

## NOGLE KRITISKE VINKLER PÅ EBM-LOGIKKEN

Bo Møhl &amp; Peter la Cour

*Siden starten af 1990'erne har sundhedssystemet i stigende grad været præget af evidensbaseret medicin, dvs. nogle retningslinjer for kliniske beslutningsprocesser, der følger ganske bestemte procedurer, som skulle sikre, at behandling er up to date og i overensstemmelse med den bedst tilgængelige viden. Evidens-logikken har bredt sig langt ud over de snævert biomedicinske domæner, som den oprindeligt var tiltænkt og bliver i dag brugt som en selvfølgelig standard inden for klinisk psykologi og psykiatri. Artiklen forholder sig diskuterende til den ukritiske og ureflekterede anvendelse af evidens-logikken, som godt nok har bragt meget positivt med sig, men også skabt en række nye problemer. Disse handler især om den manglende anerkendelse af og hensyntagen til idiografisk viden, dvs. viden om det enkelte menneske med de helt særlige ønsker, motiver og behov, som det rummer. Ligeledes indfanges det unikke i kontakten mellem to individer heller ikke. Evidens-logikken prioriterer nomotetisk viden, der principielt ikke er interesseret i individuelle forskelle, og dette er specielt kritisabelt, når det handler om fag som psykologi og psykiatri, der bl.a. arbejder med individuelle meningskabende mentale sider af mennesker, som kun kan forstås i en idiografisk optik. Artiklen giver endeligt et bud på, hvordan EBM-logikken og psykologien kan relateres.*

Intellektet har et skarpt øje for metoder og værktøjer, men er blind overfor mål og værdier

Albert Einstein

**Indledning**

Siden starten af 1990'erne har begrebet evidensbaseret medicin nærmest været brugt som en form for varemærke eller kvalitetsmarkering for ydelser i sundhedsvæsnet. Begrebet bliver oftest brugt ret ukritisk, som om der var

---

Bo Møhl er cand.mag. & cand.psych. og ansat som ledende psykolog ved Psykiatrisk Center, afd. O, Rigshospitalet. Medlem af redaktionen af Psyke & Logos.

Peter La Cour er sundhedspsykolog og ansat ved Tværfagligt Smertecenter på Rigshospitalet og tilknyttet Center for forskning i Eksistens og Samfund, Københavns Universitet.

fuldstændig konsensus om dets betydning og om dets værdi. Evidens Baseret Medicin (EBM) er blevet en bevægelse, der fejer som en vind igennem hospitaler og universiteter, hvor den har vundet mange begejstrede tilhængere. De kritiske røster skal i visse miljøer passe på, fordi enhver tvivl eller kritik bliver opfattet som udtryk for den rene maskinstorm og besvaret med et modangreb (Feinstein & Horwitz 1997).

Intentionen bag EBM er at dokumentere effekten af en behandling samt bruge denne dokumentation i forbindelse med kliniske beslutningsprocesser. Bevægelsen stammer fra England og USA og har resulteret i en række referenceprogrammer og behandlingsanbefalinger (fx Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer for henholdsvis angstlidelser og unipolar depression hos voksne (2007)), men den har også resulteret i en selektion af de behandlingsprincipper og -procedurer, der anerkendes, idet behandlinger, der ikke foreligger »evidens« for, flere steder er blevet marginaliseret eller ligefrem elimineret.

Initiativtagerne til etableringen af »the EBM movement« mener, at EBM udgør et »nyt paradigme«, der karakteriseres som »antiautoritært og forfriskende nytænkende« i forhold til det gamle, som gennem mange år har domineret den lægevidenskabelige praksis, som paradigmet er udsprunget af. Fortalernes argumenter for EBM er mange og for visse af argumenternes vedkommende ganske uomtvistelige (fx Hougaard (2004), der meget vidende og nuanceret taler for EBM). Nogle af de hyppigst fremførte er, at der ikke er tvivl om, at den enorme mængde viden og den hastige udvikling, der sker inden for sundhedsfagene, gør det nødvendigt at lave en *systematisk vidensopsamling* og *-rationalisering* i form af metaanalyser og databaser, som EBM betjener sig af. Et af målene med EBM er at *forkorte vejen fra forskning til klinisk anvendelse*, hvilket selvsagt er en positiv intention. Det er også indiskutabelt, at det handler om at finde de bedst mulige behandlingsprincipper, således at så mange patienter som overhovedet muligt får den bedste behandling.

Diskussionen af behandlingsrationale og -tilbud i relation til specifikke psykiatriske lidelser tog i USA fart efter den såkaldte Oscheroff sag, hvor det psykodynamisk orienterede psykiatriske hospital Chestnut Lodge blev dømt til at betale erstatning til en patient for ikke at have behandlet ham medikamentelt for en svær depression. Dette blev vurderet som fejlbehandling. Siden har det været påpeget, at psykiatere og psykologer har pligt til at tilbyde patienten behandling med en dokumenteret virkning, frem for behandling, hvor effekten ikke er dokumenteret (Reichborn-Kjennerud & Falkun 2000). Med udarbejdelsen af kliniske guidelines og officielle behandlingsvejledninger har behandlere fået nogle retningslinjer, som også kan *sikre dem mod anklager for fejlbehandling*: hvis behandleren gør, som der står i bogen, har han retten på sin side.

Endelig er det blevet påpeget, at EBM har en stor betydning for *tildeling af forskningsbevillinger* og økonomisk støtte til behandling. EBM er blevet

et autoritativt stempel, der skal garantere, at der er tale om en anerkendt vare, hvilket også bliver brugt i politiske sammenhænge.

Ingen kan være imod EBM *per se*, men det er vigtigt at være opmærksom på, at der er en række problemer omkring EBM, der specielt kommer frem i relation til fag som psykologi og psykiatri, hvor den enkeltes individualitet, følelser, motivation og måde at tænke på spiller en stor rolle for udfald af behandling. Et helt centralt spørgsmål er jo fx, hvordan den »bedste behandling« kan forstås, hvordan den måles, og om man generelt kan tale om en »bedste behandling« uanset til hvem og hvorhenne – dvs. løsrevet fra sine sammenhænge. Skønt det ligger implicit i EBM-logikken, er det på ingen måde klart, at EBM nødvendigvis er det samme som »god patientbehandling«. Kriteriet for god behandling varierer fra person til person og fra tid til anden. God behandling er således ikke et begreb, der udelukkende kan defineres inden for den teknologiske referenceramme, som dominerer i EBM-logikken. EBM refererer til et meget snævert evidensbegreb, der selekterer en stor del af de faktorer bort, som også er afgørende for en vellykket behandling, herunder alle de kvalitative faktorer, som indgår i relationen mellem behandler og patient samt de situationelle omstændigheder, der ikke lader sig kvantificere.

Det samme gælder alle de steder, hvor den traditionelle *lægekunst* har sine enemærker, fx i forbindelse med helhedsvurderinger, hvor flere forhold skal vægtes mod hinanden, og når det drejer sig om pædagogisk snilde og overtalelser i den givne kontekst, og når der er tale om compliance, dvs. patientens parathed til at indgå i behandlinger, der måske medfører økonomiske belastninger eller umiddelbart er besværlige for patienten. Her vil et opslag på en database på computeren sandsynligvis ikke være at sidestille med den bedste patientbehandling.

I det følgende vil vi først gennemgå og nøjere definere evidensbaseret medicin (EBM) i et historisk perspektiv. Dernæst vil vi se på evidensbaseret psykoterapi eller empirisk validerede terapier, som det også kaldes. Denne del af psykologien er især blevet præget af evidenslogikken, hvilket har nogle omkostninger. I artiklens anden del vil vi primært se kritisk og diskuterende på evidenslogikken dels fra en videnskabsteoretisk, dels fra en klinisk pragmatisk vinkel. Vi vil tage fat på den klassiske skelnen mellem nomotetiske og idiografiske videnskaber, som med EBM-logikken har fået fornyet aktualitet, fordi EBM prioriterer førstnævnte på bekostning af sidstnævnte.

## Hvad er evidensbaseret medicin – et historisk rids

Ideologien og teknikken bag EBM baseres på den engelske læge Archie L. Cochrane, der i 1972 udgav bogen *Effectiveness and Efficiency*. Her peger han på, at en del lægelige behandlinger er uden dokumenteret virkning eller

ligeftrem dokumenteret uvirksomme eller skadelige. Han var grundlæggende af den opfattelse, at naturens og kroppens egne helbredende kræfter var større end lægevidenskabens. Under sit ophold i tysk koncentrationslejr havde Cochrane set, hvorledes medfanger kom sig uden lægehjælp af sygdomme, der ellers blev regnet for livstruende. Cochranes ærinde var at fremme systematisk undersøgelse af behandlingsmetoder og kritisk efterprøvning af nye medicinske præparater, før de kom på markedet. Alt for mange lægemidler var blevet lanceret uden tilstrækkelig afprøvning, fx Thalidomid, der kom på markedet, før dets virkning var endeligt klarlagt – med fatale konsekvenser for de mange børn, der i kølvandet blev født med misdannelser. Efter Cochranes opfattelse var det umuligt for den enkelte læge at skaffe sig overblik over litteraturen og nye behandlingsmetoder, og derfor mente han, at det måtte være en opgave for specialisterne at fremskaffe oversigter og udarbejde rekommandationer. Det første Cochrane Center blev grundlagt i Oxford i 1991, og siden har der udviklet sig et internationalt Cochranenetværk, hvis opgave det er at lave systematiske oversigter (metaanalyser) over randomiserede kontrollerede undersøgelser af lægelig behandling.

Evidence based medicin blev første gang anvendt som begreb i 1988 i forbindelse med, at der omkring McMaster University i Canada blev nedsat en gruppe, der havde til formål at udarbejde redegørelser, således at klinikere kunne applicere principper a la Cochranes på den kliniske hverdag. Deres hensigt var således at undersøge effektiviteten og eventuelle skadevirkninger af forskellige behandlingsmetoder og at udbrede kendskabet til dem. I november 1992 kom gruppens første artikel i JAMA (Journal of Medical Association) med titlen *Evidence based medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine* (Evidence based medicine Working Group 1992). Gruppen bestod bl.a. af David Sackett, Gordon Guyatt og Brian Haynes, der alle desuden har været medforfattere på nogle af gruppens senere artikler. De beskriver EBM som »et nyt paradigme«, der gør op med bl.a. »intuition og usystematiske kliniske erfaringer« som grundlag for klinisk beslutningstagen.

Artikler starter med store ord:

*A new paradigm for medical practice is emerging. Evidence based medicine de-emphasizes intuition, unsystematic clinical experience, and pathophysiologic rationale as sufficient grounds for clinical decision making and stresses the examination of evidence from clinical research. Evidence based medicine requires new skills of the physician, including efficient literature searching and the application of formal rules of evidence evaluating the clinical literature*

(Evidence based medicine Working Group 1992)

Med reference til Thomas Kuhns paradigmebegreb (Kuhn 1970), der bl.a. refererer til den måde, man kan se og adressere problemer på i forhold til

virkeligheden, kalder gruppen EBM for et nyt, frisk, og antiautoritært videnskabeligt paradigme, der står i modsætning til det »støvede forældede paradigme«, som de mener er baseret på følgende antagelser:

- a. *Unsystematic observations from clinical experiences*
- b. *Patho-physiologic principles are a sufficient guide for clinical practice*
- c. *Traditional medical training and common sense is sufficient to evaluate new tests and treatment*
- d. *Expertise and clinical experience are sufficient bases from which to generate valid guidelines for clinical practice.*

Disse antagelser skal med EBM erstattes af det nye paradigme, der bl.a. er karakteriseret ved at lægge »*much lower value on authority*« (ibid.). Til trods for, at klinisk erfaring og fornemmelse nævnes som en del af EBM, så er det afgørende nye – og det, der betinger, at der ifølge EBM-gruppen er tale om et nyt paradigme – at praksis og beslutningstagen baseres på randomiserede kliniske undersøgelser og specielt metaanalyser:

*The foundations of the paradigm shift lie in developments in clinical research over the last 30 years. In 1960, the randomized clinical trial was an oddity. It is now accepted that virtually no drug can enter clinical practice without a demonstration of its efficacy in clinical trials. Moreover, the same randomized trial method increasingly is being applied to surgical therapies, and diagnostic tests. Meta analyses is gaining increasing acceptance as a method of summarizing the results of a number of randomized trials. (ibid.)*

Nedenfor er vel nok den hyppigst citerede definition af EBM. Den stammer fra en af EBM-gruppens artikler fra 1996, hvor forfatterne gør meget ud af at fremhæve, at EBM ikke kun handler om at anvende ekstern evidens, men også om at integrere denne med klinisk ekspertise opnået gennem erfaring:

*Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.*

(Sackett et al. 1996)

Den gode læge, anføres det, er karakteriseret ved at anvende både klinisk ekspertise og ekstern evidens, og ingen af delene kan undværes. Hvis den kliniske ekspertise mangler, risikerer man at blive tyranniseret af evidenskravene, og uden ekstern evidens risikerer man, at den kliniske praksis

hurtigt bliver forældet. Den kliniske ekspertise viser sig ifølge Sackett et al. (ibid.) på mange måder, men specielt fremhæves evnen til at stille præcise og effektive diagnoser. Netop usikker diagnosticering er et problem, der har påkaldt sig en del opmærksomhed siden 1950'erne, efter at en række undersøgelser har dokumenteret, at der ofte er stor uenighed om diagnosticering.

Sackett og kollegers artikel er skrevet som en form for svar på nogle af de anklager og kritikpunkter, som EBM-bevægelsen mødte i de første år. Kritikken har i vid udstrækning drejet sig om den manglende anerkendelse af den kliniske ekspertise og de specifikke forhold i læge-patient-kontakten. Allerede af titlen på Sackett et al.s artikel (1996): *Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence* fremgår det, at EBM-bevægelsen ser sig nødsaget til at fremhæve betydningen af den kliniske ekspertise.

Men selvom Sackett et al. nu pointerer betydningen af den kliniske kontakt og færdigheder, så er der ingen tvivl om, hvor deres prioritet ligger, nemlig i det kliniske eksperiment:

*It is when asking questions about therapy that we should try to avoid the non-experimental approaches since these routinely lead to false positive conclusions about efficacy. Because the randomised trial, and especially the systematic review of several randomised trials, is so much more likely to inform us and so much less likely to mislead us, it has become the »gold standard« for judging whether a treatment does more good than harm.* (Sackett et al. 1996)

## Den hierarkiske klassifikation af evidens

Med »gold standard« refererer EBM-gruppen til den randomiserede kliniske undersøgelse, som er den type evidens, som har den højeste værdi, og som ifølge deres holdning ideelt set skulle udgøre fundamentet for alle kliniske beslutningsprocesser. Når Sackett et al. taler om »best evidence«, refereres der til dette hierarki af kilder til at opnå klinisk viden – der er bedst evidens i toppen og dårligst i bunden.

- Ia Evidence from a meta-analysis of RCTs*
- Ib Evidence from at least one RCT*
- IIa Evidence from at least one controlled study without randomisation*
- IIb Evidence from at least one other type of quasi-experimental study*
- III Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies*
- IV Evidence from expert committee reports, or opinions and/or clinical experience of respected authorities*

(Geddes & Harrison 1997)

Metaanalyser refererer til en sammenfattende statistisk analyse af flere undersøgelser af kliniske problemstillinger. Fordelen ved metaanalyser er, at de hurtigt kan formidle et overblik over en større række undersøgelser, men svagheden er blandt andet, at de ofte går på kompromis og blander ikke helt identiske undersøgelser.

Problemet er, at denne hierarkiske liste præsenteres, som om den skulle have generel gyldighed, dvs. gælde uanset, hvilket klinisk problem man ønsker at undersøge. Som det fremgår, er der tale om en prioritering af kvantitativ metodik, som ikke på nogen måde kan anvendes, når det handler om kvalitative aspekter af fx læge-patient-kommunikationen eller den relationelle kvalitet mellem psykolog og klient. Det kan selvsagt heller ikke lade sig gøre at undersøge fx psykoterapi med dobbeltblind metode; både patient/klient og behandler ved naturligvis, hvilken type terapi der praktiseres.

I forlængelse af det fremførte evidens-hierarki fremfører man en fordring om, at den klinisk arbejdende læge skal genopdrages – *»must be re-educated«* – og trænes i det »nye paradigme« for at skabe en »EBM attitude«, som således skal være den gyldne standard rollemodel for den moderne læge.

Denne rolle model inkluderer evne til

*»...precisely (to) define a patient's problem, and what information is required to resolve the problem; conducting an efficient search of literature; selecting the best of the relevant studies, and applying rules of evidence to determine their validity.«*

(Evidence based medicine Working Group 1992)

Pointen er, at lægen skal stille det rette faglige spørgsmål vedrørende patientens problem, men det skal være et spørgsmål, der kan besvares – *»an answerable question«*, som det hedder. Dernæst skal dette spørgsmål besvares, hvilket skal ske ved hjælp af en systematisk litteratursøgning. Det er således en grundlæggende antagelse for EBM, at udøvelsen af lægevidenskab defineres som en teknisk rationalitet, hvor viden er defineret ved både at skulle være sand og dernæst kunne formuleres konkret sprogligt og operationelt.

*»Tacit knowledge«*, som ofte benyttes som fagterm for den viden og kunnen, som er automatiseret uden at være blevet ekspliciteret, bliver i EBM slet ikke taget i betragtning. De færdigheder, som indøves i et praksisfelt – fx på et hospital – forsvinder ud af EBMs synsfelt til trods for, at enhver kliniker ved, at det netop er i den kliniske hverdag, at en stor del af ens professionelle kompetence udvikles.

I praksis kan det være meget svært *»præcist at definere, hvad patientens problem er«*, fordi fx psykiatriske patienter i virkeligheden har en høj grad af comorbiditet, dvs. lider af flere sygdomme samtidigt. Langt fra alle psy-

kiatriske patienter lader sig kategorisere under én diagnose, og det betyder, at man ikke blot »præcist kan definere, hvad deres problem er«. At være menneske – og det uanset om man lider af en psykisk sygdom, eller om man mentalt er sund og rask – betyder, at der er betragtelige individuelle faktorer, som spiller ind og skaber den helt specifikke personlighed og relation til omverdenen.

## Empirisk valideret psykoterapi

EBM er udviklet inden for et lægevidenskabeligt/naturvidenskabeligt paradigme, men som tiden er gået, har EBM-paradigmet bredt sig ind over andre områder i sundhedssektoren, bl.a. psykologi og psykoterapi.

I starten af 1990'erne blev der nedsat en arbejdsgruppe under den amerikanske psykologforening mhp. at finde frem til og udbrede kendskab til »empirisk valideret psykoterapi«. Arbejdsgruppen skulle måle og veje de etablerede psykoterapiformer for at finde frem til deres behandlingsmæssige effekt. Dette har resulteret i en liste over de validerede terapiformer i forhold til specifikke lidelser, hvor de på baggrund af eksplicite kriterier for videnskabelig evidens skelner mellem »dokumenterede virksomme« og »måske virksomme«. Listen bruges bl.a. af forsikringselskaber, når de skal afgøre, hvilke behandlingsformer de ønsker at give støtte til, hvilket i praksis har betydet, at de former for psykoterapi, der ikke kan dokumentere evidens – enten fordi der ikke er evidens, eller fordi det ikke er blevet undersøgt – med tiden er blevet marginaliseret eller elimineret. I listen lægges der vægt på randomiserede undersøgelser og metaanalyser, og dermed lægger de sig i slipstrømmen på EBM, uanset at psykoterapi er et fænomen af en kompleksitet, der ikke umiddelbart lader sig kvantificere og udtømmende beskrive i et EBM-paradigme. En påvisning af, at psykoterapi *kan virke*, er ikke det samme som en påvisning af, at den *virker*.

Listerne over validerede eller empirisk underbyggede terapiformer opdateres jævnligt og kan ses på Den Amerikanske Psykologforenings hjemmeside på nettet (Chambless, Sanderson & Shoham et al. 1996). Et tilsvarende arbejde er blevet udført i England (Roth & Fonagy 1996).

Her i landet har Sundhedsstyrelsen i 2007 foranlediget, at der er blevet lavet referenceprogrammer for henholdsvis Unipolar Depression og Angstlidelser hos voksne. De kan ses på [www.sst.dk](http://www.sst.dk), men er også kommet i trykt form. Programmerne handler både om farmakologisk og psykoterapeutisk behandling.

Disse undersøgelser har haft fokus på de terapeutiske teknikker, men i erkendelse af, at det ikke er muligt at vurdere teknik isoleret fra kvaliteten af den terapeutiske relation, har den amerikanske psykologforening i 1999 nedsat en ny gruppe af eksperter mhp. at undersøge betydningen af den terapeutiske relation og øvrige non-specifikke faktorer.



Gruppen konkluderer deres meget omfattende arbejde med at konstatere, at der er empirisk belæg for en positiv sammenhæng mellem kvaliteten af den terapeutiske relation og den terapeutiske effekt, uanset hvilken specifik terapeutisk teknik eller tilgang der er på tale. De anfører desuden, at det 1) er meningsløst at lave lister over empirisk validerede psykoterapiformer uden at tage hensyn til den terapeutiske relation, samt 2) at det er problematisk at undersøge relationsformer empirisk med henblik på at opnå en generaliseret viden, idet enhver relation i sagens natur er individuel og unik (Steering Committee 2002).

Her ligger implicit en anerkendelse af, at der er noget omkring psykoterapi, der ikke umiddelbart kan vurderes ud fra EBM-logikken med »the golden standard« som ledestjerne. Ydermere må man overveje, hvilke effekter der skal og bør måles på, når det drejer sig om psykoterapi af tilstande, der oftest viser sig at være sammensat af sociale, psykologiske og psykiatriske vanskeligheder. Er effektmål i form af symptomtælling på en ratingskala virkelig et godt mål for psykoterapeutisk effektivitet? Det gælder vel kun de former for psykoterapi, hvor formålet med terapien netop defineres som *fjernelse af symptomer*, og ikke andre mere sammensatte effektmål som fx en undgået skilsmisse, lyst til faglig omskoling, større livsglæde eller større ansvarlighed over for egen livsførelse. Sådanne forhold kan sjældent noteres på en evidensorienteret ratingscale – især ikke fordi de netop vil være specifikke for den enkelte patient.

Selv når man følger den terapeutiske kugebogslogik meget nøje, som man tilstræber i de mest målte former for psykoterapi, synes tankegangen ikke at kunne holde vand. Ifølge Parker & Fletchers analyse (2007) er der *ikke* evidens for universaliteten i de specifikke terapeutiske teknikker, hvilket jo var ideen med det hele. Spørgsmålet er i det hele taget, om det er effektforskelle mellem de forskellige psykoterapeutiske retninger, der er det mest hensigtsmæssige at måle evidens på. Der kan findes langt større forskelle i effekt ved sammenligningen mellem forskellige terapeuter (og læger) end mellem metoderne, da psykoterapi til forskel fra et medikament jo netop er en kompleks størrelse (Lambert 2004). EBM synes at sidestille psykoterapi med en pille, når det gælder den logik, der skal måles med, hvilket også er tilfældet i fx i Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer (jf. Stiles & Shapiro 1989). Psykologien kommer nemt lidt uheldigt til at stå som en undervidenskab af den rent biomedicinske videnskabelighed og forståelse, hvis den optræder uden selvstændig psykologisk videnskabelighed og forståelse, hvad den desværre gør. EBM-logikken værdsætter nemlig alene en enkelt og ganske bestemt forståelse af, hvad viden og videnskab er.

## EBM-logikkens videnskabsteoretiske baggrund

Til forskel fra de klassiske biomedicinske specialer, hvor kroppen og biologien står i fokus, har psykiatrien og den kliniske psykologi normalt to foci, nemlig a) krop og biologi og b) det mentale og betydningsskabende. Det, der her er på tale, er den klassiske dualisme mellem krop og sjæl. Selvom Damasio (1994) har belært os om »Descartes' error«, så er det uomgængeligt, at vi fundamentalt må skelne mellem det kropslige (hjernen og nervesystemet) på den ene side, og det mentale liv (bevidsthed, følelser, motivation, tænkning etc.) på den anden. Undersøgelser af hjernen giver os ingen særlig viden om det mentale liv og omvendt. Hjernen som fysisk organ handler om biologi, og det andet om mentale processer. Det er umuligt at undersøge mentale processer på samme måde, som man undersøger hjernen, og det er umuligt at undersøge hjernen med metoder beregnet på mentale processer.

Parallelt med denne dualisme skelner man traditionelt mellem to former for videnskab, der forsøger at afdække henholdsvis universelle lovmæssigheder (nomotetisk videnskab) og individuelle unikke aspekter (idiografisk videnskab). I den første tilgang lægges der vægt på at *forklare* fænomener gennem årsagsanalyse, og man anvender hertil en hypotetisk-deduktiv metode. I den anden tilgang lægges der vægt på at *forstå* fænomener gennem en meningsanalyse og hertil anvendes en hermeneutisk metode. Allerede Karl Jaspers indførte i 1913 en skelnen mellem *erklærende* og *verstehende* psykiatri (Reichborn-Kjennerud & Falkun 2000). Nedenfor har vi opstillet en række karakteristika ved de to forskellige måder at tilnærme sig og forstå virkeligheden på:

### To typer videnskab

---

<i>Nomotetisk</i>	<i>Idiografisk</i>
Forklarende	Forstående
Årsag/virkning	Mening
Hypotetisk-deduktiv	Hermeneutisk
Adfærd	Følelser
Biologi	Psykologi
Objektiv	Subjektiv
Kvantitativ	Kvalitativ
<i>Universelle lovmæssigheder</i>	<i>Unikke, individuelle aspekter</i>

---

Den nomotetiske metode er velegnet, når det handler om at studere biologiske processer og større grupper af mennesker med henblik på at finde ud af, hvor hyppigt et bestemt fænomen forekommer, og på baggrund af dette udlede (tilstræbte) universelle lovmæssigheder. Den nomotetiske tilgang er principielt baseret på den antagelse, at alle mennesker er ens, og den har

ingen interesse i det enkelte menneskes særpræg. Eller anderledes formulert: Den nomotetiske tilgang ønsker kun at undersøge de fænomener, hvor mennesker kan siges at være ens. Så kan en sygdom beskrives, defineres og behandles på samme måde uafhængig af den konkrete, individuelle patient. Relationen mellem læge og patient er således defineret som en subjekt-objekt-relation, patienten er objektgjort i databasernes verden. EBM-logikken består i et sådant nomotetisk vidensideal og den rent positivistiske tilgang til viden.

Den idiografiske tilgang har derimod fokus på det individuelle, det særegne og unikke ved det enkelte menneske og ønsker at undersøge de fænomener, hvor mennesker er muligt forskellige. Den idiografiske tilgang er optaget af mennesket som et meningsskabende, selvreflekterende og kommunikerende individ, og det individuelle skal undersøges og forstås ved hjælp af kvalitative metoder (fx interviews, casefremstillinger), hvor den enkelte er i fokus. Den idiografiske tilgang er den, der bruges, når det handler om at forstå de mentale processer og livssituationen hos den enkelte i klinikken, hvor det enkelte menneske er i centrum. Det er her, der kan etableres en relation mellem to mennesker – det vil sige en subjekt-subjekt-relation.

Som det fremgår af evidenshierarkiet, rangerer metoder til undersøgelse af den enkelte ud fra en idiografisk vinkel meget lavt. Casemetoden og den deskriptive undersøgelse rangerer på evidensniveau III, kvalitativ metode og undersøgelse nævnes overhovedet ikke i evidenshierarkiet. Dette giver en ringe videnskabelig gennemslagskraft, når der findes belæg for at opstille nye hypoteser, hvilket kvalitativ metode jo ofte bruges til. Og det giver ringe videnskabelig gennemslagskraft, når det specifikt menneskelige – bevidsthed, emotioner, relationsevne etc. – forsvinder ud af det grundlag, der skal medtages i klinisk beslutningstagen – barnet forsvinder med badevandet.

## **Problemer med EBM**

Nedenfor skal vi se på en række problemer omkring EBM-logikken og den måde, den bliver anvendt på i den kliniske dagligdag. Naturligvis er der også opnået store landvindinger med EBM, og lad det indledningsvist være sagt igen, at kritikken ikke på nogen måde er udtryk for, at vi ikke mener, at man til enhver tid skal opsøge den bedste viden omkring kliniske behandlingsformer. Vi er også fuldt ud klar over og anerkender, at rigtig meget nyttig viden er opsamlet i databaser, der kan slås op i via internettet. Vi finder imidlertid, at det er udviklingen i datalogien, der har gjort det muligt for den almindelige behandler at kontakte databaserne direkte, og ikke udviklingen af EBM-attituden. Vores kritiske betragtninger inddrager såvel videnskabsteoretiske som kliniske dimensioner.

## EBM – et nyt paradigme?

I deres første artikel fra 1992 starter EBM-gruppen med at påpege, at EBM udgør et nyt videnskabeligt paradigme: *A New paradigm for medical practice is emerging*. Og senere beskriver de det randomiserede kliniske forsøg som det afgørende skift, der leder til et nyt paradigme. Dette er imidlertid store ord, som næppe holder ved nærmere gennemsyn. Spørgsmålet er, om ikke det forholder sig omvendt: At EBM er de sidste krampetrækninger ved et gammelt og snart udateret paradigme – altså snarere et konserveringsmiddel end noget nyt?

Ifølge Thomas Kuhn opererer videnskaber inden for paradigmer, hvor specifikke normer og regler gør sig gældende og betinger videnskabens konstruktion og selvforståelse (Christensen 2003). I rolige perioder udvikler videnskaben sig inden for en given ramme (paradigme), men i perioder, hvor den bliver konfronteret med en række problemer (anomalier), som ikke kan løses inden for det etablerede paradigme, sker der en ændring af såvel teorier som metoder. Et paradigmeskifte er

*»..... ikke-kumulative episoder i udviklingen, hvor et ældre paradigme erstattes helt eller delvis af et nyt, som er uforeneligt med det gamle.«*

(Kuhn 1970)

I lægevidenskaben har man traditionelt skelnet mellem rationalister og empirister. Rationalisterne bruger deres viden om sygdomsmekanismer og -årsager til at beslutte, hvordan den enkelte patient skal behandles, mens empiristerne baserer deres beslutninger om behandling på tidligere erfaringer.

EBM er et eksempel på empirisme, som der findes en meget lang tradition for helt tilbage fra omkring den franske revolution. Blandt de læger, der var med til at etablere det empiriske paradigme, kan nævnes blandt andre Xavier Bichat (1771-1802), der supplerede observationer af patienten med patofysiologiske fund, Francois Magendie (1783-1855), der indførte dyreeksperimentelle undersøgelser, og Pierre Louis (1787-1872), der afviste ekspertudsagn for selv at eksperimentere med åreladning tidligt og senere i forløbet hos patienter med infektionssygdomme. To fremsynede læger, nemlig Jules Gavarret (1809-1890) og Johannes Fibiger (1867-1928) indførte tidligt de nu klassiske undersøgelsesmetoder: I 1840'erne anbefalede Gavarret sine kollegaer at inddеле patienterne i to grupper og nøje observere effekten af behandlingerne, hvis man ønskede at finde ud af, om en behandling var bedre end en anden. Han mente endvidere, at man skulle anvende statistiske metoder for at udelukke tilfældighedernes spil. I 1890'erne lavede Fibiger en undersøgelse af difteripatienter, hvor han sammenlignede deres sygdomsforløb med og uden behandling. De patienter, der blev indlagt den ene dag, fik serumbehandling, mens de, der blev indlagt den anden dag, in-

gen behandling fik. Disse undersøgelser regnes for at være blandt de første større kontrollerede kliniske behandlingsforsøg (Wulff 2005).

I årene derefter fik den rationalistiske tænkning igen vind i sejlene, og man forskede i *baggrunden* for forskellige sygdomme. Dette førte til, at man i mellemkrigstiden begyndte at behandle diabetespatienter med insulin, pernicios anæmi med leverpræparater, og visse bakterielle infektioner med sulfa. Hvis man blot fandt årsagerne til forskellige sygdomme, ville det følge af sig selv, hvordan patienten skulle behandles (ibid.).

I slutningen af 1940'erne blev det empiristiske paradigme atter genoplivet. Pga. mangel på Streptomycin og usikkerhed om effekten af behandling af lungetuberkulose gennemførte man et regelret randomiseret forsøg, hvor behandling med Streptomycin stod over for standardbehandling. I løbet af 1950'erne og 1960'erne blev der udført stadig flere randomiserede forsøg fx af insulin-coma terapi for skizofreni (Ackner & Oldham 1962) og behandling af depression med 1) ECT, 2) imipramin, 3) phenelzine eller 4) placebo (Medical Research Council 1965). Med Cochrane og hans bog fra 1972 fik empiristerne en vigtig fortæller for det randomiserede forsøg, som EBM-gruppen siden har udråbt til »the golden standard«.

Med fokus på denne del af den medicinske historie er det åbenbart, at EBM på ingen måde udgør et *nyt paradigme*. EBM tilføjer ikke den medicinske behandling noget afgørende nyt, men må snarere ses som en videreudvikling af det eksisterende paradigme, der har vist sin berettigelse i relation til traditionelle biomedicinske sygdomme – de gamle sygdomme såsom infektioner etc. Imidlertid er det eksisterende medicinske paradigme i krise i disse år med tilkomsten af en lang række »nye sygdomme«, fx livsstilssygdomme som type 2 diabetes, depressioner, stressstilstande, og derudover fibromyalgi, piskesmæld, MCS (multiple chemical sensitivity) og andre, som ikke snævert lader sig forstå ud fra en klassisk biomedicinsk model.

Ændringerne i sygdomsudviklingen har medført en krise for det biomedicinske paradigme, og i realiteten kan EBM ses som en sidste krampetrækning i bevarelsen af det gamle paradigme. Det er tankevækkende, at EBM-bevægelsen netop kommer i en tid, hvor der synes at blive en stadig større afstand mellem det medicinske paradigme og de sundhedsproblemer og sygdomme, det skal løse. De »nye sygdomme« udgør med Kuhns ord »anomalier« i forhold til det klassiske paradigme, som de således udfordrer.

Det er således helt udokumenterbart, når det påstås, at EBM udgør et nyt paradigme. Det nye er udelukkende den vægt, man lægger på det randomiserede kliniske forsøg. EBM ligger i direkte forlængelse af den klassisk positivistiske tænkning, hvor kun det, der kan måles og vejes, tillægges betydning.

Men også i den »rene« biomedicin opstår der nu alvorlige problemer med EBM. Komplexiteten i at måle fx et kirurgisk indgreb kontra et ikke-kirurgisk indgreb over for fedme gør EBM-idealet uanvendeligt ifølge Sugerman

& Kral (2005). Hvis vægttab ses som det gældende og eneste målbare effektmål, mistes alt andet: patienternes udvikling af andre, relaterede sygdomme (comorbiditet), antallet af fejl i såvel diagnostik som i operationens udførelse, antallet af irreversible tilfælde og hele den proces af efterhånden rettede fejl, der har ført op til den nuværende praksis – en nugældende praksis, der som altid er under bestandig forandring alligevel. Virkelighedens kompleksitet synes at overhale biomedicinens drøm om klare diagnoser, monokausale forklaringer og af simple spørgsmål, der enkelt kan besvares. Den moderne sundhedsvirkelighed er ikke skruet sådan sammen.

## Evidens

Når vi taler om, at noget er evidenti, så har det status af at være indlysende og klart, og når noget er baseret på evidens, må det dermed også være sandt. Verden i sig selv kan ikke være sand (eller falsk), men vores viden om verden kan være sand (eller falsk). Når sandhed ikke er en egenskab ved verden, men ved vores viden om verden, så er den underlagt historiske og situationelle omstændigheder. Derfor er sandhed et begreb, der varierer med tid og rum. Det, der opfattes som sandt i en periode, er det ikke nødvendigvis i en anden, og det, der opfattes som sandt i en specifik situation, behøver ikke at være det i en anden. Forestillingen om generel sandhed er en myte.

»Viden er organiseret information« skriver Kirsten Hastrup (2004) og fortsætter, at »organiseringen betyder, at viden er både reduktiv og selektiv«. Den er *reduktiv*, fordi den reducerer en empirisk kompleksitet til klare, men derfor også begrænsede udsagn om verden, og den er *selektiv*, fordi den må se bort fra noget for at være viden. Den viden, der har prioritet i EBM, er fremkommet ved randomiserede kliniske undersøgelser, og det, der bortselekteres eller marginaliseres, er eksplicit den kontekstuelle eller situationelle viden som fx patientens motivation og engagement, behandler-patient-forholdet, erfaringer fra tidligere relationer (»overførings-modoverføringsforholdet«), sympati-antipati, compliance – dvs. alle de faktorer, der indgår i det, der udgør placebo/noceboeffekten og dermed uundgåeligt og ofte afgørende præger den kliniske virkelighed. Selvom disse faktorer ikke undersøges, så tilkendes de alligevel betydning, og man søger at omgå dem i RCT-designet ved at have både en kontrol- og en behandlingsgruppe, hvor placebo-aspektet principielt skulle være det samme. Når man ønsker at undgå de kvalitative situationelle aspekter, hænger det sammen med, at de opfattes som uforudsigelige og ukontrollable. De kan ikke bringes på formel. Heri ligger, at placeboeffekten opfattes som et forstyrrende element, der så vidt muligt skal elimineres. Der er således ingen ansatser til at se disse kvalitative faktorer i behandler-patient-relationen som mulige *positive* elementer, der kan udforskes for at udvikle og forstærke den kurativ relation.

## Metaanalyser

Basis for EBM er de randomiserede forsøg, og disse kan samles og bearbejdes i metaanalyser. Værdien af metaanalysen afhænger direkte af kvaliteten af de randomiserede undersøgelser, og er disse ikke gode, bliver metaanalysen det heller ikke. »Garbage in – garbage out«, som dette hedder hos Gregson et al. (2002). Metaanalyser kan forstærke og evaluere de basale informationer, som ligger i de randomiserede kliniske undersøgelser, men de bliver aldrig bedre end deres råstof. Der er imidlertid også en række svagheder ved metaanalyser: De består ofte af meget heterogene studier, de angiver ikke altid inklusionskriterier tilstrækkeligt præcist, de kan bestå af mange stort set identiske studier af de samme ting, ganske især medicinske præparater, hvilket kan give bias. I øvrigt er det solidt dokumenteret, at sandsynligheden for, at et nyt præparat udkonkurrerer det gamle, er større end det omvendte, hvilket også giver bias og skævvridninger. Det gælder desuden, at det er dyrt at gennemføre randomiserede kliniske undersøgelser og derfor sker dette sjældent uden finansiering fra medicinalindustrien. Hvis et firma ønsker at dokumentere, at præparat X er bedre end præparat Y, så kan de enten iværksætte en undersøgelse med 1) mange deltagere og/eller 2) lave flere undersøgelser af de samme præparater, som herefter kan tjene som dokumentation for, at »flere undersøgelser dokumenterer, at præparat X er bedre end præparat Y«. I nogle tilfælde er det antallet af patienter/forsøgspersoner, der tæller, og i andre er det antal undersøgelser, der viser, at fx præparat X er bedre end præparat Y. Det er ikke vanskeligt at omgå regler om, at evidens skal tilvejebringes af mindst to, hinanden uafhængige forskergrupper. Der er flere eksempler på, hvorledes medicinalfirmaer betaler forskere for at stå som medforfattere til undersøgelser (se fx Valenstein 2002) og på den måde styre forskningen, så den kan bruges som led i markedsføringen af deres produkt.

Desuden er der publikationsbias, idet der er en tendens til, at undersøgelser med signifikante resultater offentliggøres oftere og hurtigere, end når resultaterne ikke er signifikante eller måske direkte negative. Hertil kommer de undersøgelser, der af den ene eller den anden grund ikke publiceres. I en undersøgelse af 102 RCT-studier og metaanalyser, som bl.a. har lederen for det danske Cochrane-center som medforfatter, fremgår det, at hvis man går tilbage og sammenligner med de oprindelige protokoller, er der i mere end 60% af studierne udeladt eller ændret mindst ét af de primære resultater.

Forfatterne konkluderer, at:

*The reporting of trial outcomes is not only frequently incomplete but also biased and inconsistent with protocols. Published articles, as well as reviews that incorporate them, may therefore be unreliable and overestimate the benefits of an intervention.*

(Chan et al. 2004)

En anden kritik af metaanalyser er, at de kan være forældede, når de publiceres, fordi de baseres på gamle undersøgelser, således at »...today's authoritative pronouncement may be dismissed tomorrow as incorrect or misleading« (Feinstein & Horwitz 1997).

Endelig gælder det, at vigtige enkeltstudier, der ikke er designet som RCT, bliver udeladt i metaanalyserne. Fx er det aldrig blevet dokumenteret ved hjælp af kliniske randomiserede undersøgelser, at insulin kan nedbringe blodsukker hos diabetespatienter, og at penicillin har effekt på bakterielle infektioner, men dette er massivt dokumenteret i observationsstudier. Disse to afgørende resultater ville imidlertid aldrig indgå i en metaanalyse og ville således heller ikke finde vej til autoritative behandlingsanvisninger (ibid.).

Der er således en række problemer ikke blot med den selektion af virkeligheden, som har prioritet i EBM, men også med »the golden standard« – de randomiserede undersøgelser og metaanalyserne.

## Generaliseringsproblemet

Et beslægtet tema er generaliseringsproblemet, der handler om, hvorvidt resultater og viden fra RCT – den forskningsmæssige evidens – kan overføres på klinisk praksis, hvor den enkelte patient står i fokus: Kan man slutte fra det generelle til det specifikke? Kan man overføre det rene forskningsdesign, uden de situationelle omstændigheder, til at gælde i den konkrete situation med den specifikke patient? Hvad er forholdet mellem statistikken og den enkelte person? Hvis der er 80% sandsynlighed for, at en behandling er virksom, er denne patient så en af de 80 eller en af de 20% af de hundrede teoretiske patienter?

Principielt kan man ikke slutte fra generelle udsagn om behandling af en sygdom til behandling af den konkrete patient, fordi der indgår de ovenfor omtalte situationelle faktorer. Dette gælder i særdeleshed, når det handler om behandling, der ikke er snævert biomedicinsk funderet. Ofte vil praksis se helt anderledes ud end de omstændigheder, hvorunder det randomiserede forsøg er udført. Bl.a. vil patientselektionen være en anden, fordi de fleste undersøgelser primært inddrager *den typiske patient*, der responderer godt på behandlingen (Feinstein & Horwitz 1997), mens patienter med dobbelt-diagnoser, patienter over en vis alder, patienter med sværere symptomer end gennemsnitligt, og andre, som ikke præcist passer ind, sædvanligvis udelukkes fra den slags undersøgelser.

Uffe Juul Jensen (2004) har rammende formuleret, at »evidens i en sammenhæng er ikke nødvendigvis evidens i en anden« og »man kan ikke konkludere, at generelle hypoteser om behandlingseffekt, som vi har dokumentation (videnskabelig evidens) for, også i sig selv er »den bedste tilgængelige evidens« for, hvordan et bestemt menneske skal behandles i en given situation« (ibid.).



Uffe Juul Jensen peger her på, at den individuelle faktor og de situationelle omstændigheder gør, at man ikke kan generalisere og tale om almen-gyldige sandheder.

Det er i øvrigt tankevækkende, at den individuelle faktor i fremtiden antagelig kommer til at spille en meget større rolle, end tilfældet er i dag, når der skal træffes beslutninger om behandling.

Werge & Kessing (2005) har i en artikel om psykofarmakologi i genomisk perspektiv skrevet, at det er velkendt, at psykofarmakas virkning varierer betydeligt mellem befolkningsgrupper og individer, hvilket udgør et problem. Den varierende forekomst af behandlingssvigt og bivirkninger vil være bestemt af samspillet mellem farmakokinetiske og -dynamiske forhold hos den enkelte samt individuel adfærd og livsstil. Ligesom andre komplekse lidelser gælder det formodentlig, at psykiske sygdomme dækker over flere ætiologiske tilstande, der til trods for en ensartet klinisk fremtrædelsesform ikke kan forventes at respondere ensartet på behandlingen. De peger på, at de forskellige reaktioner på farmaka ligesom den psykiske lidelse i betydelig grad er genetisk bestemt og dermed noget, der varierer fra person til person. Pointen er, at den enkelte patient med sine individuelle træk – uanset om disse er biologiske, psykologiske eller sociale – reagerer individuelt og dermed forskelligt fra andre på samme behandling. Det er således med den mest moderne sundhedsviden ikke muligt at generalisere ud fra behandlinger alene og undlade at se på det enkelte menneske i sin unikke situation – dvs. ud fra den idiografiske vinkel.

### Kogebogsmedicin?

EBM-logikken, som giver sig udslag i forskrifter for, hvordan den behandlende læge og psykolog skal agere, starter med at pointere, at der skal stilles »answerable questions« hvilket for så vidt er i logisk forlængelse af EBM-forestillingen om evidens. Spørgsmål, der stilles, skal kunne besvares. Dette betyder, at klinikerens undlader at stille spørgsmål, der ikke umiddelbart lader sig besvare og hermed spørgsmål, som ikke kan formuleres og besvares inden for det etablerede (læge)videnskabelige paradigme. Der ligger således en konservatisme i EBM-logikken, som konkret betyder, at

*»...de mulige løsninger foregriber, hvad det er muligt, og hvad det er værd at vide om problemerne. Det betyder, at andre problemer glider ud af fokus, nemlig dem, der ikke passer til løsningerne.«*

(Hastrup 2004 )

Der skal ikke stilles spørgsmål om noget, som ikke er blevet dokumenteret af RCT-studier, og hermed er der lagt op til kogebogsmedicin, hvor man kan finde svar på alt i en autoritativ opslagsbog (læs: Cochrane review eller

behandlingsvejledning). Det, man ikke kan finde svar på, »fordi det ikke passer ind i løsningerne«, skal man ifølge EBM-logikken ikke spørge om! Der kræver ikke meget fantasi at forestille sig, hvorledes en behandler stiller en diagnose og derefter »slår op i kogebogen« for at finde ud af, hvilken behandling patienten skal have, og som Feinstein & Horwitz formulerer det, så gælder det, at »...the products of EBM readily lend themselves to the establishment of guidelines and other »slavish cookbook approaches«« (Feinstein & Horwitz 1997).

Guidelines og referenceprogrammer kan være udmærkede som oversigter over tilgængelige terapiformer, men man må aldrig glemme den enkelte patients specifikke tilstand og behov. Udfærdigelsen af autoritative referenciprogrammer medfører en stor risiko for, at der samtidig sker en selektion af tilgængelige terapiformer, hvilket allerede er set i USA.

EBM lægger op til kogeboogsmedicin og på den måde til en ekstrem autoritær holdning hos behandlerne – det modsatte af, hvad de postulerer i EBM-gruppens første artikel fra 1992, hvor der står, at EBM udgør et nyt paradigme, der lægger »much lower value on authority« end det tidligere paradigme. Med EBM-attituden er der blevet skabt en autoritet så stor, at ingen klinikker kan argumentere imod endside blot komme til orde i sin egen ret.

## Problemer i klinikken

Prioriteringen af EBM-logikken i klinikken kan have nogle fordele, men også store omkostninger. Fordelene er blandt andet skærpet opmærksomhed på nye behandlingstiltag og fortrolighed med litteratursøgning. Ulemperne er imidlertid det menneskesyn, som følger i kølvandet på EBM, nemlig en objektivisering af patienten. Hvis patienten bliver opfattet som et objekt, så bliver han et passivt objekt for behandling, og patienten må overføre al magt og kompetence til den behandlende læge. Dette vil uvilkårligt forstærke den autoritære relation til behandleren, hvilket i øvrigt står i direkte modsætning til tidens strømme og intentioner om, at patienten skal have valgmuligheder og frihed til at diskutere sin behandling med lægen. Som Williams & Gardner (2002) udtrykker det, så risikerer lægen at blive konfronteret med et paradoks:

*»They are urged to take the user's wish for treatment into account and on the same time to follow the edicts and restrictions of the EBM«*

Flere og flere patienter søger alternativ behandling, hvilket kunne tolkes som et ønske om en holistisk tilgang til deres problem. Den tekniske rationalitet og den dehumaniserede holdning, som ligger i EBM, kan måske være medansvarlig for denne proces?

Hvad sker der med det kliniske blik og den kliniske sans i en tid, hvor fokus primært er på nomotetiske undersøgelser og Cochrane biblioteket? Den typiske patient, der har indgået i randomiserede undersøgelser, svarer ikke til den patient, der findes i klinikken. I psykiatrien har en meget stor del af patienterne comorbide lidelser, hvilket betyder, at de ikke umiddelbart kan »slås op« i et referenceprogram eller i en manual, hvorfor behandlingen ofte ikke ligger lige for. Uden klinisk sans er den diagnosticerende og behandelende læge dårligt udrustet. Det kræver ikke megen fantasi at forestille sig, hvad der sker med kulturen i de kliniske miljøer, hvis de specielle patienter, de atypiske eller de patienter, der ikke umiddelbart lader sig behandle, må opgives. Behandleren står svagt, hvis ikke de rekommanderede præparater virker. Det er ikke mærkeligt, at der gennem tiden er kommet en del forskning, der handler om, hvorfor fx de praktiserende læger meget ofte *ikke* anvender kliniske EBM-videnser i praksis. De opfatter den kliniske setting og den evidensbaserede viden som to ting, der aldrig kan bringes på sammen formel, »*they regard clinical evidence as a square peg to fit into the round hole of the patients' life*« (Freeman & Sweeney, 2001). Sådanne undersøgelser af de faktiske forhold hos de klinisk arbejdende læger kan for øvrigt kun opsamles med kvalitative forskningsmetoder – altså atter et område af virkeligheden, hvor EBM-attituden vil være blind.

Hvad værre er, så vil udviklingen af den kliniske fornemmelse have meget dårlige kår i et uddannelsessystem, hvor det handler om at diagnosticere med brug af de kategorielle diagnoselister WHO's ICD 10 og den amerikanske DSM IV, hvor man identificerer fx fem af ni symptomer uden fornemmelse for sammenhænge og dynamik, for derefter at slå den rette behandling op i manualer. Den tanke byder trænedede klinikere meget imod. Som det hedder hos Williams & Garner (2002): »*Let us hope that the day will not come when, on seeing a patient, the doctor's first thought is to turn to the Cochrane Library*«.

### **Mere katolsk end paven?**

Uffe Juul Jensen skriver i sin artikel »Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven« om, at »*slogans og feltråb skal samle og begejstre, men de kan rumme farlige forsimplinger og dette gælder også feltråbet om evidens baseret medicin*« (2004). Han peger på, at evidenslogikken er i risiko for at udvikle sig til et nyt autoritært paradigme forvaltet af Cochrane-centre rundt om i verden, som en afløser for det gamle Galen'ske paradigme, der har domineret lægevidenskaben gennem århundreder. Han citerer Feinstein & Horwitz (1997):

*»a new dogmatic authoritarianism may then be revived in moderne medicine, but the pronouncement will come from Cochranian Oxford rather than Galenic Rome.«*

(Feinstein & Howitz 1997)

Efterhånden har mange fået øjnene op for de autoritære holdninger, der ligger i den ofte næsten religiøse og helt ukritiske tilbedelse af EBM. I et nummer af *British Medical Journal* (december 2002) findes en meget morsom og satirisk artikel med titlen »EBM: Unmasking the ugly truth«. Artiklen beskriver EBM-bevægelsen som en religiøs sekt, og i den kan bl.a. findes det nedenfor gengivne billede af en kittelklædt person med en fladskærm i hånden.



*»An EBM priest anointing a patient with evidence at the bedside.«*

(Adapteret fra *BMJ*, 2002)

Desuden indeholder artiklen en liste over disse 10 EBM-bud, der menes at være åbenbaret til en EBM-profet på Mount Hamilton:

- *Thou shalt treat all patients according to the EBM cookbook, without concern for local circumstances, patients' preferences, or clinical judgement*
- *Thou shalt honour thy computerised evidence based decision support software, humbly entering the information that it requires and faithfully adhering to its commands*
- *Thou shalt put heathen basic scientists to the rack until they repent and promise henceforth to randomise all mice, materials, and molecules in their experiments*
- *Thou shalt neither publish nor read any case reports, and punish those who blaspheme by uttering personal experiences*
- *Thou shalt banish the unbelievers who partake in qualitative research, and force them to live among basic scientists and other heathens*

- *Thou shalt defrock any clinician found treating a patient without reference to all research published more than 45 minutes before a consultation*
- *Thou shalt reward with a bounty any medical student who denounces specialists who use expressions as »in my experience«*
- *Thou shalt ensure that all patients are seen by research librarians, and that physicians are assigned to handsearching ancient medical journals*
- *Thou shalt force to take mandatory retirement all clinical experts within a maximum of 10 days of their being declared experts*
- *Thou shalt outlaw contraception to ensure that there are adequate numbers of patients to randomize.*

I de følgende numre af BMJ fungerede EBM som en forkortelse af »Evidence Biased Medicine«. Morsomt er det, men det dækker også en holdning, som i stigende grad gør sig gældende i fagtidsskrifter, nemlig at EBM lægger op til en ekstremt autoritær måde at forvalte de kliniske beslutningsprocesser på.

Dilemmaet står mellem »den rette behandling«, som gælder for alle patienter over en kam, og som skal slås op i Cochrane-manualer, over for alle de faktorer i det virkelige livs klinik, som vi ovenfor har nævnt, nemlig patientens individualitet og specifikke ønsker og behov. Men der er virkelig en forskel på en forskningsmæssig *setting* og en klinisk *setting*. Det er ganske enkelt ikke samme logik, der gælder de to steder.

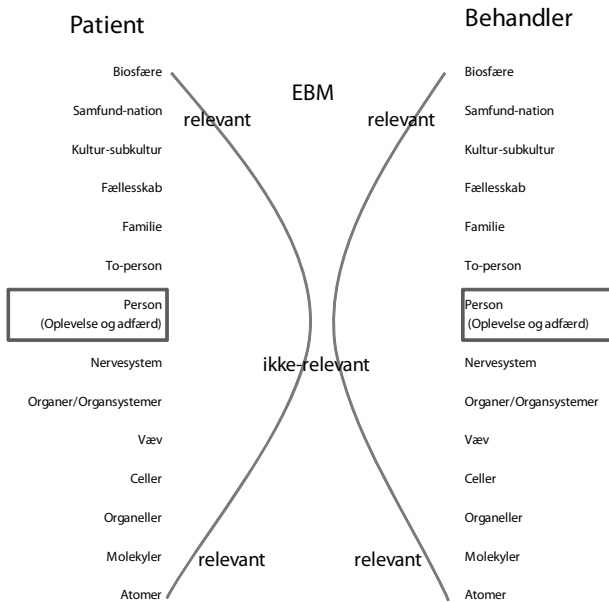
Det virker, som om der flere steder opstår en stigende opmærksomhed på det illusoriske i EBM-logikken. Både i USA og i England er der institutter, der i stedet bekender sig til *Value Based Medicine*. I den engelske retning er det patienternes egne værdier, der står i fokus, og ud fra devisen »en tilfreds patient er en velbehandlet patient« har man arbejdet på at bruge patienternes egne mål som guidelines for behandlingen (Petrova et al. 2006). I den amerikanske udgave af *Value Based Medicine* bruges EBM som et grundlag for klinisk beslutningstagen, men på en langt mere reflekteret måde end i klassisk EBM. Man ønsker at komme bort fra den automatik, der ligger i EBM og ønsker i stedet at udvikle værdibaserede refleksioner over, hvilke behandlingsformer og -mål der skal have højest prioritet. Tankegangen er her meget pragmatisk; når vi ikke har råd til at behandle alle lidelser, må det være en værdimæssig og ikke en teknisk betragtning, der må bringes i anvendelse til prioriteringer (Brown et al. 2005).

## Afslutning – om at placere EBM relevant i forhold til psykologi

For snart en menneskealder siden formulerede psykiateren G.E. Engel (1977, 1980) et ganske andet paradigme for den lægevidenskabelige forstå-

else af mennesket, nemlig den bio-psyko-sociale model. Modellen beskriver mennesket i et hierarki af funktionssystemer gående fra de atomer og molekyler, der er grundlaget i det menneskelige væv, vævets organiseringer i organer og nervesystem, der igen muliggør den menneskelige bevidsthed og adfærd og dernæst det hele menneskes interaktion med andre mennesker i stadig større gruppedannelser og hele samfund (se fig 1.)

### Den biopsykosociale model og EBM's videnskabelige relevans



Figur 1.

Bibeholdes denne form for forståelse, kan man anskueliggøre, hvorledes EBM-logikken og det positivistiske vidensideal efter vores opfattelse kan siges at have større eller mindre videnskabelig relevans i det funktionelle hierarki, hvilket vi har forsøgt at gøre i figur 1. Studerer man mennesket som organeller og celler, er der en meget god logik i at studere mennesket som objekt, som biomasse, også selv om der i overgangen fra dødt til levende materiale er foregået noget, som vi i (natur)videnskabelig forstand stadig ikke har forstået. Men denne forskel gør, at der også er forskel på de videnskabelige metoder og tankegange, der gør sig gældende i henholdsvis kemi og biologi. Biologiske processer alene forstået som kemiske processer er ikke fyldestgørende, fordi det ikke udtømmende bliver forklaret, hvordan noget kvalitativt nyt, nemlig den levende organisme er kommet til.

På samme måde kan man godt anskue menneskets hjerneceller og -processer ud fra rent biologiske, objektgørende metoder, men med hjerneprocessernes overgang til menneskelig bevidsthed (hvilket vi ikke ved noget videnskabeligt om) kan man ikke længere benytte objektiverende videnskab alene uden at gøre alvorligt vold på selve forskningsgenstanden, der nu er den menneskelige oplevelse og adfærd.

Netop her, hvor subjektet åbenbarer sig, er mennesket altid en enhed for sig selv, noget, der ikke kan være to af, men kun to enere. Den menneskelige bevidsthed, selvidentitet, det enkelte menneskes væren-i-live kan kun forstås meningsfuldt som unikt og en enhed for sig. Det er den enhed, der konstituerer, at vi overhovedet kan erkende noget, vide noget. Det menneskelige individs oplevelse af at være i live og at være sig selv, kan man hverken lægge sammen eller trække fra, gange eller dividere. Det er noget, der enten er eller ikke er. Hvis to sådanne individer er i meningsfuld kontakt og udveksling med hinanden, må det også i meget høj grad forstås netop sådan: to individer i kontakt og udveksling med hinanden. Og det er *dette*, der er grundbetingelsen i al psykologisk patientbehandling.

Man kan principielt godt studere to mennesker i interaktion som to objekter, men denne synsvinkel synes nemmere at applicere, når mennesker bliver flere end to – når de bliver til fx politiske grupperinger eller arbejdspladser, endnu nemmere og fuldstændig relevant bliver den positivistiske attitude, når de bliver til samfund. Her fungerer EBM-logikken og den objektiverende videnskabelighed igen med fuld ret, som den gjorde med studiet af atomer og organeller. Selvfølgelig må vi som borgere i samfundet underkaste os den rigoristiske forskning og logik, der ligger i fx konstateringen af, at rygning nedsætter gennemsnitslevealderen. Men det er en fejlslutning at overføre denne logik til situationen, hvor to individer er i gensidig udveksling, i konsultation. Hvis patienten er 82 år, døende af svage nyrer og som det sidste elsker synet og smagen af den blå røg fra en dyr cigar, så er det jo direkte upassende, en menneskelig fornærmelse at indføre en EBM-attitude-bemærkning om, at rygning kan skade helbredet. I det omfang, at EBM-attituden ikke respekterer dette, at individet i den virkelige verden ikke kan reduceres til en abstrakt statistisk størrelse, er den dummere, end noget videnskabspoliti kan tillade.

Vi vil gerne understrege, at vi fortsat mener, at man til enhver tid skal lade kliniske beslutningsprocesser styre af den bedst tilgængelige evidens. Pointen er imidlertid, at den bedste tilgængelige evidens, når det drejer sig om interaktionen mellem fx læge og patient, er af en anden art end den, som ligger i EBM-logikken. Evidens er relevant, også når det handler om subjekt-subjekt-positioner, hvilket skulle være fremstillet ovenfor.

## Perspektivering – om psykologiens videnskabelighed

Spørgsmålet bliver imidlertid hurtigt bredere, når vi kigger specielt på psykologien som videnskab. De seneste års forøgede fokus på (amerikansk) positivistisk videnskabelighed som en stadig større del af den psykologividenskabelige selvforståelse, må kalde på mere end almindelig bekymring. Mennesker forstået og beskrevet i eksperimenter, som neurokemi, som statistik og studeret via et stadig voksende antal datamaskiners programmel, er selvfølgelig en form for viden om mennesker – men er det også psykologi? Eller rettere: I hvor høj grad er det også psykologi?

Ifølge Aristoteles er menneskesjælen det, der bestemmer mennesket, den er det særligt definerende, virkende væsen og formål i menneskets natur. At psykologi basalt set er læren om sjælen er vel en sætning, de fleste helt umiddelbart vil finde intuitivt rigtig. Psykologi er hverken neurovidenskab og hjernelære, det er ikke antropologi eller sociologi, det er heller ikke jura, socialmedicin, politologi eller evolutionsbiologi. Det er tankevækkende, at det netop er disse discipliner, der grænser op til, men som ikke selv er psykologi, der er de magtfulde psykologiske deldiscipliner i disse år. Selve psykologien – læren om psyken – synes næsten væk. Ordet »sjæl« består alene af dets intuitive kraft – det indgår ikke i nogen psykologibog fra de sidste 50 år, som vi har kendskab til. Ordet »psyke« synes på vej til at blive lige så abstrakt i øjeblikket.

Holder sådanne ting op med at eksistere, fordi man ikke taler om den? Selvfølgelig gør de ikke det. Men nutidens bestræbelser på at eftergøre naturvidenskabernes og socialvidenskabernes videnskabelige idealer, sådan som de kan genfindes i EBM-gørelsen af psykologien, må i mange henseender anses som en afsporing af den psykologiske videnskab. Psykologi, forstået som den videnskab, hvor der altid vil være *et genkendeligt individ* i det, der videnskabeligt udsiges noget om, har trange kår, men den vil naturligvis altid bestå, fordi dens genstand: den menneskelige psyke – sjælen, individet – er virkelig eksisterende på helt egne præmisser. Den er en real erkendelseskategori, der ikke kan reduceres til noget andet – hverken til dens biologiske grundlag eller til statistikkens abstrakte, regelbundne objekter.

Dette være skrevet i håb om, at psykologisk videnskab og psykologisk behandling igen må få den menneskelige psyke som sit egentlige og naturlige særkende. Rainer Maria Rilke har i sin roman *Malte Laurids Brigge* en formulering, som fokuserer på betydningen af at tage det enkelte menneske alvorligt i sin egen ret, nemlig som et enestående individ:

*Er det muligt, at man siger »kvinderne«, »børnene«, »drene« og ikke aner (trods al dannelse ikke aner), at disse ord længst intet flertal har, men kun utallige ental?*



Rilkes formulering anføres her afslutningsvis for at pointere, at specielt psykologien og psykiatrien har brug for en modvægt til EBM-logikkens flertalsformer: psykosocialt findes mennesker ikke i flertalsformer, men kun i utallige indbyrdes mere eller mindre forskellige entalsformer.

*Tak til Fondet for dansk-norsk Samarbejde for ophold på Lysebu, som muliggjorde formulering af nogle af de ovenstående tanker.*

## REFERENCER

- ACKNER, B., OLDDHAM, A.J. (1962): Insulin treatment of schizophrenia – a three year follow-up of a controlled study. *Lancet* I 504-506.
- BROWN, M.M., BROWN, G.C., SHARMA, S. (2005): *Evidence-Based to Value-Based Medicine*. New York: AMA Press.
- CHAMBLESS, D.L., SANDERSON, W.C., SHOHAM, V, et al. (1996): An update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist* 49; 5-18.
- CHAN, A.W., HROBARTSSON, A., HAARH, M.T., GOTZSCHE, P.C. (2004): Empirical Evidence for Selective Reporting of Outcomes in Randomized Trials. Comparison of Protocols to Published Articles. *JAMA* 292; 2457-2465.
- CHRISTENSEN, G. (2003): *Psykologiens Videnskabsteori – en introduktion*. København: Roskilde Universitetsforlag.
- COCHRANE, A.L. (1972): *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Cochrane Centre.
- CRAP Writing Group (2002): EBM: unmasking the ugly truth. *British Medical Journal* 2002; 325: 1496-1498.
- DAMASIO, A.R. (1994): *Descartes' Error. Emotion, reason and the human brain*. New York: Putnam.
- Evidence based medicine Working Group (1992): Evidence based medicine. A new Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 268;2420-2425.
- ENGEL, G.E. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- ENGEL, G.E. (1980): The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- FEINSTEIN, A. & HORWITZ (1997): Problems in the »Evidence« of »Evidence-based-Medicine«. *American Journal of Medicine* 103; 529-535.
- FREEMAN, A.C. & SWEENEY, K. (2001): Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *British Medical Journal* 323, 1100-2.
- GEDDES, J.R. & HARRISON, P.J. (1997): Closing the Gap between Research and Practice. *British Journal of Psychiatry* 171; 220-225.
- GREGSON, P.R.W., MEAL, A.G., AVIS, M. (2002): Meta-analysis: the glass eye of evidence-based practice? *Nursing Inquiry* 9; 24-30.
- HASTRUP, K. (2004): Vidensbegreber og videnskaber: Nye veje til kundskab? In: Bruun, J.J., Hanak, M.L., Kofoed, B.G. (red.) *Viden og Evidens i Forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- HOUGAARD, E. (2004): *Psykoterapi. Teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.

- JENSEN, U.J. (2004): Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven. In: Bruun, J.J., Hanak, M.L., Kofoed, B.G. (red.) *Viden og Evidens i Forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen 2004.
- KUHN, T. (1970): *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- LAMBERT, M.J. (2004): *Bergin and Garfields handbook on psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL (1965): Report by Clinical Psychiatry Committee. Clinical trial of the treatment of depressive illness. *British Medical Journal* I, 881-886.
- PARKER, G. & FLETCHER, K. (2007): Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115 (5), 352–359.
- PETROVA, M., DALE, J., FULFORD, B.K.W.M. (2006): Values-based practice in primary care: easing the tension between individual values, ethical principles and best evidence. *British Journal of General Practice* 56 (530): 703-709
- REICHBORN-KJENNERUD, T., FALKUN, E. (2000): Grunlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 2000; 120: 1148-52.
- ROTH, A. & FONAGY, P. (1996): *What works for whom? A critical review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.M.C., GRAY, J.A.M., HAYNES, R.B., RICHARDSON, W.S. (1996): Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ* 312; 71-72.
- STEERING COMMITTEE (2002): Empirically supported therapy relationships: conclusions and recommendations of the division 29 task force. In: J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- STILES, W.B. & SHAPIRO, D.A. (1989): Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review* 9; 521-44.
- SUGARMAN, H.J. & KRAL, J.G. (2005): Evidence based medicine reports on obesity surgery: a critique. *International Journal of Obesity* 29, 735–745.
- VALENSTEIN, E.S. (2002): *Hjernen som syndebuk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- WERGE, T., KESSING, L. (2005): Psykofarmakologi i et genomisk perspektiv. *Ugeskrift for Læger* 2005; 167: 2194-96.
- WILLIAM, D.D.R., GARNER, J. (2002): The case against 'the evidence': a different perspective on evidence based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180; 8-12.
- WULFF, H.R. (2005): Vejen til Evidensbaseret medicin. *Ugeskrift for læger* 167; 4724.
- WULFF, H.R. & GØTZSCHE, P. (1997): *Rationel Klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger*. København; Munksgaard.