

Kan vi stole på forskningen?

TEKST

Tor Herman Andreassen

Aslak E. Himle

Bjørnar Olsen

PUBLISERT 1. mai 2006

Evidensbaserte helsetjenester er en viktig retning innen dagens helsevesen, og behandlinger som ikke er evidensbaserte, blir ofte ikke godkjent av offentlige myndigheter. Samtidig blir man som kliniker eller beslutningstaker overbelastet med informasjon. Skal man som lege eller psykolog lese alle aktuelle forskningsartikler innen sitt felt, må man lese flere artikler hver dag hele året. I tillegg har heller ikke den vanlige kliniker og beslutningstaker kapasitet eller forutsetninger til å vurdere holdbarheten i mange av studiene som blir publisert. Dette gir behov for noen som kan vurdere kunnskapen og forskningen for oss, slik «The Cochrane Collaboration» gjør. Rapportene de publiserer, anses for å være de beste innen feltet.

I oktober 2004 publiserte Cochrane-biblioteket en systematisk gjennomgang av 28 vitenskapelige studier med i alt 4042 kronisk syke. Den konkluderte at personer med astma og diabetes får en verre helse av å bruke internettbaserte verktøy. Dette er internettbaserte dataprogrammer rettet mot kroniske sykdommer og helseproblemer som overvekt, røyking og depresjon. De kombinerer helseinformasjon og behandlingsråd med støtte fra andre i samme situasjon via nettet.

Observante forskere ved Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø reagerte på Cochrane-rapporten (Dagens Medisin, 26. januar 2006), og fant raskt ut at konklusjonen var feil. Dataene viste faktisk at det *motsatte* var tilfellet! Internettbaserte verktøy bedrer helsen til kronisk syke.

Senteret i Tromsø forsøkte å få Cochrane til å korrigere dette. Man fjernet artikkelen fra nettet, men gjorde lite for å rette opp feilinformasjonen som rapporten hadde ført til. Først ett år senere kom en ny rapport med korrekte konklusjoner – uten den samme medieoppmerksomhet i etterkant som den første, feilaktige konklusjonen hadde skapt.

I november 2000 publiserte the *New England Journal of Medicine* (NEJM) resultatene fra VIGOR-studiene som konkluderte med at Vioxx er et mer effektivt og tryggere medikament enn naproxen mot reumatiske lidelser og smerte. Senere ble dette preparatet trukket tilbake fordi det viste seg å kunne være skadelig, endog livsfarlig å bruke. Det viste seg at alle de 13 forfatterne hadde økonomiske bånd til Merck, produsenten av Vioxx. I tillegg har vi i Norge for tiden saken om forfalskede forskningsresultater som er publisert både i the Lancet og NEJM.

Disse eksemplene retter søkelyset på to fenomener: Regelrett juks, men kanskje viktigere og mer vanlig; tendensiøse tolkninger av forskningsdata som støtter en interessant. For omkring 75 % (Secretary of State for Health, 2005) av alle vitenskapelige artikler fra USA som blir publisert i de mest anerkjente medisinske tidsskriftene *The Lancet*, *NEJM* og *The Journal of the American Medical Association* (JAMA) blir finansiert av medikamentindustrien. Denne industriens betydning for medisinsk forskning har økt. Mellom 1977 og 1990 seksdoblet den sin økonomiske satsing på forskning og utvikling (Secretary of State for Health, 2005). En tredjedel av økningen gikk til klinisk forskning ved universiteter, men stadig mer av forskningen foregår ved kommersielle laboratorier. Som et resultat av denne utviklingen måtte redaktøren for *NEJM*, Jeffrey Drazen, i 2000 senke kravene for hva som skulle telle som interessekonflikt i publiserte artikler, da det ikke lenger var mulig å finne artikkelforfattere innen medikamentfeltet uten finansielle forbindelser til medikamentfirmaene.

Denne utviklingen stiller en rekke spørsmålstegn ved medisinsk og annen helseforskning. Kan vi stole på publiserte forskningsresultater? Hvilke krav bør stilles til de som gjennomfører systematiske gjennomganger og metaanalyser av forskning?

Evidensbaserte Helsetjenester rangerer forskning fra best kvalitet, for eksempel metaanalyser av randomiserte og kontrollerte forsøk (RCT-forsøk), til dårligst kvalitet, for eksempel ekspertuttalelser og klinisk erfaring.

RCT-forsøk er meget ressurskrevende og dyre. Man risikerer at kun behandlingsformer med tilstrekkelig kapital i ryggen kan gjennomføre slike studier. Behandlingsformer som ikke blir støttet av kvalitetsvurderingsinstitutter som Cochrane, trenger altså ikke å være ineffektive, men mangler kanskje bare finanser til å gjennomføre den nødvendige forskningen.

Hvem skal så analysere og vurdere gjennomførte studier for å se om de støtter nytten av ulike behandlingsmetoder? Hvordan kan man da sikre seg at det er uhildete eksperter som vurderer forskningen? Inhabile forskere er trolig et økende problem i og med at en stadig større andel av klinisk forskning blir finansiert av medikamentindustrien og andre som har økonomiske interesser i forhold til forskningsresultatene.

«The end result: among even the highest quality clinical research (included in Cochrane reviews) the odds are 5.3 times greater that commercially funded studies will support their sponsors' products than noncommercially funded studies» (Abramson & Starfield, 2005).

Tilsvarende funn refereres av Duncan og Miller (2000), som forteller at mens 96 % av forskningen finansiert av industrien viser effekt, synker dette tallet til 37 % når forskningen er uavhengig.

Utfallet av «de beste» studiene blir altså påvirket av hvem som har finansiert dem. Dersom det ikke blir gjort noe med dette, vil dette fortsatt svekke tilliten til både The Cochrane Collaboration og andre tilsvarende kunnskapskilder.

Hva kan klinikere spesielt og samfunnet generelt så gjøre med disse problemene? For det første må samfunnet selv ta et større økonomisk ansvar for klinisk forskning. Utviklingen i de senere tiår har vært uheldig, da den har ført til at en økende andel av den kliniske forskning er blitt underkastet kommersielle interesser. Ikke bare gir dette tendensiøse tolkninger, men den retter også forskningsfokuset mot områder som er til nytte for næringsinteresser, en nytte som ikke alltid overlapper med samfunnets behov.

For det andre må det ikke være tvil om integriteten til de forskere som skal vurderer kliniske studier og foreta metaanalyser. Det er for eksempel uakseptabelt at slike utredere har økonomiske bindinger til firmaer som står bak de behandlingsmetoder som skal vurderes. Abramson og Starfield (2005) foreslår at man oppretter seksjoner i fagtidsskrifter der habile eksperter kritisk gjennomgår publiserte metaanalyser.

På samme måte som forskerne i Tromsø, som reagerte på konklusjonen i Cochrane-rapporten, er det i siste instans hver og en behandler sitt ansvar å drive forsvarlig. Det betyr at vi må forholde oss til artikler – også fra anerkjente tidsskrifter og medier – med den samme kritiske holdningen. Føler vi at noe ikke stemmer, må vi reagere. Men det er en oppgave for både fagtidsskrifter og andre medier å være mer åpen for kritikk og korreksjon.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 5, 2006, side

TEKST

Tor Herman Andreassen

Aslak E. Himle

Bjørnar Olsen, Sjefredaktør