förrän efter en tid. Framför allt kan det vara vanligt att man testat om behandlingen verkar ha någon effekt och om inte så byter man strategi.

Men i kliniken anpassar man också behandling efter patientens behov och förmågor – patienterna lottas inte till olika behandlingsalternativ.

Här finns ett problem för klinikern som ska dra nytta av forskningsresultat – men också en utmaning för oss forskare. Forskning kring behandlingseffekter måste i högre grad än idag studera behandlingsnyttan för olika undergrupper av patienter. På det sättet kan vi lära

»Forskning kring behandlingseffekter måste i högre grad än idag studera behandlingsnyttan för olika undergrupper av patienter.«

»Ett sätt att börja kan vara att bygga upp en egen patientdatabas.«

oss att rikta behandlingsinsatser på ett mer specifikt sätt.

Hur kan man då trots allt gå tillväga?

Man kan betrakta evidensen som en arsenal av åtgärder som kan tillämpas för typfall, det vill säga när patienterna som ingått i studierna har en motsvarande problematik som den egna patienten. Det kan ju också ge idéer med input från lika områden.

Några åtgärder föreslås effektiva för patienter av en viss åldersgrupp, några andra kanske för patienter med en viss typ av arbetsplats. För den enskilda patienten får man då kanske en rad rekommenderade åtgärder som passar in bland de målrelaterade åtgärder som är aktuella.

Om du inte känner till några systematiska kunskapsöversikter som passar för just din patient då kan du söka i någon av nedanstående länkar eller gör en egen sökning på PubMed.

Det är även viktigt att börja diskutera olika befintliga riktlinjer (Guidelines) som kan vara aktuella för vissa patientkategorier på kliniken och fundera över hur dessa skall tillämpas på ett kvalitetssäkrat sätt genom införande av Vårdprogram. Det innebär bland annat att utfallet av införandet behövs utvärderas i mätbara termer utifrån de mål man ställer upp (7). Det övergripande målet skall naturligtvis vara att förbättra patienternas hälsa. Men man kan också ha organisatoriska mål i form av förbättrad tillgänglighet och ökad effektivitet som är nödvändiga att beskriva och utvärdera.

Hur gör man då om det inte finns riktlinjer och evidensen är oklar men man ändå anser att de insatser man planerar att utföra ligger inom ramen för sjukgymnastutövningen?

Ett sätt att börja kan vara att bygga upp en egen patientdatabas. Här beskriver man på ett noggrant sätt patientens data, vilka åtgärder man vidtagit och vilket behandlingsresultat man uppnått (som man då mätt med ett adekvat utfallsmått). Att rita diagram över utfallet över tid är ett bra sätt att få överblick på patientens besvärsutveckling.

Sen samlar man data från en grupp patienter som i olika aspekter liknar varandra och jämför hur det har gått.

Till sist försöker man relatera detta till vilka åtgärder man utfört och de utfallsmått man

valt. På så sätt bedriver man en egen systematisk klinisk utvärdering. Det här kan naturligtvis inte ersätta de randomiserade studierna som görs, men ger ändå nyttig kunskap om vilka behandlingsresultat man uppnår. Den här typen av klinisk utvärdering kan också generera tankar som kan testas i större randomiserade studier.

Bra länkar kan vara följande:

- www.socialstyrelsen.se för Riktlinjer för vård och behandling
- www.sbu.se Statens beredning för medicinsk utvärdering. Gula respektive vita rapporter
- www.cochrane.org Evidence Based Medicine

Referenser

1. Harms-Ringdahl K. Introduktion Tema Sjukgymnastik. Incitament 6/2004; 419-421.
2. Eddy D M, Jackson WY. Medicine, money and mathematics, American College of Surgeons Bulletin 1992; 77: 36 - 49. Citerad i: (Eds. Nachemson A., Johnson E) Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Sid 38. SBU 2000.
3. Carlsson J, Jonsson T, Norlander S, Rundkrantz B-L. Evidensbaserad sjukgymnastisk behandling av patienter med nackbesvär. SBU, vit rapport 101, 1999. ISBN: 91-87890-58-5 / I404.
4. Harms-Ringdahl K, Holmström E, Jonsson T, Lindström I. Evidensbaserad sjukgymnastisk behandling av patienter med ländryggsbesvär. SBU, vit rapport no 102, 1999. ISBN: 91-87890-59-3 / I404
5. Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ, Bouter LM, Knipschild PG. Spinal manipulation for low back and neck pain: A blinded review. BRJN 1991; 303: 1289-1303
6. Randall K & McEwen I: Writing patient-centered functional goals. Physical Therapy 2000; 80: 1197-1203.
7. Åsenlöf P, Denison E, Lindberg P. Individually tailored treatment targeting activity, motor behavior, and cognition reduces pain-related disability: a randomized controlled trial in patients with musculoskeletal pain. J Pain; 2005 6: 588-603.

Artikeln finns i pdf format på LSR:s hemsida under FoU.