

Tilgjengelig medisinsk informasjon er nærmest ubegrenset. Noen må foreta et utvalg hvis informasjonen skal kunne brukes i praksis

Medisinske sannheter

Å praktisere medisin vil si fortløpende å treffe beslutninger med virkning for pasienters helse. En god lege må være en god beslutningstaker. Og en god beslutningstaker må være godt informert: om pasientens tilstand, om sykdommens natur, om intervensjoner som kan velges – og om hva som er riktig medisin. Men hvordan skal man makte å holde seg oppdatert? Og hvordan kan man vite at den informasjonen man får, er til å stole på? Hva er egentlig en medisinsk sannhet?

Det er lenge siden leger kunne ta mål av seg til å være à jour med originallitteraturen. Omkring 1830 dukket de første internasjonale tidsskrifter med abstrakter opp, fordi det ble umulig for praktiserende leger å rekke over alt som ble publisert innen eget fagfelt (1). I en artikkel om medisinsk publisering i Norge i dette nummer av Tidsskriftet viser Magne Nylenna og Øivind Larsen at å gjengi utdrag og sammendrag av artikler i andre tidsskrifter var en vesentlig del også av de første norske medisinske tidsskrifter (2). *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, som ble utgitt fra 1840, hadde som formål «deels at afgive et depot for vore egne Lægers litteraire Arbeider, deels i Uddrag at meddele det Vigtigste af den udenlandske Literatur» (2).

Det er anslått at det nå publiseres mellom 800 og 1 000 medisinske fagartikler daglig i tillegg til et utall andre studier, rapporter og analyser som presenteres direkte i aviser, TV og på Internett. Å selektere den riktige informasjonen er en betydelig oppgave både i omfang og vanskelighetsgrad. Problemet er ikke kunnskapsmangel, men informasjonsoverflod. Det meste må velges bort. I dag kan man finne støtte for nesten en hvilken som helst påstand i medisinske forskningsresultater. Det finnes ingen enkel og grei formel for å velge ut den riktige eller «sanne» informasjonen. Cochrane-bevegelsen og miljøene som arbeider med såkalt kunnskapsbasert medisin, har gjort og gjør en prisverdig innsats for å forsøke å objektivisere og standardisere måten vi vurderer forskningsresultater på, og det er gledelig at norske forskere har gitt betydelige bidrag til dette arbeidet (3). Men selv om analysene blir stadig mer avanserte, vil de bare kunne brukes på begrensede områder av det medisinske fagfeltet. Og metodene er bedre egnet til å si noe om hva som er riktig på gruppenivå enn på enkeltpasientnivå. Med andre ord er de bedre egnet til å gi politiske enn kliniske retningslinjer.

Samtidig som vi har mer medisinsk informasjon enn vi makter å håndtere, har vi store og viktige hull i den medisinske kunnskapsbasen. På noen områder finnes lite forskningsbasert kunnskap. Dels fordi det ikke bevilges penger til forskning hvis ikke området oppfattes som interessant eller forskningsresultatene kan utnyttes kommersielt. Dels fordi det på svært mange områder er vanskelig å finne entydige svar gjennom tradisjonelle forskningsmetoder.

En annen årsak til at kunnskapen er ufullstendig, er at ikke alle resultater av forskning offentliggjøres. Publisering av forskning i ledende tidsskrifter gir prestisje og ikke minst muligheter for økt omsetning av f.eks. legemidler hvis studien viser en positiv effekt. Det frister til opportunistisk rapportering: Negative funn blir underreportert og presentasjonen av resultater blir skjev. Konsekvensen er at tidsskrifter som har som målsetting å gi kvalitetssikrede, forskningsbaserte opplysninger, selv kan bli ført bak lyset. Det hjelper ikke om forsøkspersonene er randomisert hvis forskningsresultatene blir selektert. Både gode og dårlige nyheter må rapporteres fullstendig og i likt monn dersom det totale bildet skal bli riktig. Dette er bakgrunnen for at en rekke redaktører av medisinske tidsskrifter har sluttet seg til kravet fra ICMJE – The International Committee of Medical Journal Editors – om at alle kliniske studier må registreres når de igangsettes, samtidig som det redegjøres for formålet med studien og hvilken hypotese som skal testes (4, 5).

Det er altså flere grunner til at det ikke finnes en grei oppskrift som kan produsere enkle medisinske sannheter: Vi mangler god nok kunnskap i store deler av medisinen, mens vi har en overflod av tildels motstridende kunnskap i andre deler. Det betyr ikke at alt er like riktig og at det er likegyldig hva vi gjør. Men det betyr at vi bør ha en stor grad av ydmykhet i forhold til hvor mye våre meninger og anbefalinger er et spørsmål om valg, preferanser og skjønn. Hvordan kunnskap selekteres og hvem som utøver skjønn, får stor betydning – både for enkeltpasienter og samfunnet. Oppsummering av kunnskap og utarbeiding av kliniske retningslinjer er ingen nøytral øvelse. Den beste forsikring mot at medisinsk praksis og norsk helsepolitikk skal gå i en uheldig retning, er at ingen krever monopol på medisinske sannheter og at flest mulig uavhengige instanser – hver for seg – gjør sin stemme gjeldende.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Warren K. From papyrus to parchment to paper to pixels: information technology and the future of biomedical publishing. I: Lock S, red. *The future of medical journals*. Plymouth: Latimer Trend & Company, 1991: 149–71.
2. Nylenna M, Larsen Ø. Medisinsk publisering i Norge 1905–2005. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1506–9.
3. Atkins D, Briss PA, Eccles M et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: Pilot study of a new system. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 25.
4. De Angelis CD, Drazen JD, Frizelle F et al. Registrering av kliniske forsøk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2339.
5. De Angelis CD, Drazen JD, Frizelle F et al. Er dette kliniske forsøket tilstrekkelig registrert? www.tidsskriftet.no (23.5.2005).