

Jens Allwood

A. Kommentarer och frågor till Peter Währborg

Kapitlet består av en första del med vetenskapsfilosofiska och filosofihistoriska reflektioner. Denna del följs av en del om metoder i medicinsk forskning. Jag riktar mina kommentarer direkt till författaren.

Fråga 1. (i) Du avslöjar ytterst knapphändigt ditt eget val av metoder, utom att du tillsammans med Emanuelsson utvecklat en enkät för att mäta livskvalitet i förhållande till intervention relaterad till hjärtsjukdom. Vilka metoder av dem du beskriver har du använt själv och varför?

Vilka uppfattningar och vilka logiska positivistiska referenser refererar du till?

Är de grundläggande antaganden du beskriver dina egna eller hämtade från någon annan?

Om kunskap är "sann berättigad tro", avvisar man inte då begreppet "kunskap" genom att ersätta det med enbart "tro"?

Fråga 2. Anser du att "förtrogenhetskunskap" (Russell – "knowledge by acquaintance") är samma sak som "tyst kunskap" (t ex Polanyi)?

Fråga 3. (om etik) Hur drar du gränsen mellan etiska aspekter på forskning och forskningsmetoder som ska hjälpa oss söka sanning? Är det verkligen en etisk kommitté som ska granska om metoderna för den föreslagna forskningen motsvarar krav på kvalitet och trovärdighet?

Hör det verkligen till de etiska kraven att vetenskapliga publikationer skall förhandsgranskas (peer review)?

Fråga 4. (medicinsk antropologi) Tar man inom medicinsk metodlära hänsyn till kulturvariation när det gäller syn på hälsa och sjukdom? Hur i så fall?

Fråga 5. Du påstår att all vetenskap har som mål att lösa problem. Vad inkluderas i problem? Räcker det inte med att söka efter sanning?

Fråga 6. Du verkar identifiera empirisk forskning med "kvantitativa" metoder. Kan inte vad du kallar "kvalitativa" metoder vara empiriska? Behöver man inte analys och tolkning i empiriska metoder? Behöver man inte analys och tolkning för att få de kategorier man kan börja räkna förekomster av, i kvantitativa metoder?

Fråga 7. Hur skiljer du kvantitativ-kvalitativ metod? Är matematik en kvantitativ eller kvalitativ vetenskap? Om man måste använda detta begreppspar är väl matematik snarast kvalitativ.

Fråga 8.

Är inte både de studier som brukar kallas "kvalitativa" och de som kallas "kvantitativa" oftast induktiva och empiriska?

Varför går inte resultaten av en kvalitativ idiografisk (fallstudie) studie att verifiera/falsifiera?

Fråga 9

Varför är inte att utveckla ett vaccin mot Covid19 tillämpad forskning?

(stycke 3) Det verkar finnas många faktorer som inte har med sanningssökande att göra som bestämmer vad som blir medicinsk forskning (t ex tid till förfogande, tillgänglig apparatur, metodkunskap, möjlighet att söka stipendier och finansiellt stöd). Stämmer det? Vad anser du om det?

Fråga 10. Hur viktig är bedömning av vilken "impact" en studie kommer att ha inom medicinsk forskning?

Fråga 11.

Du har skrivit väldigt lite om metoder för forskning som syftar till preventiv hälsovård (friskvård. Finns det några sådana metoder?

Det vore också intressant att få veta mer om holistiska metoder i medicin. Hur vet man vad en intervention påverkar i tredje, fjärde osv hand? (se andra stycket sid 29)

Vidare vore det intressant att få veta mer om metoder för att utforska "placebo", "nocebo"- effekter. Finns det metoder för detta? Till exempel, finns det metoder för att försöka utnyttja placebo konstruktivt?

Är inte egentligen alla (de allra flesta) medicinska studier empiriska och induktiva? Alltså även de som utgörs av metastudier (generaliseringar över andra studier) och de som inspirerats av hypotetisk-deduktiv metod?

Finns det exempel på rent deduktiva eller i huvudsak begreppsanalytiska studier inom medicin?

Fråga 12. Hur går det med individuella olikheter Hippokrates (personfokuserad) sjukvård, om metodinriktningen hela tiden är på grupper medelvärden och statistisk signifikans?

Fråga 13. Inom samhällsvetenskap, särskilt sociologi, har det förekommit en omfattande kritik av frågeformulär (enkäter) som mycket indirekta och opålitliga rapporter. (Se Garfinkel, Sacks, Schegloff etc) Har denna kritik på något sätt uppmärksammats inom medicin?

Fråga 14.

Om validitet – finns det någon kritik inom medicin av att se "validitet" som "konsensus mellan test"?

Innehåller inte faktoranalys också i sista hand en "subjektiv" bedömning av vad de funna faktorerna står för?

Är verkligen "utility" och "effectiveness", "cost utility" och "cost effectiveness" begreppsligt klart skilda åt? De verkar i sista hand vara beroende av varandra-

Fråga 15. Gäller metastudier: Hur säkerställer man att de studier man sammanför verkligen studerar och mäter samma sak? Är detta "kvalitativ bedömning" eller överläts det åt någon datalingsvistik "innehållsanalys"? Ser du några problem med detta?

B. Peter Währborgs (PW) svar och svarscommentarer till Jens Allwood (JA)

JA Fråga 1(i): Du avslöjar ytterst knapphändigt ditt eget val, utom att du tillsammans med Emanuelsson utvecklat en enkät för att mäta livskvalitet i förhållande till intervention relaterad till hjärtsjukdom. Vilka metoder av dem du beskriver har du använt själv och varför?

PW Svar på JA fråga 1(i): Jag har inte betungat min framställning med egna studier. Jag har ca ett hundratal olika publicerade studier samt ett stort antal böcker och bokkapitel där mina metodologiska ansatser beskrivits. Genomgående är studierna och böckerna av olika slag och med ambitionen att de valda metoderna är anpassade till syftet med de olika publikationerna. I huvudsak utgörs mina studier av teoretiska översikter och interventionella, randomiserade multicenter och multinationella studier. Andra kontrollerade studier utgörs av icke-randomiserade men kontrollerade studier. Jag har också ett antal mindre observationella studier samt teoretiska hypotesgenererande översikter, framförallt i mina böcker och bokkapitel. Beklagat ett långt men ändå kondenserat svar.

JA Fråga 1(ii): Vilka uppfattningar och vilka logiska positivist refererar du till?

PW Svar på JA fråga 1 (ii): De logiska empirister jag syftar på är i huvudsak den "breda" Wienkretsen med Ludwig Wittgenstein inkluderad. I hans "Tractatus Logica-Philosophicus" hävdar han uppfattningen att en sats är meningsfull om och endast om den kan visas vara sann eller falsk baserat på observerbara fakta. Där uttrycks hans bevingade formulering "Wovon man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen" (Andersson S 2012).

JA Fråga 1(iii): Är de grundläggande antaganden du beskriver dina egna eller hämtade från någon annan?

PW Svar på JA fråga 1 (iii): Formuleringarna är mina. Inspiration och betydande likheter återfinns i de angivna referenserna.

JA Fråga 1 (iv): Om kunskap är "sann berättigad tro", avvisar man inte då begreppet "kunskap" genom att ersätta det med enbart "tro"?

PW Svar på JA fråga 1 (iv): Håller med om att satsen lämnar utrymme för kritisk tolkning. Då Platon föreslog denna definition menade han att tre kriterier skulle vara uppfyllda som jag menar kan sammanfattas i satsen: Kunskap är det jag har *goda skäl* att tro att det är *sant*. För min del tycker jag detta är ett rimligt förhållningssätt till begreppet eftersom jag inte kan veta (då jag inte undersökt allt jag påstår) och därför måste tro på det jag tillägnar mig som kunskap eftersom jag inhämtat min uppfattning från för mig trovärdiga källor. Detta reducerar inte kunskapsbegreppet eftersom min kunskap är mer än tro så länge min uppfattning är berättigad.

JA Fråga 2: Anser du att "förtrogenhetskunskap" (Russell – "knowledge by acquaintance") är samma sak som "tyst kunskap" (t ex Polanyi)?

PW Svar på JA fråga 2: Min uppfattning är att begreppen är besläktade. Tyst kunskap syftar på sådan kunskap som ej formulerats med någon form av exakthet och ej heller enkelt låter sig beskrivas. Ett exempel kan vara det kirurgen kallar vävnadskänsla, dvs hur man förhåller sig till olika vävnaders karaktär och hur hårt man t.ex. sätter en sutur eller skär med en skalpell för att uppnå sitt syfte utan att förorsaka ytterligare skada. Förtrogenhetskunskap syftar till att beskriva inhämtad kunskap av såväl praktisk som teoretisk karaktär och som underlättar förståelsen för den process man befinner sig i. Det kan t.ex. handla om hur man bemöter andra, t.ex. patienter i vissa situationer eller hur man skall genomföra en provtagning på ett barn på bästa sätt.

JA Fråga 3: (om etik) Hur drar du gränsen mellan etiska aspekter på forskning och forskningsmetoder som ska hjälpa oss söka sanning? Är det verkligen en etisk kommitté som ska granska om metoderna för den föreslagna forskningen motsvarar krav på kvalitet och trovärdighet?

Hör det verkligen till de etiska kraven att vetenskapliga publikationer skall förhandsgranskas (peer review)?

PW Svar på JA fråga 3: Sanning kan aldrig sökas till vilket pris som helst. Vetenskaplig forskning uppvisar dessvärre ett stort antal avskräckande exempel på hur sanningssökare exploaterat och våldfört sig på människor. Jag behöver nog inte ge några exempel på detta. Av moraliska skäl behövs någon form av granskning för att undvika alla dessa svarta hål som några få forskare har hamnat i. Av moraliska, politiska och ekonomiska skäl krävs etisk granskning av sådan forskning som involverar människor. I vårt land är etikprövning tom lagstadgad (Lag 2003:460 om "etikprövning av forskning som avser människor."

"Peer review" (de vetenskapliga tidskrifternas expertgranskning av artiklar inför eventuell publicering) är ingen bra metod därför att den bygger på några få andra forskares bedömning vilket kan innebära olyckliga konkurrensförhållanden eller subjektiva ståndpunkter som inte säkert delas av andra forskare. Det saknas idag alternativ till denna process som anses ekonomiskt och praktiskt överkomliga. Denna debatt bör dock fortgå med tanke på de tillkortakommanden som "peer review"-processen har.

Etikkraven underkastas enbart en granskning av huruvida den föreslagna studien kan besvara den vetenskapliga frågeställning som lyfts fram och huruvida undersökningen kan innebära skada för de involverade och att de är tillräckligt informerade om studien samt att den som avböjer inte drabbas av några konsekvenser i t.ex. vård eller annat omhändertagande. Den etiska granskningen lämnar också utrymme för forskarna att dels själva, dels med hjälp av kommittén noggrant skärskåda undersökningens kvalitet.

JA Fråga 4: (medicinsk antropologi) Tar man inom medicinsk metodlära hänsyn till kulturvariation när det gäller syn på hälsa och sjukdom? Hur i så fall?

PW Svar på JA fråga 4: Svår fråga. Det finns exempel på hur t.ex. läkemedel kan ha skilda effekter på olika människor och grupper. Många minns SMON katastrofen på 1970-talet då många människor, främst i Japan, drabbades av förlamning, blindhet och dövhet förorsakad av oxikinolin. Neurosedynkatastrofen är ett annat exempel. Listan på förfärliga felsteg kan dessvärre göras ganska lång. Tveklöst finns det biologiska skillnader mellan olika människor som man måste ta hänsyn till. En annan kulturvariation är den som har med språkliga, sociala och psykologiska förhållanden att göra. Här uppstår ibland svåra avvägningar mellan önskemålet att alla deltagare i en undersökning skall exponeras på likartat sätt för t.ex. frågeformulär och å andra sidan bemödandet om att anpassa sig till kulturens sätt att förstå och uppfatta olika frågor. Detta är ett ständigt återkommande problem i multinationella studier där en noggrann förhandsgranskning av studiens intervention och syfte noggrant måste bedömas. Rent allmänt är det min uppfattning att inte tillräcklig hänsyn tas till kulturvariationer, men att det är mycket svårt att genomföra forskning av detta slag helt kulturneutralt.

JA Fråga 5: Du påstår att all vetenskap har som mål att lösa problem. Vad inkluderas i problem? Räcker det inte med att söka efter sanning?

PW Svar på JA fråga 5: Tillämpad medicinsk forskning ställs inför en hel rad problem som människor erfar på grund av sviktande hälsa; cancersjukdomar, hjärt- och kärlbesvär, störningar i ämnesomsättningen osv. Alla dessa folksjukdomar utgör väldigt konkreta och påtagliga problem för den de drabbar och därmed för den medicinska forskningen. Detsamma gäller grundforskningen där betydelsen av att förstå hur de kroppsliga och psykiska funktionerna fungerar är av avgörande betydelse för den tillämpade forskningen och alla de människor som är beroende av den. I denna mening är nog alla medicinska forskare sanningssökare även om man gärna definierar de enskilda människornas sjukdomar som problem vi ställs inför. Medicinen präglas till stor del av den praktik och tillämpning som sanningssökandet i forskningen utgör. Det är därför min uppfattning att vetenskapens yttersta strävan är att försöka lösa problem. Det underlättas förstås av att lösningen är sannfärdig.

JA Fråga 6: Du verkar identifiera empirisk forskning med "kvantitativa" metoder. Kan inte vad du kallar "kvalitativa" metoder vara empiriska? Behöver man inte analys och tolkning i empiriska metoder? Behöver man inte analys och tolkning för att få de kategorier man kan börja räkna förekomster av, i kvantitativa metoder?

PW Svar på JA fråga 6: Jag ogillar i grunden dessa båda begrepp eftersom de egentligen saknar tydliga demarkationskriterier. Innebörden av dessa begrepp uppfattar jag snarare som uttryck för vilket fokus forskaren anlägger i sitt arbete. Insamlandet av data som kan uppfattas av våra

sinnesorgan tenderar i den kvantitativa forskningen att bli reduktionistisk därför att alla sinnesintryck svårligen låter sig beskrivas i siffror. Fördelen är dock att i den mån man tillåter sig detta kan man tillämpa matematiska och statistiska metoder för att beskriva den omformulerade verkligheten. I flera fall har detta visat sig vara mycket konstruktivt och de matematiska/statistiska procedurerna är dessutom kontrollerbara. I det kvalitativa närmandet till en frågeställning föreligger förstås likaså insamlande av data, men vanligen utan den matematisk/statistiska reduktionen av data. Istället består reduktionen i datainsamlingens representativitet och trovärdighet, men också i den analys och tolkningsprocess som utförs utan lika kontrollerbara förhållanden som råder vid matematisk/statistisk analys.

I båda fallen handlar det om empiri, men syftet med undersökningen skiljer de båda ambitionerna åt. Båda är därför åtkomliga för kritik, varför jag envist upprepar min tes att det är frågeställningens karaktär som bör avgöra metodvalet.

JA Fråga 7: Hur skiljer du kvantitativ-kvalitativ metod? Är matematik en kvantitativ eller kvalitativ vetenskap? Om man måste använda detta begreppspär är väl matematik snarast kvalitativ.

PW Svar på JA fråga 7: V.g. se ovan. Beträffande matematik är det, så vitt jag förstår, ett lysande exempel på hur detta begreppspär blottläggs med sin otydlighet. Detsamma torde gälla flera discipliner. Dessvärre används begreppspäret så ofta att det är omöjligt att förbigå i en diskussion om vetenskapliga metoder, bland annat därför att debattens vågor ofta går höga kring detta tema inom vård- och omsorgssektorn.

JA Fråga 8:

Är inte både de studier som brukar kallas "kvalitativa" och de som kallas "kvantitativa" oftast induktiva och empiriska?

Varför går inte resultaten av en kvalitativ ideografisk (fallstudie) studie att verifiera/falsifiera?

PW Svar på JA fråga 8: fortsättning på ovanstående tema

Återigen är beteckningarna "kvalitativ" och "kvantitativ" studie behäftade med otydligheter. Sant och visst är dock att båda studietyperna, som de vanligen beskrivs, lider av induktionsproblemet. Mindre så dock vad beträffar de kvantitativa studierna då de ofta har operationaliserade metriska observationer som grund för sina analyser och dessutom är kontrollerade, t.ex. med randomiserad eller annan matchad kontrollgrupp. Inom den medicinska forskningen tillmäts s.k. kvantitativa studier som regel ett avsevärt högre "bevisvärde".

Verifierbarhet i egentlig bemärkelse saknas vid båda studietyperna (se t.ex. Popper 1935). Däremot ökar sannolikheten för ett utfall, i de flesta fall, med en större undersökt population, detsamma gäller falsifierbarheten (jmf exemplet med svanarna som du säkert känner till). Kvantitativa studier åtnjuter en större objektivitet på grund av dess design även om utrymme finns för snedvridning också av dessa typer av data genom att man t.ex. utelämnar information eller underlåter att analysera vissa förhållanden. Det är därför man blir alltmer noggrann med att utkräva en analysplan i förväg, dvs innan studien påbörjas.

JA Fråga 9:

Varför är inte att utveckla ett vaccin mot Covid19 tillämpad forskning?

(stycke 3) Det verkar finnas många faktorer som inte har med sanningssökande att göra som bestämmer vad som blir medicinsk forskning (t ex tid till förfogande, tillgänglig apparatur, metodkunskap, möjlighet att söka stipendier och finansiellt stöd). Stämmer det? Vad anser du om det?

PW Svar på JA fråga 9:

Vaccinutveckling kräver grundläggande laborietekniker samt kunskap inom det aktuella mikrobiologiska området. Sådan forskning bedrivs inom industri och fakulteter av specialister som vanligen inte är kliniska infektionsläkare eller virologer. Uppdelningen är delvis godtycklig eftersom man kan bedriva både grundforskning på ett laboratorium och vara kliniskt verksam som t.ex. läkare. Detsamma gäller begreppet tillämpad forskning eller riktad grundforskning, dvs forskning som syftar till att tillämpas inom den kliniska verksamheten. Just frågan om vaccinutveckling blir därför ofta ett samarbete mellan grundforskare som har baskunskaperna och de tillämpade klinikererna som har frågeställningen och tillämpningen att ansvara för.

Frågan är kryptisk. Sanningssökande kräver alltifrån avancerade hjälpmedel till metodkunskaper och ekonomi. Resultaten är ofta avhängigt i vilken utsträckning sådana resurser kan ställas till förfogande. Dessvärre är detta nödvändiga förutsättningar. Vad som kan diskuteras är huruvida tidigare meriter skall vara utslagsgivande för i vilken utsträckning sådana resurser kan tillskapas (anslagsansökningar etc.). Ekvationen för hur forskning skall finansieras är svår att lösa. Inom medicinen är den särskilt svår eftersom sjukvård (regioner och kommuner) och forskning (staten eller finansieringsinstitut) har skilda huvudmän. Även industrins roll är problematisk eftersom anslag därifrån som regel är förknippade med önskemål som tar forskningsresurser i anspråk men som i en annan kontext har en lägre angelägenhetsgrad.

JA Fråga 10: Hur viktig är bedömning av vilken "impact" en studie kommer att ha inom medicinsk forskning?

PW Svar på JA fråga 10: Dessvärre har frågan om "impact", dvs tilldelade poäng för en viss publikation, stor betydelse, alltför stor. Poängen baseras på antalet citeringar i den specifika tidskrift där artikeln är publicerad. Ofta leder detta till att forskaren i första hand söker sig till tidskrifter med en hög impactfaktor även om det inte är den mest naturliga tidskriften att söka sig till. Denna "kvalitetsfaktor" riskerar att hämma utvecklingen genom att forskare söker sig till tidskrifter med hög impactfaktor. Inom vissa discipliner finns inte ens tidskrifter med hög impactfaktor och detta påverkar i sin tur anslagstilldelningen på lärosätena. Faktorn utgör således inte någon kvalitetsgradering utan är snarare en popularitetsfaktor.

JA Fråga 11:

Du har skrivit väldigt lite om metoder för forskning som syftar till preventiv hälsovård (friskvård. Finns det några sådana metoder?

Det vore också intressant att få veta mer om holistiska metoder i medicin. Hur vet man vad en intervention påverkar i tredje, fjärde osv hand?

Vidare vore det intressant att få veta mer om metoder för att utforska "placebo", "nocebo"- effekter. Finns det metoder för detta? Till exempel, finns det metoder för att försöka utnyttja placebo konstruktivt?

Är inte egentligen alla (de allra flesta) medicinska studier empiriska och induktiva? Alltså även de som utgörs av metastudier (generaliseringar över andra studier) och de som inspirerats av hypotetisk-deduktiv metod?

Finns det exempel på rent deduktiva eller i huvudsak begreppsanalytiska studier inom medicin?

PW Svar på JA fråga 11:

Några specifika forskningsmetoder för att studera preventiv hälsovård finns inte. Man använder vanligen induktiva metoder för att söka "riskfaktorer" hos dem som drabbas av en speciell sjukdom. Även observationella studier är vanligt förekommande som t.ex. fall-kontroll studier och tvärsnittsstudier.

Holistiska metoder är svårstuderade. En behandlingsinsats består ju av flera inslag, vilket av dessa inslag som haft störst betydelse är förstås många gånger svårt att fastställa. Det normala förfarandet är att hålla studierna så "rena" som möjligt, dvs man studerar en sak i taget, t.ex. ett läkemedels effekt. Gäller det psykologiska behandlingsinsatser eller för den delen kirurgiska finns ju en faktor som är mycket svår att kontrollera för nämligen vem som utförde behandlingen. Vanligen får därför den aktuella behandlingsinsatsen utföras av flera utförare för att med något större säkerhet kunna uttala sig om det var metoden eller den som genomförde den som var avgörande för resultatet. Ibland kan man med t.ex. "cross-over design" bestämma om helheten är mer eller mindre effektiv än någon annan "placebo aktivitet". Gruppvisa jämförelser mellan aktiv intervention och annan "placebo-aktivitet" kan också troliggöra eventuella skillnader. Det mest tillförlitliga är dock att randomisera till antingen aktiv holistisk behandlingsinsats eller till annan kontrollaktivitet. Kort sagt kan flertalet av de experimentella metoderna användas för detta ändamål, men det är då svårt eller omöjligt att avgöra vad som i den holistiska behandlingen haft effekt.

Placeboeffekten framkommer tydligt i randomiserade och "blindade" studier där forskningsdeltaren inte vet om man utsatts för aktiv behandling eller placebo (kontrollaktivitet av något slag, t.ex. "sockerpiller") Detsamma gäller noceboeffekten hos patienter med t.ex. smärta. På den andra frågan är svaret nej, dvs några specifika metoder för att utnyttja de s.k. placeboeffekterna finns inte. En sådan ansats skulle sannolikt bedömas som etiskt tveksam.

Nej, långt ifrån alla medicinska studier är induktiva men flertalet empiriska.

Ja, ett flertal. Några exempel: Flertalet studier inom grundforskningen bygger på att pröva hypoteser som formulerats, detsamma gäller vanligen också inom den tillämpade forskningen. Hypotesprövningen är ju själva grunden för den hypotetiskt-deduktiva metod som utgör basen för större delen av den medicinska forskningen. Däremot saknas ofta de metodologiska resonemangen bakom tillämpningen i publikationerna. Stundom noterar man också en tendens till överdrifter i slutsatserna som presenteras i avslutande diskussions- och konklusionsavsnitt. Eftersom jag fått förmånen att ta del av många forskningsprotokoll har jag haft anledning att noggrant diskutera denna aspekt av den metod som flera medicinforskare tycks ha "i ryggmärken".

JA Fråga 12: Hur går det med individuella olikheter Hippokrates (personfokuserad) sjukvård, om metodinriktningen hela tiden är på grupper medelvärden och statistisk signifikans?

PW Svar på JA fråga 12: För att värdera olika sjukvårdsinsatser tillämpas flera olika metoder beroende på frågeställningen. I den kliniska tillämpningen är det alltid så att den gruppbaseade kunskapen vanligen är giltig (alla reagerar likartat på t.ex. blindtarmskirurgi), men självklart tar man hänsyn till individuella variationer som baseras på en kombination av omfattande studier och klinisk erfarenhet. Det är av denna anledning olika vårdprogram utformas för att underlätta tillämpningen av erfarenhetsvunnen kunskap för den enskilde läkaren. Motsatsen kan vara förödande om den enskilde läkarens personliga erfarenhet av ett tillstånd skulle vara allenarådande behandlingsinsats. Omsorg och annan omvårdnad skall naturligtvis vara personcentrerad så långt det är möjligt.

JA Fråga 13: Inom samhällsvetenskap, särskilt sociologi, har det förekommit en omfattande kritik av frågeformulär (enkäter) som mycket indirekta och opålitliga rapporter. (Se Garfinkel, Sacks, Schegloff etc) Har denna kritik på något sätt uppmärksammats inom medicin?

PW Svar på JA fråga 13: Frågeformulär har betydande begränsningar men är som regel den enda praktiska metod man har för att erhålla information från en större grupp människor. Eftersom jag också är sociolog har jag kommit i kontakt med denna fråga sedan flera decennier tillbaka. Jag hyllar fortsatt devisen att "om du vill veta något om en person så fråga dem". Listan med begränsningar i användandet av frågeformulär kan göras lång (problem med imposition, språk, skalning och statistiska m.fl. problem). Listan med alternativa metoder att erhålla vederhäftig information i större kliniska medicinska studier, t.ex. multinationella, blir dock mycket kort.

JA Fråga 14:

Om validitet – finns det någon kritik inom medicin av att se "validitet" som "konsensus mellan test"?

Innehåller inte faktoranalys också i sista hand en "subjektiv" bedömning av vad de funna faktorerna står för?

Är verkligen "utility" och "effectiveness", "cost utility" och "cost effectiveness" begreppsligt klart skilda åt? De verkar i sista hand vara beroende av varandra.

PW Svar på JA fråga 14:

Ja, det är ett problem eftersom man utgår från en "gold standard" som ju inte nödvändigtvis behöver vara sann. Saknas den sanna riksläkaren väljer man konsensuskriteriet som den sannolikt mest korrekta.

Jo, om man tolkar eller beskriver de funna faktorerna utan att redogöra för vilka variabler som ingått.

Begreppsligt kan en viss överlappning föreligga men tydligheten ligger i definitionen av dessa begrepp, dvs skillnaden mellan den subjektivt upplevda nyttan och den objektivt fastställda symptomreduktionen. I de fall symptomreduktionen bedöms subjektivt (t.ex. "mindre ont") föreligger förstås en betydande begreppslig överlappning. Delfråga 2: Ja överlappningen av utility och effectiveness kan ibland vara betydande men i t.ex. Short Form (SF) 36 (det kanske

mest använda livskvalitetsformuläret) kan symtomreduktion spela en mycket liten roll pga utspädningseffekter, dvs i andra avseenden har ju ingen förändring skett i patientens livskvalitet. Den enstaka förändringen (som vid kärlekskramp med smärta till smärtfrihet) kan den enstaka förändringen spela en mycket betydelsefull roll för patienten som inte tydligt märks i livskvalitetsmätningen.

JA Fråga 15: Gäller metastudier: Hur säkerställer man att de studier man sammanför verkligen studerar och mäter samma sak? Är detta "kvalitativ bedömning" eller överläts det åt någon datalingsvistisk "innehållsanalys"? Ser du några problem med detta?

PW Svar på JA fråga 15: Detta är ett problem på många sätt. Normalt redogörs noggrant för vilka studier som inkluderats (med referenser) och vilka urvalskriterier man haft. Dessa är ofta baserade på vetenskaplig kvalitet. I en av mina studier gick vi igenom 6000 abstracts men kunde bara inkludera ett 40-tal studier i vår systematiska översikt. Alla dessa undermåliga studier kan då leda till missvisande och tveksamma slutsatser som refereras i massmedia osv. Alternativt kan vår stränga vetenskapssyn förhindrat inklusion av studier som speglar någon form av sanning. Detta, om inte annat, motiverar ju betydelsen av en intensiv och levande debatt om de vetenskapliga metodernas giltighet och tillförlitlighet.