UiO : Institute of Clinical Medicine
University of Oslo

Hva kan vi bruke forskningen til innen rusmiddelfeltet?

Om forholdet mellom forskning og klinikk

Jørgen G. Bramness

Professor ved Senter for rus og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

Interessekonflikter

- Ingen legemiddelfirmaer
- Ett oppdrag for et firma som lager en sportsdrikk
  - (PRIMO A/S)
- Skrevet en bok om forskning som kommer på Universitetsforlaget i juni

”Innen klinisk rusmiddelarbeid blir vi ofte i tvil om det vi holder på med virker. Vi vil ikke kaste bort tiden. Vi vil vite om det vi gjør virkelig har effekt. Vi ønsker å drive evidensbasert og vil gjerne sette i gang et forskningsprosjekt som kan sikre oss det”

Positivt

1) Positivt og fremtidsrettet
2) Rusmiddelfeltet vil heve seg
3) Forskning fremmer vitenskapelig tenkning
   - Forståelse av forskningens styrker og svakheter
   - Problemer ved å overføring til en klinisk situasjon
   - Evidens til klinikken på en realistisk måte.
4) Forskningens signaleffekt
   - Kan bringe status og legitimitet til et felt.

Myndighetene om å drive kunnskapsbasert

- Praksis innen helse- og sosialfag skal være forskningsbasert

  Lov om helsepersonell

- Helsetjenesten bør være basert på oppdatert og best mulig kunnskap

  HOD strategi 2006-2011

- Forskning er én av fire hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten

  Spesialisthelsetjenesteloven, Helseforetaksloven

- Bedre kvalitet og mer tilgjengelige tjenester

  Opptrappingsplanens kapittel 2

Hvorfor kunnskapsbasert? Vi må kunne begrunne vår praksis

- De tjenester vi tilbyr pasienten skal være
  - Effektive for pasienten
    - Den til enhver tid beste behandling
    - Uetisk å bruke metoder med skadelig/ukjent effekt
  - Kostnadseffektive for samfunnet
  - Kunnskapsbaserte

Er praksis i rusfeltet kunnskapsbasert?

- Store variasjoner i bruk av behandlingsmetoder
- Liten konsensus om hva som er god behandling
- Få evalueringer av behandlingen og metoder
- Relevant og pålitelig klinisk forskning mangler
- Klinisk praksis er i begrenset grad basert på forskning

NOU-2003:4 forskning på rusmiddelfeltet
SH-dir 2005: Bakst-prosjektet
Opptrappingsplanen for rusfeltet 2008-2010

Kunnskapsbasert praksis i rusfeltet

- Manglende kunnskap om rusmiddelmisbrukeres behandlingsbehov
- Virksomhetene mangler systemer for lærings- og forbedringsarbeid
- Mangel på kunnskapsbasert behandlingspraksis
- Behov for faglige retningslinjer på flere områder

Helsetilsynet 2007

”[The] negative correlation between scientific evidence and treatment-as-usual […] could hardly be larger if one intentionally constructed treatment programs from those approaches with the least evidence of efficacy”.

Miller, Wilbourne og Hettema (2003)

Kunnskapsbasert praksis i rusmiddelfeltet

- I hvor stor grad skal praksis standardiseres og harmoniseres?
  - Kan man styre legers behandling?
- Skal behandlingen pasienten får være avhengig av:
  - Hvor du bor?
  - Hvilken behandler du møter?

Hva er det vi ikke gjør innen rusmiddelbehandlingen?

- Vi må diagnostisere
  - For å avdekke
  - For å forstå
  - For å danne grunnlag for best mulig behandling
- Vi må være villige til å bruke medisiner
  - Fordi vi skal hjelpe pasienten best mulig
- Noen *spesifikke* metoder for psykososial behandling synes å gi bedre effekt enn ”standard” behandling
  - Motiverende intervju
  - Kognitiv atferdsterapi (CBT)
  - 12-trinnsmodellen
- Vi måler ikke hvordan det går med våre pasienter
  - Ved utskrivelse
  - Etter utskrivelse

Gap mellom det vi *skal* gjøre og hva vi *gjør*?

Kunnskapsgapet

- Mangler vi kunnskap
- Noe prinsipielt og på slutten noe spesifikt

Tilgjengelighetsgapet

- Vi vet ikke om den kunnskapen vi har

Handlingsgapet

- Vi bruker ikke det vi vet

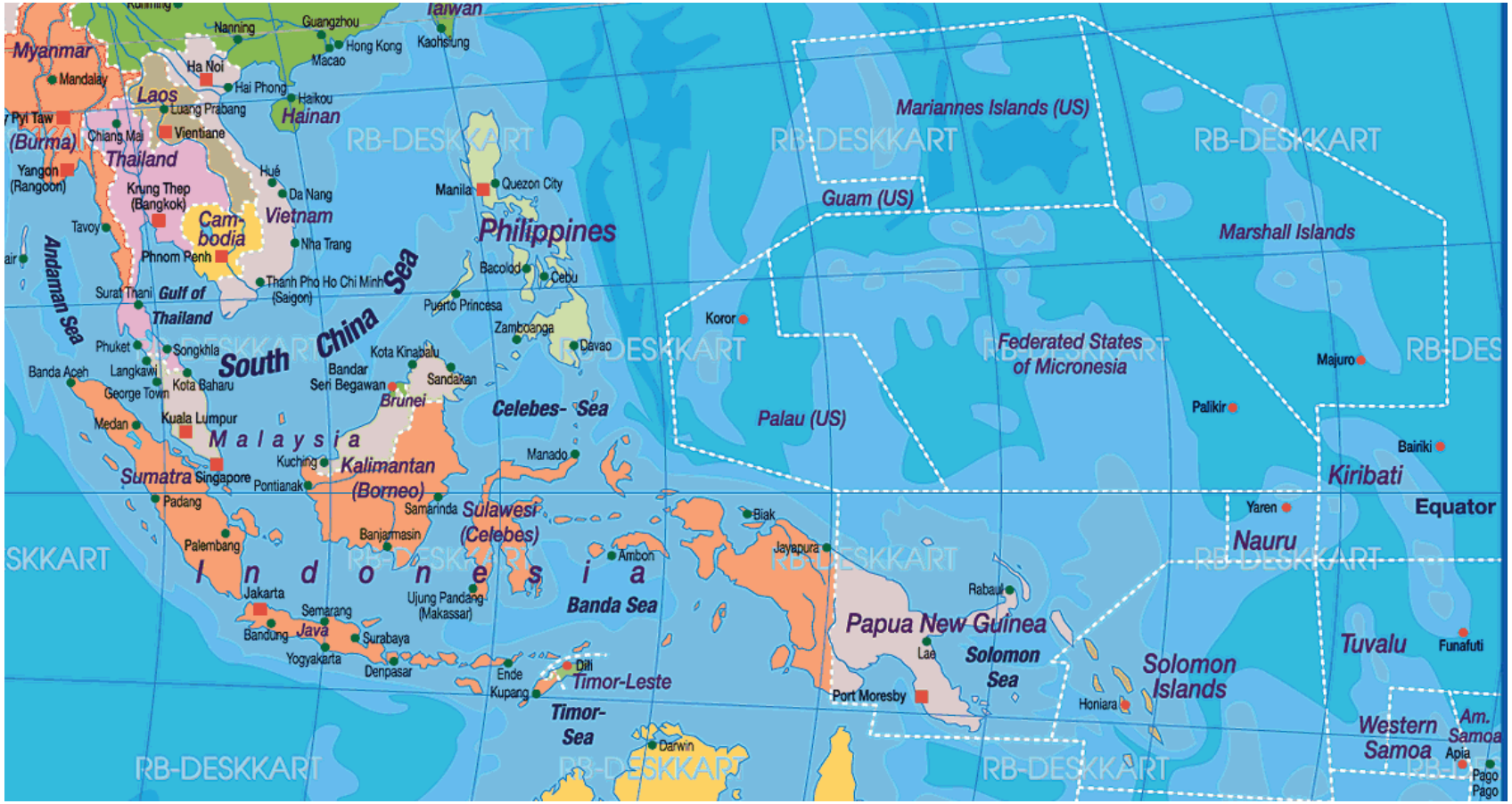
KUNNSKAPsgapet

«Hva er kunnskapshullene innen rusmiddelfeltet – hva trenger vi å forske på?»

Arctic Ocean
Russia
Alaska (US)
Alaska (United States)
Beaufort Sea
Bering Sea
Greenland (Dk.)
Greenland Sea
Baffin Bay
Iceland
Norwegian Sea
Barents Sea
Sea of Okhotsk
Canada
Russia
United States
Mexico
Caribbean Sea
Brazil
Argentina
Chile
Bolivia
Paraguay
Uruguay
Peru
Colombia
Venezuela
Ecuador
Guyana
Suriname
Kazakhstan
Mongolia
China
Japan
Korea
Iran
Iraq
Turkey
Saudi Arabia
Yemen
Oman
Afghanistan
Pakistan
India
Bangladesh
Thailand
Vietnam
Philippines
Indonesia
Malaysia
Papua New Guinea
Australia
New Zealand
Madagascar
Angola
Namibia
Botswana
Zambia
Zimbabwe
Mozambique
South Africa
Tanzania
Kenya
Ethiopia
Somalia
Sudan
Chad
Niger
Libya
Egypt
Algeria
Morocco
Mauritania
Mali
Nigeria
Cameroon
Congo
Gabon
Democr. Rep. of the Congo
Germany
France
Spain
Portugal
Italy
Greece
Ukraine
Sweden
Norway
Finland
United Kingdom
Poland
Atlantic Ocean
Pacific Ocean
Indian Ocean
Mediterranean Sea
Black Sea
Caspian Sea
Red Sea
Arabian Sea
Bay of Bengal
South China Sea
East China Sea
Coral Sea
Tasman Sea
Weddell Sea
Antarctica
welt-atlas.de
...more than 850 maps worldwide

Denmark
Copenhagen
Lithuania
Glasgow
Belfast
North Sea
Odense
Kaliningrad(Rus)
Vilnius
Kaunas
Kingdom
Gdansk
Minsk
Liverpool
Manchester
Nether-
lands
Hamburg
Berlin
Poland
Belarus
Amsterdam
Hannover
Warszawa
Dublin
Den Haag
Poznan
London
Rotterdam
Germany
Belgium
Czech Rep.
Lvov
Kiev
Köln
Southampton
Bruxelles
Prague
Krakow
Luxembg.
Frankfurt
Ukraine
Lux.
Brno
Bratislava
Paris
Brest
Strasbourg
München
Slovakia
Vienna
Kishinev
France
Switzerland
Budapest
Moldova
Austria
Bern
Vaduz
Ljubljana
Slov.
Hungary
Romania
Gulf of
Biscaya
Genève
Milano
Venezia
Zagreb
Odessa
Lyon
Croatia
Belgrad
Bucuresti
Bordeaux
Torino
San Marino
Sarajevo
Serbia
Constanta
Bilbao
Monaco
Firenze
B.-Herz.
Kosovo
Sofia
Varna
Italy
Podgorica
Bulgaria
Marseille
Ajaccio
Pristina
Andorra
Rome
Monten.
Maced.
Barcelona
Tirane
Skopje
Istanbul
Madrid
Bari
Napoli
Albania
Thessaloniki
Valencia
Ankara
Kérkira

Kirkenes
Lulea
Oulu
Finland
Tampere
Turku
Helsinki
Tallinn
Estonia


Taiwan
Nanning
Guangzhou
Hong Kong
Macao
Kaohsiung
Myanmar
Mandalay
Ha Noi
Hai Phong
Haikou
Hainan
Laos
Luang Prabang
Vientiane
Pyi Taw
(Burma)
Chiang Mai
Thailand
Yangon
(Rangoon)
Krung Thep
(Bangkok)
Hué
Da Nang
Vietnam
Cam-
bodia
Nha Trang
Phnom Penh
Tavoy
Andaman Sea
Thanh Pho Ho Chi Minh
(Saigon)
Sea
Surat Thani
Gulf of
Thailand
Phuket
Songkhla
Langkawi
Kota Baharu
George Town
Banda Aceh
Medan
Kuala Lumpur
Malaysia
Sumatra
Singapore
Padang
Palembang
Jakarta
Semarang
Bandung
Java
Surabaya
Yogyakarta
Denpasar
Ende
Kupang
Dili
Timor-Leste
Timor-
Sea
Darwin
Manila
Quezon City
Philippines
Bacolod
Cebu
Puerto Princesa
Zamboanga
Davao
South
China
Kota Kinabalu
Bandar
Seri Begawan
Sandakan
Brunei
Celebes- Sea
Manado
Kuching
Kalimantan
(Borneo)
Pontianak
Samarinda
Sulawesi
(Celebes)
Banjarmasin
Ujung Pandang
(Makassar)
Ambon
Banda Sea
Indonesia
Biak
Jayapura
Rabaul
Papua New Guinea
Lae
Port Moresby
Solomon
Sea
Honiara
Solomon
Islands
Mariannes Islands (US)
Guam (US)
Marshall Islands
Koror
Federated States
of Micronesia
Palau (US)
Majuro
Palikir
Bairiki
Kiribati
Equator
Yaren
Nauru
Tuvalu
Funafuti
Western
Samoa
Am.
Samoa
Apia
Pago
Pago
RB-DESKKART

Hvis kunnskap var land og havet var mangel på kunnskap……

- Det finnes øyer av kunnskap i et hav av uvitenhet
  - There are holes in our ignorance
  - Av og til er det langt mellom øyene
  - Vi må gjøre noe likevel
- Vi har oppnådd mye bare folk ikke med vilje svømmer forbi de trygge øyene

DIGRESJON

Hva gjør vi ved manglende evidens?

A. Setter oss ned og venter til vi kan gjøre noe evidensbasert
   – (fordi vi må være helt sikre på det vi gjør)

B. Avviser evidensbasert medisin som noe stort tull
   – (i hvert fall innen rusmiddelfeltet)

C. Benytter oss av en kombinasjon av ulike typer kunnskap,
   – men inntar ikke en prinsipielt negativ holdning til at noe kunnskap har forrang foran en annen

DIGRESJON

”The ayatollahs of evidence based medicine think we can base our practice of medicine on evidence, even though we have evidence for only 5 % of what we do. These ayatollahs do not acknowledge this because they do not dirty their hands with the practice of medicine […]. We will [always] need the art of medicine!”

Professor i medisin og farmakologi Jacques LeLorier
University of Montreal

DIGRESJON

Hva er kunnskapsbasert praksis?

- ”Evidence-based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values”

American Psychological Association 2003

DIGRESJON

Vi må godta at noen kunnskap større verdi enn annen kunnskap

- Informasjonssamfunnet har gjort det lettere å skaffe seg oversikt over mye ny kunnskap
- Denne oversikten tvinger oss til å godta systematisering av ulik kunnskap
- Vi må godta at noen kunnskap er bedre underbygget enn annen
- Vi må ta konsekvensen av dette

DIGRESJON

Evidenshierarkiet

- Nivå 1: Metaanalyser/ systematiske oversikter basert på RCT-studier
- Nivå 2: Enkeltstudier/primærstudier (RCT)
- Nivå 3: Observasjonsstudier (hva skjer med pasienten?)
- Nivå 4: Konsensus/ekspertråd basert på klinisk erfaring (dersom 1-3 mangler)

DIGRESJON

Hva er kunnskapsbasert praksis?

Måten evidens skapes på gir noen føringer

- Forskning på effekten av ulike behandlingsmetoder
- RCT løftes fram som gullstandard
- Somatikk som utgangspunkt
- Vurderer én metode i forhold til homogen pasientgruppe
  - Begrenset ekstern validitet
- Vurderer én metode her og nå
  - Andre faktorer utenfor behandling forklarer også behandlingsutfall
- Personer med rusproblemer har ofte sammensatte problemer
  - Flere faktorer påvirker behandlingsutfall

DIGRESJON

Hva slags forskning trenger vi?

- Forløp og prognose
- Identifisere risikofaktorer og risikogrupper
- Pasientens opplevelse og erfaring
- Behandlingsmetode
- -prosessen
- Suksessfaktorer for bedring (recovery)
- Pasientstatistikk

– Vi ønsker å bedre skreddersy behandling til behov

e. *Andre områder*

Flere fagområder etterlyser flere og bedre kontrollerte studier, for eksempel innen tannhelse, fysioterapi, rehabilitering og sammensatte psykiatriske tilstander (eks rus).

Oppsummering om "Evidesbasert klinikk" fra Kunnskapssenteret

Forskningen er et sært og tidkrevende felt

- Forskning er vanskelig
- Må det være så vanskelig?
- ”Forskerne kan ikke drive med egen (verdensfjern) forskning for forskningens egen del”
- «Skal det være noe vits i forskningen må vi ha nytte av den»

Forskning kan være vanskelig å kommunisere

- Den ene forskningsrapporten slår den andre i hjel
- Skille mellom spekulasjoner og funn
- Forskerne kjenner dette skille men må bli flinkere til å kommunisere det
- Og ikke love ting (i økonomisk interesse) som de ikke kan holde

«Veldig mye av det siste innen forskning skal ikke implementeres i klinikken»

«Begynn med det sikre før du tar det siste»

Tilgjengelighetsgapet

- **Det fins relevant og pålitelig forskning, men den er vanskelig tilgjengelig eller ikke kjent for behandler**

Hvordan tette tilgjengelighetsgapet?

- Gjøre litteratur tilgjengelig for behandlere
  - Cochrane, Campbell…
  - Helsebiblioteket
  - Kunnskapssenteret
  - Nasjonale retningslinjer
- Gi behandlere informasjonskompetanse
- Opplæring i kunnskapsbasert praksis ved grunn- og videreutdanninger
- Tilrettelegge for at det settes av tid og ressurser til opplæring av behandlere

Handlingsgapet

- Vi har kunnskap om pålitelig og relevant forskning, men anvender den IKKE i klinisk praksis
- Vi må implementere!
  - Et sett av tiltak/metoder/aktiviteter som benyttes for å omsette kunnskap til handling

Fixen et al. 2005

Rusavhengighet:

Kunnskap er ikke nok

Vi vet stadig mer om norsk rusavhengighet. Men kunnskap alene løser ikke problemene.

– For det første kan ikke en enkelt politisk beslutning løse problemene med rusavhengighet i Norge. For det andre tar politikerne beslutninger mot bedre vitende – det er deres rett. For eksempel har forskning vist at økt tilgang til alkohol gir større rusmisbruksproblemer. Likevel kan vi kjøpe alkohol på stadig flere serveringssteder, i dagligvarebutikker og på Vinmonopolet, sier Jørgen G. Bramness, ny forskningsdirektør ved Senter for rusavhengighetsforskning, Seraf.

Klima, olje, jagerfly og finanskrise – politikerne skal prioritere mange saker. Rusmisbruk er et kontinuerlig problem som gjerne faller i skyggen av mer akutte saker. For å skjerpe oppmerksomheten rundt rusproblematikken ledet Foreningen for human narkotikapolitikk en aksjon der narkomane inntok plassen foran Stortinget den 17. november. Slike tiltak kan vekke politikernes oppmerksomhet, men ifølge Bramness er det ikke manglende bevissthet rundt problemet som gjør at politikerne ikke fatter beslutninger som kan løse problemet:

– Problemet ligger også i at den politiske debatten er for unyansert. Medias fremstilling av rusproblematikken er heller ikke sofistikert nok. Forskerne på sin side er opptatt av detaljer. Veien fra forskning til en effektiv politisk beslutning kan derfor være lang.

Vi må vite mer

I Norge har vi mellom 8 000 og 12 000 sprøytenarkomane. Få land i Europa har like mange tunge rusmisbrukere per capita, og Norge er et av landene i verden der det relativt sett dør flest mennesker av overdose.

Jørgen Bramness mener rusdebatten er for unyansert. Foto: Andreas B. Johansen

Selv med gode helseregistre er det mye vi ikke vet om våre rusavhengige. Vi vet ikke hvorfor Norge har så mange injeksjonsmisbrukere.

Begrunnelser for klinisk praksis

- Vi gjør det vi lærte på skolen
- Vi gjør det vår erfaring tilsier
- Vi gjør det vi lærte på kurs
- Vi har lest én artikkel

Jamtvedt 2000

Barrierer mot bruk av best mulig kunnskap i klinisk praksis

- Forskningen er ikke pålitelig og relevant
- Kjenner ikke tilgjengelig forskning
- Forskningslitteraturen ikke tilgjengelig på ett sted
- Har ikke tid til å lese publikasjoner/litteratur
- Utilstrekkelige ressurser
- Forskning er vanskelig å forstå
- Andre vil ikke samarbeide om implementeringen
- Mangler tid til å implementere nye ideer

Gerrish 2004

Hva er det vi skulle gjøre som vi ikke gjør innen rusmiddelbehandlingen

- Vi må diagnostisere
  - For å avdekke
  - For å forstå
  - For å danne grunnlag for bets mulig behandling
- Vi må være villige til å bruke medisiner
  - Fordi vi skal hjelpe pasienten best mulig
- Noen *spesifikke* metoder for psykososial behandling synes å gi bedre effekt enn ”standard” behandling
  - Motivasjonelt intervju
  - Kognitiv atferdsterapi
  - 12-trinnsmodellen

Kunnskap vs. ideologi

- Kunnskap må læres og ferdigheter må trenes
  - ikke én gang, men mange ganger
- Kunnskap og ferdigheter er ikke
  - Imperialisme
  - argumenter som skal styrte en ideologi
- Ny kunnskap kan i liten grad ”motbevise”/”slå i hjel” gammel kunnskap
  - Den utvider og fordyper den
  - Vi kan rette opp kursen og se vår forståelse i nye perspektiver

Hva virker når man skal legge om praksis?

Type tiltak	Eksempel på tiltak	Effektstørrelse
Læringsmateriale	Veiledere, AV-produkter	4%
Opplæring	Konferanser, kurs	Liten effekt som eget tiltak
Praksisbesøk	Fagperson gir stedstilpasset tilbakemelding	5 %
Opinionsledere	Anerkjente kolleger	10 %
Revisjoner	Tilbakemelding om praksis over en periode	5 %
Pasientrettet info	Kontakt med behandler, informasjon på venteværelse	21 %
Påminnelser	Elektronisk ved aktualitet	14 %
Økonomiske tiltak	Takstsystemet	Ukjent effekt
Loven	Strukturendring	Ukjent effekt

Hvordan tette handlingsgapet?

- Bevissthet om at det er et gap mellom kunnskap og praksis
- Bruk av implementeringsmetoder som gir vesentlig endring i klinisk praksis
- Opplæringstiltak er ofte brukt, men gir isolert sett liten endring i praksis
- Rutinebeskrivelser eller behandlingslinjer trengs

Å implementere ny kunnskap er ikke en engangsforeteelse

- Ny kunnskap kommer til
  - Ny viten
  - Ny forståelse av gammel kunnskap
  - Oppretting av implementringsfeil
  - Oppretting av utglidninger
- Grensekostnaden ved å implementere ny kunnskap synker
  - Det blir en integrert del av yrkesidentiteten
  - Det kommer ikke i veien for annen ideologi

Å implementere ny kunnskap i den kliniske hverdagen

- Å implementere ny kunnskap inn i klinisk praksis er ingen demokratisk prosess
- Likevel må man finne strategier til å gjøre anvendelse av ny kunnskap til integrert del av profesjonsidentiteten
- Mer enn hard ledelse trenges god ledelse

Funn fra GAP-undersøkelsen

Landheim A, Linderoth L, Eiring Ø et al. 2011

- Det er et gap mellom hva vi vet og hva vi gjør innen rus og psykiatri
  - Gapet er synlig både innen begge områder
  - Det er større innen psykiatrien

Hva kan man tenke seg å gjøre?

- Som leder i en avdeling må man ha oversikt over det som tilbys
- Man bør ikke innføre rutiner som senker effektivitet eller som oppleves som unyttige
- Man bør sikre seg at det gjøres god diagnostikk, at det er spesifikk behandling og at man monitorer effekt
  - Har folk kunnskap om diagnostikk
  - Har folk ferdigheter til spesifikk behandling
  - Gjøres det monitorering
    - Og i så fall hvordan

Bridging the gap – together

- Ta utfordringen sammen
- Ikke en oppgave for forskerne eller klinkere alene
- Skal vi velge skyttergraver ?
  - ”Klinikerne er innmari dårlige til å tilegne seg den nye kunnskapen”
  - ”Nå må forskerne komme ut av elfenbenstårnet sitt”
- Felles oppgave ”to bridge the gap”
- Opptrappingsplanen: *Rusfeltet skal gis et faglig løft. Det skal arbeides for bedre kvalitet på hele feltet. Forskning og forskningsformidling, kunnskapsutvikling og kompetanseheving skal danne plattform for satsingen. Folkehelseperspektivet skal ligge til grunn for forebyggingsarbeidet. Det er ingen tiltak som fungerer for alle. Både forebygging og tjenesteutvikling skal legge større vekt på lokal tilpasning, sosiale forskjeller, kjønnsperspektiv og etnisk bakgrunn.*
- Velkommen til et samarbeid!