
EVIDENSBASERINGSRÖRELSEN OCH DET GODA OMDÖMET – EN KRITISK BETRÄKTELSE

Evidensbaseringsvågen går över världen. Som en uppbygglig utrensning av ineffektivitet och fördomar i vetenskapens tecken enligt vissa. Mer som en tsunami enligt andra. Vad är egentligen evidensbaserad medicin och vilka verksamheter kan man evidensbasera? Fredrik Svenaeus professor vid Centrum för praktisk kunskap vid Södertörns högskola för in det goda omdömet relevans inom vården men också inom andra verksamheter där mänsklig interaktion är centralt.

Text: Fredrik Svenaeus

E

vidensbaseringsrörelsen startade inom medicinen: begreppet evidensbaserad medicin (EBM) används för första gången i början av 1990-talet av en forskargrupp från McMaster University i Kanada. Den har nu på kort tid utvecklats till det program som står högst på politikernas och tjänstemännens agenda för att kvalitetssäkra vård, skola och omsorg i den moderna välfärdsstaten och har fått stor tyngd inom många andra yrken där man tar hand om människor än läkaryrket: för sjuksköterskor, psykologer, psykoterapeuter, socialarbetare, lärare, barnskötare och många andra. Vad händer med ett yrke när det går igenom evidensbaserad medicin? Vilka fördelar och faror finns det? Hur är evidensbaserad medicin relaterad till yrkesföreträdarnas praktiska kunskap och goda omdöme? Det är frågor som jag vill besvara i denna artikel.

Utgångspunkten när evidensbaserad medicin startade inom medicinen var att skapa systematiska och enhetliga metoder för att läkare skulle kunna tillgodogöra sig den allt större mängd av forskningsresultat som presenteras i olika vetenskapliga studier. Hur skall man väga olika behandlingsmetoders resultat mot varandra och hur skall man avgöra när ett resultat har tillräckligt stor tyngd för att ändra behandlingspraxis? Svaret på frågorna kan tyckas enkelt – om det visar sig att en behandling fungerar så bör man väl anamma den? – men med den uppsjö av diagnoser och behandlingar som finns idag, beledsagade av olika studier där man försöker bevisa deras tillförlitlighet och effektivitet, är det inte

längre så. Att ändra behandlingsrekommendationer baserat på bara ett studieresultat, särskilt om effekten är blygsam, är en ohållbar, för att inte säga farlig, strategi. Vi kan alla dra oss till minnes tidningsrubriker som aviserar nya sensationella resultat, vilka vid senare tillfälle visar sig vara, om inte felaktiga, så i alla fall fulla av förbehåll. Tänk bara på hur kostråd baserade på medicinska studier har förändrats och debatterats i media de sista tio åren. Problemet med det nya informationssamhället är att det nästan alltid är möjligt att finna någon form av forskningsresultat som stöder de mest befängda idéer, om man bara letar på tillräckligt många ställen och tillräckligt länge.

Den evidensbaserade medicinen bringar ordning i mängden av forskningsdata genom att upprätta internationella arbetsgrupper för olika delområden som sammanställer alla tillgängliga studier i stora databaser. Cochrane-samarbetet, uppkallat efter en av rörelsens föregångare på 1970-talet, är den mest kända. Om det visar sig inte bara i en utan i fem studier att en påse chips i veckan leder till förhöjda blodfetter, så är evidensen mycket starkare för att detta stämmer. Om man trots upprepade studier inte kan belägga några skadliga effekter av att äta så mycket chips, är evidensen för hypotesen att en påse chips i veckan är farligt mycket svag.

Lägg dock märke till att det i inget av fallen är slutgiltigt bevisat att en påse chips i veckan är farligt eller ofarligt – det kan ju hända att olika sorts chips skiljer sig i sammansättning på ett sätt som forskarna inte tagit med i beräkningen, eller att de personer som forskarna undersökt har en gen som neutraliserar eller förvärrar effekten av chipsen i högre grad än hos genomsnittspersonen. Kanske visar sig förhöjda blodfetter vara mindre farligt än man trott tidigare. Sanningen om ett orsakssamband är alltid komplex och hur medvetna forskarna än är om detta när de formger sin studie, hur mycket de än letar efter så kallade ”confounding factors” och förlitar sig på vederhäftiga statistiska metoder, finns alltid risken att de tar fel, eller snarare och oftare: inte fäster blicken på det som är viktigt och istället lyfter fram något som är oviktigt.

Evidensbaserad medicin vill begränsa möjligheterna att dåligt underbyggda eller svaga forskningsresultat vinner genomslag och kan på det sättet betraktas som ett försök att stävja läkemedelsindustrins försök att få sina produkter rekommenderade för olika behandlingar. Ett aktuellt exempel i dagarna är rutinmässig influensavaccinering av äldre, vars goda effekter det inte visar sig finnas några bevis för trots att den utförs rutinmässigt sedan en lång tid tillbaka. Här uppfattar evidensbaserarna sig som en rörelse i läkarnas tjänst, men kanske också och ytterst i patienternas tjänst i relation till deras läkare. Tanken är att läkare historiskt har använt sig av mängder med skadliga eller ineffektiva behandlingar utan att någon har avkrävt dem några bevis för att det de gör verkligen fungerar. Vanans makt är oerhört stor, om läkare tror att någonting fungerar kan behandlingen leva kvar länge trots att den är direkt farlig – ett vanligt exempel är åderlåtning. Särskilt stark blir tendensen att hålla kvar vid en behandling om den är kopplad till ett dominerande tankesätt som vägleder läkarna i deras praxis. Åderlåtningen var kopplad till den felaktiga Hippokratiska teorin om de fyra kroppsvätskornas balans, och rutinen att tappa patienter på blod kunde brytas först när humoralpatologin trängdes bort av den moderna fysiologin för omkring tvåhundra år sedan.

Evidensbaseringsrörelsen gör ett stort nummer av att vara vetenskaplig – praktiken skall vägledas av vetenskapliga studier, ingenting annat. En viktig del av denna vetenskapliga evidensprövning är att den är teorineutral – om en behandling visar sig fungera spelar det ingen roll om den är framtagen på basis av en förståelse av det bakomliggande orsaksförloppet eller inte. Om det kan påvisas att cancer kan bekämpas med rabarberpaj – en studie som stödjer detta publicerades nyligen i en ansedd medicinsk tidskrift – bör vi ge cancerpatienter rabarberpaj även om vi inte förstår ett smack om hur detta fungerar. Teorineutraliteten kan ses som evidensbaseringsrörelsens styrka, då den förhindrar att vi låter tankesätt styra en verksamhet utan att de har bevisats vara effektiva i empiriska studier, men den är samtidigt dess svaghet, då den inte riktar uppmärksamheten mot det varför som är vetenskapens själva adelsmärke. Om det visar sig att en behandling fungerar trots att vi inte förstår hur, bör ju energin och uppmärksamheten riktas mot att ta reda på *varför* den fungerar, inte bara mot att göra nya studier där man försöker reproducera resultatet för att samla mer evidens.

Evidensbaseringsförespråkarna lyfter gärna fram att evidensbaserad medicin inte är någonting annat än en naturlig utveckling av den upplysningsmentalitet som styr den moderna medicinen sedan dess början. Att kämpa mot vidskepelse, okunskap och särintressen i de sjuka och lidandes tjänst under vetenskapens stjärna har alltid varit målet för den duktiga läkaren. Vid närmare eftertanke står det emellertid klart att det som karakteriserar evidensbaseringsrörelsen, i och utanför medicinen, inte är att den förespråkar kunskap som bas för den praktiska verksamheten, utan hur den ser på vad som *är* kunskap.

Teorineutraliteten kan lyftas fram som ett första särtecken för den evidensbaserade rörelsen, det andra finner vi om vi vänder oss till metodologin för hur man testar effekten av läkemedel i så kallade randomiserat kontrollerade studier (RCT-studier). I sådana studier är man upptagen med att visa att ett nytt läkemedel har en effekt för patienter som lider av en viss sjukdom. För att kunna visa detta delar man slumpmässigt in försökspersonerna i en grupp som får läkemedlet och en grupp som inte får det. Varken patienterna eller deras

Problemet med det nya informationssamhället är att det nästan alltid är möjligt att finna någon form av forskningsresultat som stöder de mest befängda idéer, om man bara letar på tillräckligt många ställen och tillräckligt länge.



läkare får veta om det piller som delas ut innehåller substansen som man vill testa, eller är ett sockerpiller, ett så kallat placebo. Det är viktigt att varken läkaren eller patienten vet (så kallad dubbelblindning); den gynnsamma effekten av att tro att man delar ut, respektive tro att man får, en medicin är nämligen mycket stark. Den är så stark att patienter som får piller som de informerats om kan vara antingen medicin eller placebo regelmässigt mår mycket bättre, även om de som sagt *vet att de inte vet* om de får läkemedelsbehandling. Sockerpillerspationerna mår ofta lika bra som de som får medicinen i studien. Och de mår mycket bättre än patienter med samma besvär som inte får vara med i någon studie (det har man testat).

Genom att ta prover på alla patienter under studiens gång och låta dem fylla i frågeformulär där de skattar hur de mår, kan man jämföra effekterna av att få och inte få läkemedlet, och sedan göra statistiska analyser för att påvisa om det finns en skillnad mellan grupperna som inte är slumpmässig. Sådana studier betraktas i den evidensbaserade medicinen som den bästa, säkraste källan till kunskap och placeras därför högst i evidenshierarkin. När man lägger ihop resultatet av flera studier – så kallade metastudier – får dessa studier väsentligt högre poäng än andra typer av studier. Många menar till och med att endast RCT-studier borde få räknas som evidens för att en behandling fungerar. Lägst i evidenshierarkin placeras så kallade kvalitativa studier, det vill säga studier där man inte når mätbara resultat, utan undersöker hur patienter och läkare förstår och upplever olika medicin-

ska interventioner. I mitten hamnar epidemiologiska studier som inte är experimentella, utan där man samlar in data retrospektivt och därför inte kan jämföra med placebo.

Kärnan i evidensbaseringsrörelsen finner vi alltså inte genom att hänvisa till att vården skall baseras på kunskap, utan i synen på vilka typer av studier som presenterar kunskap och vilka som inte gör det, eller gör det i en lägre grad. Idealet är teorineutralitet och experimentella resultat som kan läggas till grund för val om vilka behandlingar som skall användas och vilka som skall undvikas. Det kan tyckas vara en sund och självklar strategi, som motverkar att olika sårin-tressen gör sig gällande på vetenskapens och den allmänna samhällsnyttans bekostnad, men faktum är att man också i och med det kunskapsideal som förespråkas understödjer vissa metod- och behandlingsalternativ på ett systematiskt sätt. För att kunna presentera resultat som gör sig gällande inom evidensbaserad medicin måste man nämligen kunna presentera studier som är organiserade på samma sätt som läkemedelsstudier, och detta kan naturligtvis vara av betydande fördel för läkemedelsfabrikanter och av betydande nackdel för dem som vill lyfta fram värdet och vikten av det psykologiska och kommunikativa skeendet i mötet mellan läkare och patient. Sådana effekter har ju visserligen blivit bedömda som viktiga – annars skulle man inte kontrollera för dem i studierna – men etiketten placebo borgar inte för djupare undersökning och värdesättning.

Särskilt tydligt blir denna ojämlikhet i bedömningen av vad som är "riktig" evidensbaserad kunskap när fältet expanderas från medicin till alla andra välfärdsyrken: som psykolog, psykoterapeut, socialarbetare, lärare, barnskötare, och så vidare. Evidensbaseringsrörelsen har idag förflyttat sina ställningar långt bortom medicinen men det kunskapsideal som den förespråkar är fortfarande bundet till läkemedelsprövningsmetodik, vilket innebär att högsta evidenspoäng bara delas ut om man lyckas randomisera och kontrollera sin undersökning på vederbörligt sätt. Men hur testar man om en viss undervisningsmetodik är effektiv utan att vare sig lärare eller elever vet om den används? Är sådana undersökningar möjliga eller ens önskvärda? Evidensbaserad föregår idag inte bara inom medicinen utan i en mängd andra yrken som har till uppgift att hjälpa människor. Framförallt handlar det om verksamheter som är knutna till välfärdsstaten och som därför betalas av tredje man, det vill säga det finns en offentlig beställare som har intresse av att verksamheten är kvalitetssäkrad och kostnadseffektiv, som det heter på new public management (NPM-) språk.

De som kritiserar evidensbaseringsrörelsens framfart framhåller att det är omöjligt att testa effekten av mänskliga möten på samma sätt som man testar läkemedel. Det är förvisso riktigt, det går inte att slumpmässigt låta behandlare och klient utföra eller inte utföra den åtgärd som man vill testa utan att de vet om detta sker. Inte desto mindre kan det ibland vara mycket viktigt att identifiera kontrollgrupper som inte behandlas, eftersom behandlingar kan ha *sämre* effekt än att inte göra någonting alls.

Ett exempel är The Cambridge-Somerville Study som bygger på ett insatsprogram i USA under 1960-talet där en grupp unga pojkar i kriminellt belastade stadsdelar fick hjälp av socialarbetare. Det handlade bland annat om kontakt med familjerna, rådgivning och stöd kring skolarbete och fritidssysselsättning, gruppsamtal med andra pojkar i samma stödprogram och gemensamma sommarläger. Verksamheten pågick under fem år och socialarbetarna menade att den hade god effekt. Trettio år senare gjorde man en uppföljning av studien där man intervjuade pojkarna, som nu var män i 45-årsåldern. De flesta av dem menade, som socialarbetarna tidigare trott, att åtgärdsprogrammet hade varit viktigt och bra för dem i deras liv. Nu fanns det emellertid en möjlighet att kontrollera detta på ett annat sätt. Pojkarna i studien hade nämligen slumpmässigt valts ut ur en större grupp pojkar i samma bostadsområden och genom att konsultera hälso- och brottsregister 30 år senare kunde man kontrollera om det fanns skillnader mellan pojkarna i de två grupperna som inte var slumpmässiga. Det visade sig då att pojkarna som ingått i åtgärdsprogrammet hade mer psykiska problem, i högre grad var drog- och alkoholberoende, hade begått fler och allvarigare brott, och dessutom i större andel än de obehandlade pojkarna redan hade avlidit.

Sådana studier gör många betänksamma kring värdet av sociala stödinsatser och kan lätt användas som argument för att montera ned välfärdsstaten och begränsa bistånd till svaga grupper i samhället. Låt mig därför genast tillägga att det har gjorts många fler studier av socialt arbete där man kunnat påvisa en god effekt av att vara med i åtgärdsprogram jämfört med att vara med i en kontrollgrupp. Att resultatet av Cambridge-Somerville-studien inte är typiskt för socialt arbete förtar dock inte dess värde – det handlar inte bara om att nio studier med gott resultat övertrumfar en med dåligt resultat. Det viktiga är ju nämligen att undersöka vad det var som gick fel och hur det var möjligt att de goda intentionerna kunde leda till så dåliga resultat. En möjlighet är att pojkarna



Det viktigaste resultatet av alla studier för att belägga effekten av olika psykoterapeutiska metoder som gjorts sedan 1970-talet är faktiskt att den enskilda psykoterapeutens egenskaper och relationen mellan terapeut och klient spelar mycket större roll för resultatet än vilken metod som används.

Det handlar alltså inte om att skapa en icke-kunskapsbaserad praktik, utan om en mer kunskapsbaserad praktik.



genom att föras samman som grupp utvecklade en bråkstake- eller offeridentitet som hade negativa effekter, istället för den positivt-stärkande effekt man hoppats på. Kanske hade stödinsatserna fungerat om man lagt upp dem på ett annat sätt och använt sig av andra metoder?

Just denna dokumentering av olika *metoders* effektivitet har kommit att bli evidensbaserings kännetecken när den rör sig utanför läkemedelsstudier. När man lyckats dokumentera att – i de flesta fall – åtgärder inom socialt arbete och psykoterapi har en effekt (oftast kan man ju dock inte kontrollera för placeboeffekten) jämfört med att inte få någon hjälp alls, började man intressera sig för vilka typer av åtgärder och metoder som hade bättre effekt än andra. Dessa undersökningar inleddes innan någon hade börjat prata om evidensbaserad – själva ordet lanserades inte förän på 1990-talet, men kontrollerade studier av olika metoders värde inom socialt arbete och psykoterapi blev vanliga redan på 1970-talet. De utvärderingar som idag görs av olika organisationer – av Cochrane- och Campbellsamarbetet internationellt och av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och Socialstyrelsen i Sverige – bygger så tillvida på studier som publicerat under årtionden tillbaka.

Låt oss ta exemplet psykoterapi som är högaktuellt i Sverige. Socialstyrelsen har nyligen – den 16 mars 2010 – presenterat nya nationella riktlinjer för vård vid depression och ångesttillstånd. Idén att ta fram nationella riktlinjer för hur olika tillstånd skall behandlas är ett typexempel på evidensbaserad praktik. Socialstyrelsen lyfter fram att det finns evidens för att såväl läkemedelsbehandling som kognitiv beteendeterapi (KBT) har effekt vid depression och ångesttillstånd. Då det sistnämnda bedöms ha mindre biverkningar än läkemedelsbehandling borde det vara förstahandsalternativ vid behandling av depression och ångest i de flesta fall (det finns vissa skillnader i instruktionerna vad gäller olika svårighetsgrader av tillstånden och olika patientgrupper). För effekten av psykodynamiskt baserad terapi, som de allra flesta verksamma psykoterapeuter i Sverige har sin utbildning i, fann dock Socialstyrelsen inga starka belägg.

Om man studerar Socialstyrelsens förslag så skiljer det sig innehållsmässigt föga från de omfattande sammanställ-

ningar av dokumenterade effekter av behandling av depression och ångesttillstånd som togs fram av SBU 2004 och 2005. Skillnaden är att nationella riktlinjer är tänkta som ett dokument som direkt skall *styra* behandlingsmetoderna inom offentligt finansierad vård. Det handlar alltså inte bara om sammanställningar av studier som behandlarna kan välja att ta till sig eller inte, det handlar om att anställa nya, eller vidareutbilda gamla, psykoterapeuter så att de behandlar på basis av riktlinjerna och inte med några andra metoder. Den som vill fortsätta med psykodynamisk terapi får söka sig utanför den offentliga finansieringen eller göra det i smyg under falsk flagg.

Förutom det vetenskapliga underlaget förväntas Socialstyrelsen också ta hänsyn till kostnader för utvärderade behandlingsmetoder. Behandlingar måste inte bara vara verksamma, de måste också vara kostnadseffektiva.

Om man blir lika bra, eller bättre, hjälpt genom 10 timmar med KBT, som genom 100 timmar med psykodynamisk terapi, så är det första avgjort att föredra – man kan ju på så vis hjälpa tio patienter istället för en med samma kostnad.

Den kraftfulla tyngdpunktsförskjutningen från psykodynamiska till kognitivt baserade terapier som ägt rum de sista tio åren i Sverige – där Socialstyrelsens riktlinjer är det senaste inslaget – är en direkt konsekvens av evidensbaseringsrörelsen. Den kommer att få stora konsekvenser och det är därför mycket viktigt att granska underlaget för de förändringar av utbudet av psykoterapi som nu kan förväntas äga rum.

Socialstyrelsen skriver i sitt informationsblad att man med hjälp av de nya riktlinjerna vill erbjuda kunskapsbaserade behandlingsmetoder eftersom detta ligger i patienternas intresse. Men som vi sett handlar inte evidensbaserad praxis bara om att förorda kunskap – vem skulle egentligen kunna förorda behandlingsmetoder som bygger på okunskap? – utan om hur man ser på *vad* som är kunskap. Här gäller experimentella studier av en terapimetods effektivitet där man jämför med obehandlad kontrollgrupp, helst dubbelblind, annars är det helt enkelt inte fråga om kunskap. Mot en sådan kunskapsteori kan man på goda grunder ha invändningar. Själva mätandet av effekten och samhällskostnader för att behandla människor är en fråga i sig. Under hur lång tid och hur skall man kontrollera om någon verkligen blivit botad (eller bara fått en temporärt god effekt) och vilka kostnader ger ett ångest- eller depressionstillstånd egentligen upphov till för individen och samhället i termer av lidande och improduktivitet? Hur mäter man detta?

En än viktigare fråga som Socialstyrelsen inte verkar ha tagit med i beräkningen är hur man egentligen skall tolka resultaten av alla studier som gjorts för att jämföra olika psykoterapeutiska metoder med varandra och med alternativet att inte behandla alls. Det som man vill reglera är vilka metoder som används för behandling av depression och ångest. Men ofta är belägget för att en metod är verksamma – vare sig vi talar om läkemedel eller terapi – ganska svagt. Det viktigaste resultatet av alla studier för att belägga effekten av olika psykoterapeutiska metoder som gjorts sedan 1970-talet är faktiskt att den enskilda psykoterapeutens egenskaper och relatio-

nen mellan terapeut och klient spelar mycket större roll för resultatet än vilken metod som används. För detta finns det evidens (i den evidensbaserade rörelsens mening) sedan ett tiotal år tillbaka, frågan är bara varför detta inte leder till en förändring av metodologin för att utforska vilken typ av färdigheter och kunskaper en bra psykoterapeut har.

En god idé vore att använda kontrollerade studier där man kan se signifikanta skillnader mellan individuella terapeuters resultat för att göra uppföljande mer djuplodande studier av hur duktiga psykoterapeuter arbetar. När de enträgna försöker att på ett statistiskt signifikant sätt inringa vilka metoder som fungerar istället leder till att man inringar vilka terapeuter som fungerar, borde det inte leda till ännu fler kontrollerade studier där man försöker slå fast effekten av en methods effektivitet (sådana metodstudier är nu inte bara KBT-terapeuter, utan också psykodynamiska terapiforskare i full färd med att göra för att överleva) utan till en helt annan typ av forskning. Observera att man i sådana studier fortfarande skulle respektera det experimentella tillvägagångssättet som ett första sätt att inringa det som fungerar i kontrast till det som inte fungerar. Det handlar alltså inte om att skapa en icke-kunskapsbaserad praktik, utan om en mer kunskapsbaserad praktik.

I sökandet efter mönster för hur bra psykoterapeuter resonerar och agerar kan man inte bara räkna poäng på symptomskalor, man måste också identifiera förmågor och tillvägagångssätt som är förankrade i ett personligt utvecklat gott omdöme. Och man måste studera vilken typ av utbildning och handledning som kan fostra sådana praktiker. Detta låter sig bara göras genom deltagande observation och intervjuer beledsagade av kvalificerad kunskapsteoretisk reflektion. Här visar sig alltså evidensbaseringsrörelsens ovetenskapliga sida, den vägrar, trots kunskapsretoriken, att tillgodogöra sig relevant forskning som befinner sig utanför RCT-modellen.

Evidensbaseringsentusiaster citerar ofta **David Sackett**, som så klokt har skrivit att "en evidensbaserad praktik handlar om det samvetsgranna, öppna och omdömesgilla användandet den bästa evidensen när man fattar beslut om vården för den enskilda patienten". Det låter bra, men så länge det inte finns någon annan metod än RCT för att studera hur detta samvetsgranna, öppna och omdömesgilla användande av vetenskapliga data skall gå till, och så länge den kunskap som rör just den enskilda patienten inte vinner någon plats eller erkännande i evidensbaseringsnivån, förblir talet om kunskapsbaserad praktik i högsta grad ofullständigt. Man kan dessvärre också frukta att den ursprungliga evidensbaseringsambitionen att skapa en vård, omsorg och utbildning som tar till vara brukarnas intressen och ger dem inflytande istället förskjuter makten från yrkesutövar-

na i riktning mot gamla och nya expert- och granskningsorganisationer.

Hur använder man vetenskapliga data omdömesgillt? Vad innebär det att som yrkesföreträdare ha ett gott omdöme? I den evidensbaserade modellen för vården blir det goda omdömet lätt en restkategori eftersom det svårligen låter sig utvärderas och förstås med hjälp av experimentella studier. Det goda omdömet formas och avvägs i mötet med det individuella och följer inte ett på förhand upplagt schema. Att ha ett gott omdöme innebär just att se vad som är problemet och kunna identifiera målet för handlandet i en knivig situation – **Aristoteles** kallade det för att ha "fronesis": praktisk visdom.

När man strävar efter att förstå ett fenomen kan det ibland vara nyttigt att byta språk. Olika språk fångar nämligen upp betydelser och korrespondenser mellan ord på olika sätt. På norska kallas det goda omdömet för "skjønn". Att ha skjønn innebär att kunna *urskilja* (skönja) vad som är viktigt i en situation och sedan handla utifrån det. Urskiljandet rymmer en känslomässig komponent – i yrkeslivet pratar man ofta om att vissa personer har intuition eller är empatiska – eftersom själva uppfattandet av situationen kräver att

man är närvarande med alla sina sinnen, men känslan gör inte omdömet subjektivt i en dålig mening. Det bästa omdömet är inte det känslobefriade omdömet – det är tvärtom ofta en farlig strategi som innebär att man förbiser det relevanta – utan det som förmår integrera yrkesutövarens känsla i mötet med klienten på ett professionellt sätt.

Som en pendang till den evidensbaserade medicinens behandlingsutvärderingar har ett liknande paradigmskifte ägt rum vad gäller diagnosställandet: algoritmer och riktlinjer i form av beslutsträd kopplade till olika symptom. Precis som evidensbaseringsstrategierna bygger algoritmtänkandet på de möjligheter som bearbetning av information i kraftfulla datorsystem öppnar. I algoritmtänkandets fall handlar det inte bara om att kunna sammanställa stora mängder data med hjälp av statistiska beräkningar utan också om ett sätt att tänka som är en direkt kopia av datorns sätt att arbeta. Jag citerar ur **Jerome Groopmans** bok *Hur läkare tänker*, men det är att lägga märke till att beslutsträdsmodellen, precis som evidensbaseringsambitioner, nu också är aktuella i många andra yrken än läkarens i strävan att kvalitetssäkra verksamheter:

"Stammen i det kliniska beslutsträdet är patientens huvudsakliga symptom eller laboratorieresultat, inskrivna i en ruta. Från denna ruta utgår pilar åt olika håll. Om ett vanligt symptom som "halsont" inleder algoritmen förgrenar det sig i en rad rutor med ja- och nejfrågor om följsymptom. Har patienten feber? Har han svullna lymfkörtlar? Har andra familjemedlemmar haft samma symptom? Längre ner på trädstammen finner man ja- och nejfrågor om resul-

Hur använder man vetenskapliga data omdömesgillt? Vad innebär det att som yrkesföreträdare ha ett gott omdöme?



tatet av olika laboratorieprover, till exempel bakterieodling från halsen. Tanken är att grenarna till slut skall leda fram till rätt diagnos och behandling.”

Groopman är positiv till den systematik som datorerna kan bringa in i såväl diagnosställande som val av behandlingsmetod, men han har också reservationer:

”Kliniska algoritmer kan vara användbara vid genomsnittsdiagnos och genomsnittsbehandling – till exempel när läkaren behöver hjälp med att skilja mellan halsfluss och svalgkatarr. Men de står sig slätt när läkaren måste tänka i andra banor, när symptomen är vaga eller många och förvirrande eller när provresultaten är inexakta. Vid sådana tillfällen, just i det ögonblick vi är i störst behov av en skarpsynt läkare, motverkar algoritmer självständigt och kreativt tänkande. I stället för att få läkaren att tänka bättre kan de komma att hämma honom.”

Det goda kliniska omdömet förutsätter vad Groopman kallar mönsterigenkänning. Dessa mönster av symptom som leder tanken mot olika diagnoser har inte algoritmens form, de bygger inte på beslutsträd som går igenom i huvudet av läkaren, utan är snarare meningsfyllda gestalter som avtecknar sig direkt för den tränade kliniska blicken där lekmannen (eller läkarstudenten) bara uppfattar en kaotisk och ibland skrämmande massa av information.

Det goda omdömet förutsätter alltså att läkaren har förmågan att urskilja ett stort antal möjliga symptomatiska mönster i patienternas berättelser och den medicinska undersökningen. Vissa diagnoser är mycket vanligare än andra och blir därför med tiden lättare att ställa. Men här finns också en fara: det som läkaren skall ägna energi är inte bara igenkännandet av det vanliga, utan också uteslutandet av det farliga och identifierandet av det som är möjligt att åtgärda. Om Groopman kopplar det goda omdömet till uppövat mönsterigenkänning i ett tillitsfullt möte med patienten är han därför också snabb med att utnämna mönstertänkandet till det goda omdömet största fiende när det slentrianmässigt döljer de viktiga komponenterna i den aktuella situationen. Så kan bli fallet när läkaren alltför snabbt antar att detta också är en halsfluss, depression, eller vad den nu kan vara som hon just ställt många diagnoser på. Det är i det sammanhanget som författaren talar om kognitiva misstag, som i själva verket lika mycket är emotiva som tankemässiga till sin natur. ”Vad skulle det annars kunna vara?” är en fråga som den skicklige läkaren alltid bör ha i minnet, särskilt när

tidspressen gör sig påmind. Och patienten är här läkarens främsta bundsförvant och hjälp i att se henne och inte bara en statistisk genomsnittsperson. ”Finns det något som inte stämmer in i bilden?”, eller ”Är det möjligt att jag har flera problem?” är andra frågor som inte läkaren, utan också patienten uppmanas att ställa i mötet.

En annan sorts tankefel än vanlighets- och förhastadhetsmisstagen i samband med typiska diagnoser är att läkaren ser symptomen som karakteristiska för en viss typ av patient – ofta en som man inte gillar – missbrukare, hypokondriker, psykosomatiker, kverulant - och därför bagatelliserar besvären. Här kan läkare också gå i andra riktningar och förskona patienter som de fattar sympati för oroväckande diagnoser eller plågsamma undersökningar för att de omedvetet önskar att en annan vanligare och ofarligare sjukdom skall ligga bakom patientens problem.

Huvudtanken med att identifiera olika tankefel hos läkare är att visa hur det goda omdömet förutsätter ett uppövat mönsterigenkännande, men också ett ständigt kritiskt, kreativt ifrågasättande av mönstrens passform i det enskilda fallet, något som författaren finner hos de riktigt skickliga läkarna. Jag menar att det som han säger inte bara är giltigt för läkare, utan också med olika justeringar som rör yrkets metoder och mål skulle kunna få implikationer för yrken som psykoterapi eller socialt arbete. Groopman pekar mot berättelsen (om misslyckanden och triumfer) som den ultimata inlärningsformen för läkare. Berättelsen är den viktigaste mönsterformen i människans försök att bringa ordning i världen. Vi dras till berättelser och vi minns genom berättelser. Att medicinen och andra yrken där människors lidande och öde står på spel är spännande och angår oss visar väl inte minst TV-serier som *House* (medicin) eller *In Treatment* (psykoterapi). Men vi behöver inte välja mellan att nalkas dessa professioner med det vetenskapliga experimentets eller fiktionens blick: det finns många andra, mellanliggande fält i analysen av praktisk kunskap och det vidhängande goda omdömet. Groopmans favorit är psykologin, men även ämnen som pedagogik, etnografi och inte minst filosofin, har mycket att komma med här. Låt inte evidensbaserarna kasta ut det berömda barnet med badvattnet. ■

Fredrik Svenaeus är professor vid Centrum för praktisk kunskap, Södertörns högskola

Några aktuella böcker i ämnet som inspirerat mig till denna artikel:
"Evidensbasert professionsutövelse" i redaktion av Harald Grimen och Lars Inge Terum (Oslo: Abstrakt forlag, 2009).
"Det tystade samtalet: Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet" av Jurgen Reeder (Stockholm: Norstedts, 2009).
"Hur läkare tänker" av Jerome Groopman (Göteborg: Daidalos, 2009).
"Psykoterapeutens och psykoanalytikerns praktiska kunskap" i redaktion av Christian Nilsson (Södertörn: Studies in Practical Knowledge, 2009).