Evidensbaseret eller menigheden af «ikke-troende»?

Tilsvar fra John Brodersen, Peter Laurs Sørensen, Fía Lindenskov og Lonny Henriksen

I sin udmærkede kommentar til vores artikel «En etisk diskussion af screening for kræftsygdomme» beskriver Geir Hoff den udtalte mangel på evidens vedrørende nytteværdien af screeningsprogrammer for kræftsygdomme baseret på randomiserede studier. Ydermere fremhæver Geir Hoff misforholdet mellem den manglende evidens ved screening og de strenge krav, der er til evidensen i den farmaceutiske industri. Dette er en velkommen kritik, pga. en udtalt ukritisk og uvidenskabelig tilgang til anvendelse af screening for denne eller hin sygdom eller risikofaktor.

I vores artikel har vi sammenlignet de vigtigste gavnlige og skadelige effekter af screening for tre kræftsygdomme; livmoderhals-, bryst- og tarmkræft (tabel 3). Effekterne er angivet på en sammenlignelig måde i absolutte tal og med samme antal personer screenet i lige mange screeningsrunder. Dette er den mindst ringe måde at formidle effekter af screening på (Barratt et al. 2005; Gøtzsche et al. 2009). Tallene for bryst- og tarmkræft stammer fra to Cochrane-reviews af flere randomiserede studier – den bedst tilgængelige evidens. Tallene for livmoderhalskræftscreening stammer fra et stort oberservationsmateriale fra Storbritannien, hvor knap 350.000 screenede kvinder indgik, som også vurderes til at være den bedst tilgængelige evidens, da der ikke foreligger randomiserede studier om effekterne af livmoderhalskræftscreening (Bryder 2008). De psykosociale negative konsekvenser af screening for kræftsygdomme inddrages også. Herefter sættes effekterne og de negative psykosociale konsekvenser ind i en etisk-teoretisk referenceramme med inddragelse af blandt andet deontologi, utilitarisme, princippet om ikke at skade, paternalisme versus autonomi, samt tvang versus frivillighed. Vi inddrager også samfundsvidenskabelige teorier om «medikalisering» og stræben efter «det gode/sunde liv».

Etikk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics (2009), 3 (1), s. 86–88.
Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Udgangspunkt er således, at viden er mere end nytteværdier beregnet ud fra randomiserede studier og at evidensbaseret medicin ikke bør reduceres til alene kvantitative mål. David Sackett skrev i 1996: «Evidence based medicine is not restricted to randomised trials and meta-analyses. It involves tracking down the best external evidence with which to answer our clinical questions.» (Sackett et al. 1996).

Det er altså forskningsspørgsmålet, der afgør hvilken type af evidens, der søges. Hvis man f.eks. ønsker at undersøge om et screeningsprogram for en kræftsygdom kan nedsætte dødeligheden af den pågældende sygdom, så er et randomiseret studie det optimale design – allerhelst et systematisk review af flere randomiserede studier (Barratt et al. 1999). Det sammen gør sig gældende, hvis man ønsker at undersøge om screening medfører overdiagnostik af inkonsekvent kræftsygdom (Welch et al. 2007; Zahl et al. 2008). Men hvis man ønsker at sammenholde de gavnlige og skadelige effekter af screening, er det meget begrænset hvad der opnås ved et randomiseret design, da disse effekter ikke er sammenlignelige andet end på antallet af events. Et randomiseret studie fortæller intet om, hvordan man skal vægte ét undgået dødsfald af brystkræft mod ti kvinder, der overdiagnosticeres, og mod 200 kvinder, der får falsk positive screeningsvar. Her har vi valgt at inddrage andre former for viden, nemlig etiske og samfundsvidenskabelige teorier.

Når evidensbaseret medicin praktiseres, bør resultaterne af den bedst tilgængelige viden inddrages i kombination med individets værdier og samfundets normer inden for rammerne af de tilgængelige ressourcer (Sackett et al. 1996). Ud fra dette grundlag tages der stilling til at handle eller lade være. Denne beslutningsproces er ikke religiøs, og det er derfor formålsløst at dele verden op i «troende» og «ikke-troende».

Litteratur

Barratt, A., Irwig L., Glasziou, P., Cumming, R. G., Raffle, A., Hicks, N. et al. (1999) Users' guides to the medical literature: XVII. How to use guidelines and recommendations about screening. *Evidence-Based Medicine Working Group*. *JAMA*, 281(21), s. 2029–2034.

Barratt, A., Howard, K., Irwig, L., Salkeld, G. & Houssami, N. (2005) Model of outcomes of screening mammography: Information to support informed choices. *British Medical Journal*, 330, s. 936–940.

Bryder, L. (2008) Debates about cervical screening: An historical overview. *J Epidemiol Community Health*, 62(4), s. 284–287.

Gøtzsche, P. C., Hartling, O. J., Nielsen, M., Brodersen, J. & Jørgensen, K. J. (2009) Breast screening: The facts – or maybe not. *British Medical Journal*, 338, s. 446–448

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023), s. 71–72.

Welch, H. G., Woloshin, S., Schwartz, L. M., Gordis, L., Gøtzsche, P. C., Harris, R. et al. (2007) Overstating the Evidence for Lung Cancer Screening: The International Early Lung Cancer Action Program (I-ELCAP). *Study. Arch Intern Med*, 167 (21), s. 2289–2295.

Zahl, P. H., Jørgensen, K. J., Maehlen, J. & Gøtzsche, P. C. (2008) Biases in estimates of overdetection due to mammography screening. *Lancet Oncol*, 9 (3), s. 199–201.