

Å implementere evidensbasert praksis i rusmiddelfeltet

Jørgen G. Bramness
Professor og forskningsdirektør for SERAF, UiO

Interessekonflikter

- Jeg har ingen kommersielle interessekonflikter å oppgi

Referanser

Landheim A: Å tenke det, å ønske det, å ville det, men å gjøre det... - Bruk av forskningsbasert kunnskap i rusfeltet. Prøveforelesning for den medisinske doktorgraden, UiO 8. januar 08

Bramness JG, Røttingen JA. Om å kombinere kunnskap og idealisme. Rus & Samfunn 1/2009

Landheim A, Linderøth L, Eiring Ø et al. Preliminære resultater fra Gap-undersøkelsen

Hva jeg skal snakke om:

- Har forskning noen plass i klinisk praksis?
 - politiske styringsdokumenter
- Hvilke gap er det mellom forskning og klinisk praksis?
 - Kunnskapsgapet
 - Tilgjengelighetsgapet
 - Handlingsgapet
- Hvordan kan vi redusere gapene mellom forskning og klinisk praksis?
 - Implementering

Behøver vi å drive kunnskapsbasert?

- Praksis innen helse- og sosiallag skal være forskningsbasert
Lov om helsepersonell
- Helsetjenesten bør være basert på oppdatert og best mulig kunnskap. Denne kunnskapen er blant annet forskning
HOD strategi 2006-2011
- Forskning er en av fire hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten
Spesialisthelsetjenesteloven, Helseforetaksloven
- Bedre kvalitet og mer tilgjengelige tjenester
Opptrappingsplanens kapittel 2



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

Kunnskapsbasert praksis i rusfeltet

- 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 rusmiddelområdet
SH-de 2005: Bakst-prosjektet
Opprappingsplanen for rusfeltet 2008-2010

Kunnskapsbasert praksis i rusfeltet

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

Helsetilsynet 2007

Kunnskapsbasert praksis i rusmiddelfeltet

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

"[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 Hetterna (2003)

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 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
 - Motivasjonelt intervju
 - Kognitiv atferdsterapi
 - 12-trinnsmodellen

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

- Kunnskapsgapet
 - Vi mangler kunnskap
- Tilgjengelighetsgapet
 - Vi vet ikke om den kunnskapen vi har
- Handlingsgapet
 - Vi bruker ikke det vi vet

Ad pkt 1 og 2 på forrige slide:
College of ignorance: University of Arizona

Ignorance Map

- Ting vi vet at vi ikke vet
- Ting vi ikke vet at vi ikke vet
- Ting vi tror vi vet, men ikke vet (feil)
- Ting vi ikke vet at vi vet
- Tabuer: farlig eller forbudt kunnskap
- Fornektninger: de tingene som det smarter for mye å vite



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

- Det finnes øyer av kunnskap i et hav av uvitenhet
 - 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

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 rusmiddellettet)
- C. Benytt oss av en kombinasjon av ulike typer kunnskap, men ikke inntar en prinsipielt negativ holdning til at noe kunnskap har forrang foran en annen



"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

Hva er kunnskapsbasert praksis?

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

American Psychological Association 2003



Mangel på evidens for effekt er ikke evidens for manglende effekt

- Undersøkelser kan finne forskjeller
- Likheter er mye vanskeligere å finne
- Intet sted er dette tydeligere enn i EBP
- Kunnskapsoppsummeringer sier at "det finnes ikke evidens"
 - Av og til betyr det: "Dette virker ikke"
 - Ofte betyr det: "Vi mangler forskning"
 - Eller denne typen forskning er vanskelig/umulig å gjøre

Har 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

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)

Hva er kunnskapsbasert praksis?

- 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

HVORFOR SÅ STERKT FOKUS PÅ METODE?

- Behandlingsmetode er bare en av flere faktorer som bidrar til kvalitativt gode tjenester
- Kunnskapsbasert praksis ≠ evidensbaserte behandlingsmetoder
- Skal også hente kunnskap fra annen forskning
- Kunnskapsbasert praksis skal også bygge på
 - erfaringsbasert kunnskap
 - kunnskap om pasientenes/brukerens behov
 - og EN VURDERING av hva som er god kunnskap

Hva er det som virker i en terapi?



- Egen erfaring
- Ideologi
- Intuisjon
- Teori
- Kollegaer
- Forskning
- Pasientorganisasjoner
- Ekspert
- Konferanser og kurs
- Retningslinjer
- Lovverk
- Politikere
- Media og internett

Hva slags forskning trenger vi?

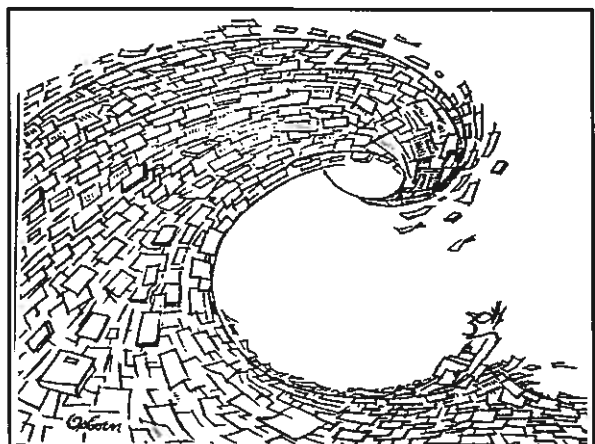
- Forløp og prognose
 - Identifisere risikofaktorer og risikogrupper
 - Pasientens opplevelse og erfaring
 - Behandlingsmetode
 - -prosess
 - Suksessfaktorer for bedring (recovery)
 - Pasientstatistikk
- Vi ønsker å bedre skreddersy behandling til behov

• Andre spørsmål
Flere spørsmål om hva som er og hva kvalitetsstudier for eksempel case studier, tverrsnitt, evaluering og sammenlignende studier (se res)

Oppsummering om "Evidensbasert klinikk" fra Kunnskapscenteret

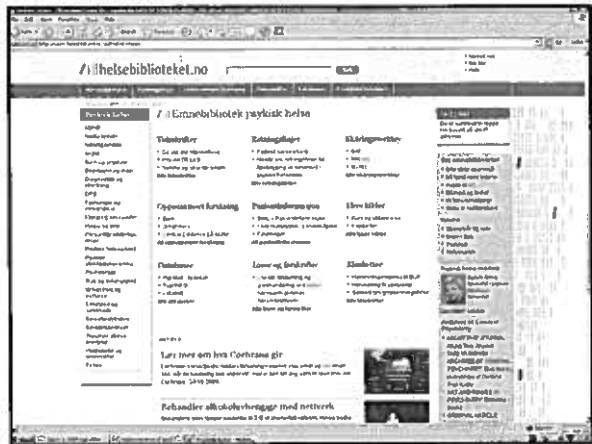
Tilgjengelighetsgapet

- 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



Begrunnelser for klinisk praksis

- Vi gjør det vi lærte på skolen
- Vi gjør det vår erfaring tilsier
- Vi gjør det vi lærte på kurs
- Kanskje vi leser en artikkel

Jamtvedt 2000

Barrierer mot bruk av forskning 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 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
 - Motivasjonell intervju
 - Kognitiv atferdsterapi
 - 12-trinnsmodellen

Kunnskap vs. ideologi

- Vi må forstå kunnskap som noe vi må lære og ferdigheter som trene på, ikke én gang men mange ganger
- Kunnskap og ferdigheter er ikke argumenter som skal styrte en ideologi
- Ny kunnskap kan i liten grad "motbeviser"/"slå i hjel" gammel kunnskap
 - Den utvider og fordypet den
 - Vi kan rette opp kursen og se vår forståelse i nye perspektiver

Hva virker når man skal legge om praksis?

Intervju	Spørsmål	Prosent
Læringsmateriale	Vellelere, AV-produkter	4%
Opplæring	Konferanser, kurs	Liten effekt som eget tiltak
Praksisbesøk	Fagperson gir stødtilpasset 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

Hva skal til for å implementere evidens i klinikken

- Vi trenger kunnskapen
 - Kunnskapen må oppleves som relevant
 - Forskjellen til gjeldende praksis bør være stor nok til å forsvare kostnaden
- Vi trenger noen innenfra som kan
 - Søke kunnskapen
 - Forstå kunnskapen
 - Kan drive gjennom kunnskapen
- Vi trenger en forståelse i organisasjonen for hva at implementeringen av ny kunnskap er viktig
 - Ressurspersonene
 - Ledelse
 - Utøvere
 - Brukere/klienter

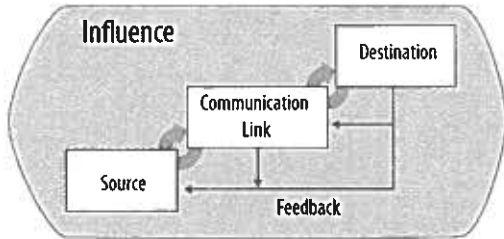
Å implementere ny kunnskap er ikke en engangsforeteelse

- Ny kunnskap kommer til
 - Ny viten
 - Ny forståelse av gammel kunnskap
 - Oppretting av implementeringsfeil
 - 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 trengs god ledelse

Figure 1
A Conceptual Framework for Implementation of Defined Practices and Programs



Hvordan jobbe mer kunnskapsbasert i rusfeltet ?

- Implementere erfaringsbasert kunnskap
 - Systematisere og synliggjøre kliniske erfaringer
 - Se på kunnskap om brukernes behov og erlaringer
- Implementere forskningsbasert kunnskap
 - Søke og systematisere kunnskap fra forskning
- Bygge kunnskapen inn i praksis (implementering)
- Løpende evaluering av praksis
 - Igjen via forskning, kliniske erfaringer og brukerdialog