

Er klinisk forskning farlig for klinisk praksis?

Vi er vant til å tenke at klinisk forskning er viktig og bør styrkes ytterligere. Uten denne forskningens innhenting av ny og holdbar kunnskap som kan forbedre diagnostikk, forebygging, behandling og omsorg, vil klinisk praksis stå på stedet hvil. Vi ville risikere å få mindre ut av ressursene ved å kaste bort tiden på uvirksomme behandlingsmetoder. Men klinisk forskning kan også ha uønskede bivirkninger. Den kan påvirke klinisk praksis på en uheldig måte og ha negative konsekvenser for profesjonen.

Oppgitte interessenkonflikter: Ingen

Basert på foredrag ved Norsk psykiatrisk forenings årsmøte, Hamar 2003

Per Vaglum

per.vaglum@basalmed.uio.no
Institutt for medisinske atferdsfag
Universitetet i Oslo
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo

Ny klinisk kunnskap bidrar til å avklare etiologi og forløp av sykdom og til å forbedre forebygging, omsorg, lindring og behandling. Det gir rasjonalitet og effektivitet, hindrer ideologisme og utbrenthet og fremmer kritisk holdning til egen praksis. Klinisk forskning øker kompetansen til å vurdere nye forskningsresultater og styrker forskningsbasert utdanning og profesjonen selv. Dette gjelder for alle kliniske fag og profesjoner. For enhver medisinsk profesjon er det viktig med kunnskaper som gjør at man kan gjøre mer for pasientene enn vanlig sunn fornuft tilsier.

Selv om vi ønsker oss stadig mer ny kunnskap, er det på den annen side velkjent at det også alltid innebærer en viss fare å oppdage noe ukjent. Da Ødipus løste Sfinxens gåte, drepte Sfinxen seg. Da Ødipus oppdaget at han var sønn til kongen han hadde drept, blindet han seg selv. Selv fant jeg en gang at behandlingsresultatene for psykotiske pasienter var blitt signifikant dårligere til tross for at staben var økt med 100 % og behandlingsprogrammet lagt om til et som alle behandlerne hadde stor tro på (1). Det var ingen god kunnskap å ta innover seg. Forskning som skaffer ny kunnskap om mennesket, kan vekke både hjelpeløshet, håpløshet, angst og skyldfølelse i befolkningen så vel som blant behandlerne. Kunnskapen om betydningen av det lille barnets tilknytningsforhold for senere mental helse, eller kunnskapen om at vi automatisk kan repetere vonde nære kontaktforhold i nye nære forhold, er eksempler på at forskningen ikke alltid kommer med glade budskap til befolkningen.

Det er flere måter klinisk psykiatrisk forskning kan være farlig for klinisk praksis og for psykiatrien som spesialitet på. Jeg vil drøfte dette nærmere.

Ubehagelige avsløringer

Det er særlig tre forhold som klinisk forskning nådeløst kan avsløre: Behandlingsforskningen kan påvise at metoder eller programmer som er godt etablert, faktisk er uvirksomme eller kanskje til og med skadelige for enkelte pasientgrupper. Dette fant jeg for eksempel da jeg sammenliknet tre delvis ulike behandlingsprogrammer for unge stoffmisbrukere. Et gruppebasert, konfronterende terapeutisk samfunn var svært uheldig for psykosensiblere misbrukere (2).

Forskningsresultater kan vise at behandlingsmetoder eller andre kliniske ferdigheter som den enkelte har brukt mye tid og krefter på å lære seg, ikke er så brukbare som man trodde. Kanskje må man supplere med eller lære seg helt nye metoder. Et eksempel er såkalt psykoedukativt familiearbeid for familier til schizofrene pasienter (3). Det gikk over 20 år fra det internasjonalt forelå overbevisende vitenskapelig dokumentasjon om nytten av denne metoden for å forhindre tilbakefall av psykose til den ble etablert i Norge (i tillegg

til andre former for familierapi med langt svakere dokumentasjon) (4).

Forskningen kan også ødelegge bildet av en panasé skapt av dem som lanserer en ny behandlingsmetode. Behandlingen man trodde og hevdet med overbevisning kunne hjelpe alle pasienter, viser seg i beste fall å bare hjelpe noen. Eksempler kan være psykoanalyse, kognitiv psykoterapi, systemorientert familierapi, antidepressiver eller antipsykotiske midler. Denne kunnskapen om metodenes begrensninger kan utløse usikkerhet eller håpløshet blant behandlerne. Det kan føre til en viss benekting, i stedet for at dette kunne stimulere til videre forskning og utprøving.

Svekket klinisk diagnostikk

Klinisk psykiatrisk forskning har siden begynnelsen av 1980-årene i stigende grad utviklet spørreskjemaer, skåringsinstrumenter og strukturerte diagnostiske intervjuer med høy potensiell reliabilitet og brukbar validitet. Dette har utvilsomt styrket forskningen og muligheten til å generalisere på tvers av kliniske materialer. Men det har også vært en tendens til at slike instrumenter brukes i den kliniske



Det innebærer alltid en viss fare å oppdage noe ukjent. Da Ødipus løste Sfinxens gåte, drepte Sfinxen seg. Jean Auguste Dominique Ingres «Oedipus and the Sphinx». Trustees of the Nation Gallery, London/SCANPIX/CORBIS

hverdag innenfor forskjellige spesialiteter til vurdering av grad av sykdom (SCL-90, MADRS, MINI) eller som diagnostiske intervjuer (CIDI, SPIFA, SCID-I og II). Dette er uproblematisk så lenge slike instrumenter ikke kommer til erstatning for den kliniske samtalen. Med det tidspresset legene nå er utsatt for, er det fare for at det skjer.

Disse forskningsinstrumentene har to funksjoner i forhold til enkeltpasienten: Å plassere vedkommende i forhold til gruppen av andre pasienter (eventuelt i forhold til en prototypisk pasient), og til å følge utviklingen av visse symptomer og funksjonsutfall.

Men de kan ikke brukes til å undersøke den enkelte pasients helt spesielle historie og hvordan biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer har spilt og spiller sammen hos akkurat denne pasienten og påvirker debut og forløp av den psykiatriske lidelsen. Denne kunnskapen, som er avgjørende for valg av behandling og oppfølging, må innhentes i samtaler (5). Det er også i samtalen at den nødvendige tillit bygges opp, slik at pasienten følger opp behandlingen og eventuelt er villig til å underkaste seg tiltak som kan være skremmende eller ubehagelige. Å få tid nok til å fortelle sin historie er i seg selv også helsefremmende (6).

Svekket tillit til klinisk erfaring

Begrepet kunnskapsbasert medisin representerer en stor utfordring for klinikerne. Når man skal velge behandling for en pasient, skal man alltid klargjøre for seg selv hvilken kunnskapsbase man da baserer seg på, og eventuelt gå til litteraturen for å sjekke om ny kunnskap foreligger. Egen erfaring er ikke lenger nok. Den skal holdes opp mot kunnskapsfronten.

Problemet med dette er at tilhengerne av kunnskapsbasert medisin i for stor grad har formidlet at bare randomiserte kontrollerte studier er gyldig kunnskap. Svakheterne ved slike studier – at de er gjort på svært utvalgte pasienter, at resultatene bare gjelder på gruppenivå osv. – blir lett borte.

Mange sentrale kliniske problemstillinger kan ikke undersøkes med randomisert design. Det er feil å tro at kunnskap som ikke er skaffet til veie ved hjelp av randomiserte studier er tøv. Vi kommer aldri bort fra at i våre kliniske vurderinger har kontakten med den enkelte pasient og vår egen og kollegers praktiske erfaringer med sykehistorier som likner stor verdi. Derfor må man som lege skaffe seg mest mulig erfaring med pasienter fra første dag i medisinstudiet, og ikke miste tilliten til den kunnskap man selv kan innhente gjennom erfaring. Jo mindre pasientnær erfaring studentene og de unge

legene skaffer seg, desto lengre tid trenger de for å bli trygge nok i legerollen.

Bortkastet klinisk tid på forskning

Klinisk forskning vil som regel kreve deltakelse av så vel pasienter som behandlere. Det brukes av verdifull tid som ellers kunne vært brukt til klinisk arbeid. Det er derfor viktig at kliniske forskningsprosjekter tar opp sentrale kliniske problemstillinger.

Det er flere forhold som kan føre til at man forsker på mindre sentrale eller mindre viktige problemstillinger. De viktigste er at jo sykere pasientgruppen er, desto vanskeligere er det å få pasientene inn med på undersøkelser. Jo mer undersøkelsene krever av klinisk kompetanse hos undersøkernes og jo mer man er avhengig av at flere behandlere står for rekruttering av pasienter, desto vanskeligere er det å få gjennomført undersøkelsen. Resultatet kan bli at man i stedet gjør undersøkelser på de pasienter man har for hånden. Eller velger seg pasientgrupper som er lette å samarbeide med og lette å finne igjen ved oppfølging (for eksempel depressive heller enn stoffmisbrukere eller psykotiske pasienter). Eller bruker instrumenter som er lette å distribuere (for eksempel spørreskjema eller registerdata heller enn personlig intervju).

Det kan føre til at alle forskere studerer den samme behandlingsmetoden, ikke fordi det er den som brukes mest, men fordi den er lettest å studere (for eksempel korttids versus langtids psykoterapi). Mange sentrale kliniske problemstillinger kan bare avklares gjennom multisenterundersøkelser. Fordi det er svært vanskelig å skaffe finansiering til disse dyre studiene, gjør man i stedet små ikke-konklusive undersøkelser der man selv arbeider.

Klinisk forskning vil ha lavere merittverdi for forskere enn epidemiologisk og biologisk forskning. Rekrutteringen til klinisk forskning blant forskningsbegavede leger er derfor vanskeligere. Årelangt arbeid resulterer kanskje bare i én publikasjon. Derfor må de som finansierer ha en bevisst politikk for å drive frem klinisk forskning. Det er viktig å bruke de kliniske ressursene i prosjekter som er metodisk sterke og tar opp relevante problemstillinger som gjelder de sykeste pasientene.

Når man vil starte klinisk forskning, vekkes ofte latente personal- og profesjonskonflikter (7). Mye tid og krefter kan bli tatt bort fra pasientbehandling og brukt til å diskutere motforestillinger mot forskning, hvem som skal få lov til å forske osv. Min erfaring er at motforestillingene mot behandlingsforskning alltid ligger hos behandlerne, ikke hos pasientene.

Svekke motivasjonen for å bli en god kliniker

For valg av karriere er rollemodellene man møter som ung student og lege svært viktige. Hvis forskerne får en høyere status enn gode klinikere, kan de unge kollegenes motivasjon for å bli gode klinikere svekkes. Man må unngå det paradoks at frontfigurerne i et klinisk fag er de dårligste klinikerne. I praktiske kliniske fag som psykiatri og barnepsykiatri bør modellene for dem som vil utdanne seg i forskning, for en stor del også være gode klinikere. Stillingstyper og forskningsfinansiering må derfor sikre at folk i toppstillinger i de kliniske fag kan stå for både god forskning og god klinisk behandling. De unge må ikke bli tvunget til å velge mellom forskning og klinikk.

Svekking av psykiatri og barnepsykiatri som profesjon

Mange mener forskning vil styrke psykiatrien og barnepsykiatrien som medisinske fagfelter. Det kan bli det motsatte hvis forskningen styrer oppmerksomheten mot bare ett av de tre bein som psykiatrien må stå på: biologi, psykoterapi/pasient-legeforholdet og sosialpsykiatri. Det vil ofte være andre hensyn som styrer forskernes oppmerksomhet enn hva som er nødvendig kompetanse for den enkelte psykiater. Hvis forskningen og forskerne formidler at psykiatrien først og fremst er biologi, kan kanskje allmennmedisinere, indremedisinere, nevrologer og pediatere overta plassen fra psykiateren/barnepsykiateren i det psykiatriske team? Og hvis forskningen konsentreres mest omkring at psykiatri er psykoterapi alene, kan kanskje psykologene overta? Hvis den sosialpsykiatriske siden blir vektlagt som det eneste riktige, kan da sosionomer og politikere overta? Psykiatrien som spesialitet kan bare legitimeres gjennom en utdanning og en praksis som integrerer en tilnærmet likeverdig kompetanse på alle disse tre områdene. Forskningen må ikke få rokke ved dette.

Litteratur

1. Vaglum P, Bøe L. Individorientert eller gruppeorientert miljøterapi for schizofrene? En kvaseksperimentell undersøkelse fra et terapeutisk samfunn. I: Vaglum P, Karterud S, Jørstad J, red. Institusjonsbehandling i moderne psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1984: 24–36.
2. Vaglum P. Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
3. Bentsen H. Bedrer psykoedukativ familiebehandling forløpet ved schizofreni? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2571–4.
4. Øxnevad AL, Grønnestad T, Arntzen B, red. Familiearbeid ved psykoser. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning, 2000.
5. Vaglum P. Do we still need to talk with every patient? On the basic psychotherapeutic skills and the possibility to learn them. Nord J Psychiatry 1998; 52 (suppl 41): 22–30.
6. Nessa J. Medisin og eksistens. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
7. Friis S, Vaglum P. Fra idé til prosjekt. 2. utg. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.