



CauseHealth

Som kliniker, føler du iblant at pasientene dine ikke representeres i forskningen? Opplever du at de evidensbaserte tiltakene ikke fører frem eller passer for pasienten foran deg? Eller at tiltak som ikke anses som evidensbaserte gir god effekt? Har du hørt om CauseHealth?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

For noen år siden var jeg på en fagdag i Fredrikstad kalt «Fysioterapi inn i fremtiden». Her foreleste blant annet Roger Kerry, en engelsk fysioterapeut og professor ved Division of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences, Faculty of Medicine and

Health Sciences, University of Nottingham. Jeg husker særlig godt en av problemstillingene han la frem; er modellene vi bruker i forskning representative for den virkeligheten vi møter i vår kliniske hverdag? I denne problemstillingen ligger måten vi forstår verden på, og hva vi kan vite om den gjennom forskning. Fysioterapien kommer fra en tradisjon tuftet på biomedisin og reduksjonisme, der vi er lært til å finne feil for så å fikse den eller dem. Forskingen, det evidensbaserte vi tilstreber å la styre praksisen vår, vil

da forsøke å finne svar på disse singulære årsak-effekt problemstillingene. Eksempelvis; en vond achilles skyldes en tendinopatisk achilles-sene. Hva er den mest effektive måten å behandle en tendinopatisk achilles-sene på? Når den tendinopatiske senen er behandlet er problemet løst. For å finne svaret på dette inkluderer vi et representativt utvalg i befolkningen med den plagen, ekskluderer de med tilleggsplager og kontrollerer for alle andre årsaker til en eventuell effekt enn det tiltaket vi ønsker å forske på. Effekttør-



Disse spørsmålene og problemstillingene er filosofiske og diskuteres i vitenskapsteorien, men erfaringsmessig i liten grad mellom klinikere. Her diskuteres det i større grad om man jobber evidensbasert eller ikke. Om tiltak er forsket på og funnet mer effektive enn placebo. Enten er du innenfor, eller så er du utenfor. Skolemedisin versus alternativ medisin er et godt eksempel på en polarisert debatt. Hvordan Folkeopplysningen hudflettet for eksempel kiropraktikk i beste sendetid, men unnlot å ettergå ortopedikirurgien på samme måte. Hadde det vært annerledes om kiropraktikk ble byttet ut med fysioterapi? En hvilken som helst debatt i sosiale medier bære preg av den samme polariseringen, og den tidvise referanseanien, der man skulle tro at mengden av referanser var suksesskriteriet for å vinne diskusjonen. Misforstå meg rett; jeg er for en sunn dose debatt og skepsis, men selektiv skepsis som kun forsterker egen bias er en uting. Er man selvutnevnt skeptiker må man også være skeptisk til seg og sitt. Og nettopp derfor er det viktig å stille seg disse filosofiske spørsmålene om hvorvidt vår forståelse av vår verden, og dermed hvordan vi forsker for å forstå den, er representert gjennom modeller som gjenspeiler den virkeligheten. Hvis pasienter ikke kan reduseres til vev, symptomer ikke kan reduseres til diagnoser eller singulære årsak-effektforklaringer ikke forklarer hvorfor pasientene våre responderer som de gjør, hva da?

Mennesker er historiefortellere, og den historien som gir best mening er den vi tror på. Religionsskiftene gjennom historien er eksempler på det. Viktigere er det at vi ikke kan forkaste en historie, eller en forklaring, uten å tilby en ny og bedre. De tradisjonelle vitenskapsmetodene er definitivt noe vi skal beholde, og vi skal være takknemlige for all kunnskapen den har gitt oss. Men for å utvikle faget vårt videre er det metodiske, empiristiske, kvantitative og kontrollerte kanskje ikke riktige metoder for å forstå det komplekse systemet pasienten som sitter ovenfor deg tross alt er. Og, snakk om kompleksitet; kast deg

selv som terapeut inn i ligningen, så har du to komplekse systemer som interagerer og påvirker hverandre. Om forskningsmetodene vi bruker for å definere evidensbasert praksis heller kontrollerer for alle disse faktorene fremfor å undersøke hvordan utfallet kan ligge i nettopp hvordan de ulike faktorene påvirker hverandre, må vi finne andre metoder og forklaringsmodeller.

Som klinikere er dette hverdagen vår. Vi anerkjenner pasient-terapeut relasjonen som en viktig faktor for utfallet av behandlingen. Vi lærer oss at måten vi kommuniserer på er viktig for å skape denne relasjonen. Vi forsøker å tilpasse og individualisere tilnærmingen vår slik at den treffer den unike pasienten foran oss. Vi både erfarer og leser i forskningen at pasientens preferanser, holdninger og forventninger er av stor betydning. Det begynner å tegne seg et bilde av at psykososiale faktorer påvirker og predikerer utfall, men vi er egentlig ikke opplært i å verken identifisere eller håndtere disse faktorene på samme måte som vi er de biologiske. Kort sagt; pasientmøtene våre er et sammensurium av faktorer hos både pasienten og hos oss som disponerer for ulike utfall og som gjensidig påvirker hverandre kontinuerlig. Som et komplekst økosystem der de ulike faktorene ikke bare påvirker hverandre, men også endrer seg i prosessen. På toppen av evidenshierarkiet vi ser til for å kalle oss evidensbaserte klinikere er randomiserte kontrollerte studier og systematiske reviews og metaanalyser av disse. Forskning som inkluderer større populasjoner og definerer pasienten foran deg som et gjennomsnitt av en populasjon. Forskning som danner grunnlag for standardiserte retningslinjer og behandlingsforløp. Men pasienten foran deg er alt annet enn et gjennomsnitt, og bør møtes med en individualisert tilnærming. At vi ikke alltid opplever at forskningen representerer den kliniske hverdagen er lett å forstå. Finnes det alternative måter?

CauseHealth er et prosjekt som tar for seg disse problemstillingene, og gjennom boken Rethinking Causa-



relsen blir så, ideelt, vurdert opp mot ett eller flere andre tiltak som sammenligningsgrunnlag, og gitt en gjennomsnittsverdi. Om effektstørrelsen er stor nok kaller vi den signifikant, og ved god nok metodisk kvalitet kan studien reproduseres og etterprøves, slik at vi kan observere det samme årsak-effekt-forholdet flere ganger i samme kontekst. Ser du noen problemer med å dette til å passe med din kliniske hverdag?

Først og fremst; Er det mer til en vond achilless enn en tendinopatisk achillessene? Er pasienten din representert i populasjonen det er forsket på? Hvis ikke, hvilken verdi har forskningsfunnene for akkurat denne pasienten? I hvor stor grad har vi mulighet til å kontrollere for andre faktorer i en pasients hverdag, eller i møtet mellom pasient og terapeut, på samme måte som i studien(e) du lener deg på? Er det i det hele tatt ønskelig å kontrollere for disse faktorene? Og, må funnene kunne reproduseres for å kalles evidens?



lity, Complexity and Evidence for the Unique Patient er både vitenskapsteori, filosofi og praktiske implikasjoner presentert fra ulike hold. Boken er gratis og kan lastes ned her: <https://causehealthblog.org>. Boken har tre redaktører, og en av de to prosjektlederne er den norske filosofen og forskeren Rani Lill Anjum ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet i Ås. Her forteller hun litt mer om hva CauseHealth er, og hvilke implikasjoner det kan ha for klinisk praksis.

Hva er CauseHealth, og hvorfor synes dere det er viktig kunnskap å nå ut til klinikere med?

CauseHealth er et vitenskapsfilosofisk prosjekt som handler om å se klinisk praksis, vitenskapelige tilnærminger og underliggende filosofiske antagelser i sammenheng. Vi sier at praksis bygger på epistemologiske og ontologiske antagelser. Epistemologi dreier seg om hvordan vi antar at man best får kunnskap, som hvilke metoder som gir hva vi ser som kausalt relevant evidens. Ontologi handler om hvordan virkeligheten er, som når

man diskuterer hvorvidt mennesket kan deles inn dualistisk, i noe fysisk og mentalt. Det at praksis grunner i filosofiske antagelser, er ikke unikt for helsefagene, men gjelder enhver vitenskapelig disiplin. Ved å bli bevisst hvilke antagelser som implisitt motiverer valg av metode og praksis, og hvilke alternativ som finnes, ønsker vi i CauseHealth at klinikere, og andre fagfolk, skal bli i stand til å delta aktivt i en kritisk diskusjon omkring grunnlaget for og utviklingen av sitt eget fag. I dag er man enten med på de rammebetingelsene som er satt for vitenskapelighet (stort sett bestemt av det evidensbaserte paradigmet) eller så blir man ansett for å opptre uvitenskapelig eller benekte vitenskapelige resultat. Men hva som er vitenskapelig vil jo alltid være i utvikling, og det evidensbaserte paradigmet er ikke gitt av Gud. Derimot har det blitt debattert heftig siden det ble innført på tidlig 1990-tallet. I CauseHealth har vi blant annet sett på filosofiske spenninger mellom folkehelseperspektivet som ligger i evidensbasert praksis og den kliniske, personorienterte konteksten, der man møter unike pasienter. Hva

gjør man når populasjonsevidens ikke er relevant for den kliniske konteksten? Og hvorfor er det som skjer med min pasient kun en anekdote, og ikke kausal evidens, mens det som skjer med enkeltpasienter i kliniske studier teller som både kausalt og evidens? Hvor mange anekdoter må det til før det som skjer i enkelttilfeller blir til evidens? Her kommer kausalitetsbegrepet inn, og det er en filosofisk diskusjon som vi har holdt på med siden Aristoteles.

Hva er kausalitet, og hva skiller deres tilnærming med vår mer tradisjonelle oppfatning av kausalitet?

Det finnes mange teorier om kausalitet, og Bradford-Hill sine kriterier har vel egentlig med de fleste. Men ikke alle disse går i samme retning, eller peker mot det samme fenomenet. Av og til leter vi etter observerbare korrelasjoner, som i kohortstudier. Andre ganger leter vi etter noe som utgjør en observerbar forskjell, enten i et enkelttilfelle (N of 1) eller mellom populasjoner (RCT). Men det er også mulig å lete etter underliggende kausale mekanismer, som

handler om hvilke kausale prosesser og interaksjoner som produserer en effekt under hvilke betingelser (prekliniske studier). Når ulike vitenskapelige metoder tar utgangspunkt i ulike kausalitetsbegrep, uten å spesifisere dette eksplisitt eller engang være klar over at det er det de gjør, blir det vanskelig å vurdere ulike vitenskapelige resultater opp mot hverandre. I evidensbasert medisin har man rett og slett bestemt seg for at kausalitet er det samme som en statistisk signifikant forskjell mellom en testgruppe og en kontrollgruppe. Men vanligvis i filosofien, når man antar at årsaker er noe som utgjør en forskjell, så mener man at den skal utgjøre en forskjell i et bestemt tilfelle. Altså må man vite om en behandling virket i dette tilfellet. Utgjorde den en forskjell for effekten her? Da tenker man seg at effekten er et resultat 'her og nå', som skjer for akkurat denne personen som får denne behandlingen. Dette er dessverre ikke så lett å observere direkte, for det kan jo være at man ble bedre på grunn av noe helt annet enn behandlingen. Her ligger en spenning mellom et empiristisk og et ontologisk begrep om kausalitet. Det første handler om å finne observerbare trekk ved kausalitet, som korrelasjon, statistisk signifikant forskjell, etc. Den andre handler om hva kausalitet egentlig er. I CauseHealth sier vi at den eneste måten en årsak kan utgjøre en forskjell for effekten på, er ved at det faktisk foregår en kausal interaksjon mellom det vi kaller disposisjoner: for eksempel pasientens egenskaper og behandlingens egenskaper. Paracet har en disposisjon til å kurere hodepine, men bare i en person som har den rette molekylære reseptoren (disposisjonen) til å interagere med paracetamol. Dermed blir det avgjørende å forstå hvordan behandlingen fungerer, hvilke ting som kan motvirke, påvirke, minimere eller forsterke effekten. Men da må vi også forstå hva som allerede er der av relevante egenskaper hos pasienten og deres kontekst. Det som fungerer godt for én pasient, kan ha katastrofale følger for en annen, nettopp fordi de har ulike disposisjoner. Da tenker vi om kausalitet som noe singulært og

unikt: det er ikke sikkert at samme kausale kontekst vil skje to ganger. Er ikke alle situasjoner unike? Hvorfor skal vi da anta at samme behandling skal gi samme effekt hos to ulike individer?

Å lete etter én årsak; er det ikke dette vi er trent til å gjøre? Er det realistisk i dagens samfunn å snu et verdensbilde med en helseforståelse som baserer seg på «fiks feilen»?

Kompleksitet er et problem for kausalitet, hvis man tenker at årsaker er noe som utgjør en forskjell for effekten. Tester man mer enn én intervensjon, vet man ikke hvilken det var som utgjorde forskjellen. Det blir som å prøve å kurere hodepinen ved å ta en Ibux og en Paracet, samtidig som man drikker et glass vann, gjør litt yoga og går en lang tur. Hvis hodepinen forsvinner, så vet man ikke om det var en, flere eller alle disse sammen som gjorde det. I CauseHealth skiller vi ikke mellom årsaker og bakgrunnsbetingelser. Vi mener at alt som kan påvirke eller motvirke en effekt er kausalt relevante disposisjoner. Dermed blir kompleksitet noe man må forholde seg til, heller enn å prøve å kvitte seg med det eller late som at det ikke er der. Kompleksitet har potensiale til å være veldig nyttig, om man forstår kausale mekanismer. Da kan man løse et problem på mange forskjellige måter, avhengig av hva man kan gjøre noe med der og da. Et ødelagt kne lar seg kanskje ikke fikse, men man kan kanskje gjøre noe med andre ting som gjør belastningen og smerten verre eller bedre.

Hva mener du må endres i dagens pasientbehandling for å skape bedre og mer varige behandlingsresultater?

Man må slutte å tenke at behandling skal standardiseres på tvers av ulike situasjoner. Ideen om at det finnes én beste behandling som skal passe for alle, grunner i en filosofisk idé der samme årsak gir samme effekt, under ideelle, normale eller like betingelser. I det kliniske arbeidet er det aldri ideelle, gjennomsnittlige, normale eller like pasienter.

Dermed må man uansett anta at alle trenger noe som er tilpasset dem. En annen ting som følger av dette, er at man må få tid og anledning til å finne ut mer om den man sitter ovenfor, altså pasienten, før man bestemmer hvilken behandling som er best. Da nytter det ikke med 10 minutters konsultasjoner og masse prøving og feiling som kanskje skader pasienten underveis. Det nytter heller ikke å bestemme behandling kun utfra statistiske studier om hva som funker for flest av de personene som ble valgt til å være med i studien. Derimot må man ha en faglig ekspertise og erfaring om de behandlingene man har tilgjengelig. Det er det vi kaller klinisk dømmekraft og ekspertise, noe evidensbasert praksis egentlig er godt på vei til å erstatte med store korrelasjonsdatasett kombinert med algoritmer. Vi må huske at bivirkninger og feil bruk av farmasøytisk behandling faktisk utgjør en av de mest vanlige dødsårsakene i den vestlige verden (<https://ethics.harvard.edu/blog/new-prescription-drugs-major-health-risk-few-offsetting-advantages>, https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/study_suggests_medical_errors_now_third_leading_cause_of_death_in_the_us). Det er ikke så overraskende når vi har et vitenskapelig system som baserer seg på rene korrelasjonsdata, som 'numbers needed to treat' og 'numbers needed to harm', heller enn på kunnskap om kausale mekanismer og interaksjoner.

Synes du det er mye å ta inn? Jeg og. Men, kanskje er det det som må til. Å ta det inn. La det forme retningen profesjonen vår skal gå i fremover. For verden er i endring og vil kreve noe mer av fysioterapien og pasientbehandlingen enn vi tradisjonelt har gitt frem til nå. Problemstillingene er annerledes, forståelsen vår av dem like så. CauseHealth er et godt sted å starte reisen på resten av din profesjonelle karriere!

PS! Både prosjektet og boken presenteres i podcastene The Words Matter Podcast with Oliver Thomsen (engelsk) og VONDT-en podcast om muskel- og skjelettplager med Stian Christophersen og Jørgen Jevne.