

Polarisert debatt om retningslinjer

Vigdis Wie Torsteinsson
Enhetsleder, BUPA Vestfold

Frontlinjene er de samme samme som før. Forskeren mener klinikerne mangler respekt for den empiriske kunnskapen, mens klinikerne opplever forskningen som irrelevant for sin praksis.



Dømmekraften viser til klinikerne som en autonom fagperson som uansett hvor gode systemer han eller hun har rundt seg, må ta egne valg, mener Vigdis Wie Torsteinsson. Da er forskningen bare ett av flere hjelpemidler som dømmekraften må inkludere. Illustrasjon: Faksimile fra marsutgaven av Psykologtidsskriftet.

DEBATT: NASJONALE RETNINGSLINJER

De mange retningslinjene for ulike tilstandsbilder har gitt en ny runde med debatt om nytten av empirisk forskning for klinisk virksomhet. Per Are Løkke peker i årets februarutgave av Psykologtidsskriftet på ulempene ved retningslinjer, og han forsvarer klinikere som vektlegger relasjonen mellom terapeut og klient. I april kom motinnleggene: For pasientenes skyld er vi forpliktet til å gi den beste behandlingen vitenskapen kan tilby, ikke behandling basert på psykologens egne overbevisninger. Men er den kunnskapen effektforskningen gir oss, den kunnskapen som hjelper oss til å gi bedre behandling? Hvor finner vi muligheter til å overskride denne tilsynelatende motsetningen?

Forenklet forskning, kompleks klinikk

Selvsagt skal vi ikke behandle folk etter eget forgodtbefinnende. Som velutdannede akademikere er vi forpliktet av psykologenes fagetiske retningslinjer, og skal derfor behandle folk etter den beste tilgjengelige kunnskapen. Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis sier eksplisitt at vi skal integrere den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise, sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål. Men hvor gode er vi som fagpersoner til å reflektere over hva som er god og gyldig kunnskap i ulike kontekster? Og hvor godt kombineres den generelle kunnskapen om effekten av ulike behandlingsformer med den lokale kunnskapen som utvikles i møtet mellom terapeut og klient(er)?

Det er valgsituasjonene behandlerne ønsker seg hjelp til å håndtere. Hvor godt fungerer metodestyrte retningslinjer til slik bruk?

Denne diskusjonen har fulgt faget så lenge jeg har hatt en fot innafor. Som når vi på 90-tallet diskuterte bruken av standardiserte hjelpemidler for å skaffe oss et grunnlag for tiltak. Og frontlinjene er de samme. Forskeren beklager klinikerens manglende respekt for empirisk kunnskap; klinikerer beklager forskningens irrelevans. Men når vi vet at begge egentlig har rett, er det på tide å legge denne polariserte debatten bak oss. For det må da finnes bedre utgangspunkt for å føre en slik debatt?

Min begrunnelse for at begge posisjoner er sanne, er for det første at jo, det er riktig at klinikere er ikke opptatt av effektforskning. Flere studier dokumenterer dette. Ja, til og med klinikere som selv forsker, forteller at de har liten nytte av andres effektstudier (se Safran & kolleger (2011) i *Clinical Psychology: Research and Practice*, vol. 18). I stedet betones direkte erfaring med terapi som det viktigste bidraget til å utvikle seg som behandler.

Klinikere overraskes neppe av dette. Forskning er forenkling, klinikk er kompleksitet. I et forsøk på å gjøre forskningen mer relevant for klinikerer ser man derfor også på det som skjer underveis i terapiprosessen. Men dessverre: Hel- ler ikke denne forskningen oppleves som særlig nyttig. Det virker altså vanskelig å bevege debatten vekk fra en uproduktiv motsetning mellom forskning og klinikk.

Klinisk ekspertise som moderator

La meg bruke min egen hverdag som eksempel: Vi har utviklet retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser innenfor våre rammer. Noe kunnskap hentet vi fra empiriske studier av effekten av ulike behandlingstilnærminger. Men studiene er små, de lever ikke nødvendigvis opp til gullstandarden RCT, og resultatene gir ingen entydig avklaring av hvilken behandling som bør vektlegges. Tiltakene vi anbefaler, vil heller ikke være hjelpsomme for alle. Men også dette er kunnskap! Og i arbeidet har det slått oss: De grunnleggende prinsippene som forskningen anbefaler, er det lett å bli enige om. Det vanskelige er snarere å bli enige om når man skal – eller ikke skal – bruke de generelle anbefalingene, og hva man i så fall i stedet skal gjøre. Diskusjonene viser at det er valgsituasjonene behandlerne ønsker seg hjelp til å håndtere. Hvor godt fungerer metodestyrte retningslinjer til slik bruk?

Prinsipperklæringen sier det samme. For det som ofte presenteres som tre likestilte størrelser (evidensen, klinisk ekspertise og klientenes preferanser og særegenheter), kan like gjerne sees som to størrelser som modereres av den tredje:

Klinisk ekspertise brukes til å integrere den beste forskningsbaserte kunnskapen med kliniske data ?. i sammenheng med pasientens egenskaper og ønskemål, for å kunne yte tjenester som med stor sannsynlighet vil kunne nå målene med behandlingen.

At den kliniske ekspertisen fungerer som en moderator mellom generell og lokal kunnskap, er sjelden fremme i diskusjonen om fagets kunnskapsgrunnlag.

Dømmekraft

Retningslinjene må være det navnet forteller: en retningsangivelse, ikke en fasit. Det samme gjelder effektforskningen, som aldri vil gi entydige svar på hva som skal gjøres i en gitt klinisk situasjon. Kritisk tenkning er en viktig del av hvordan evidensbasert praksis bør forstås. En av den evidensbaserte praksisens sterkeste forkjempere – Eileen Gambrill – betonte tidlig mot, nysgjerrighet, intellektuell empati, ydmykhet, integritet og utholdenhet som vesentlige deler av en slik praksis. Men hvordan vi anvender disse dygdene i møtet mellom klinikk og forskning, diskuteres sjelden.

Forskningen er bare ett av flere hjelpemidler som dømmekraften må inkludere

For meg kan disse dygdene oppsummeres i begrepet dømmekraft. Den som arbeider med alvorlige spiseforstyrrelser, må manøvrere båten i et hav med undervannsskjær, skjær som ikke er synlige med det blotte øyet. Forskningen alene gir ingen radar, slik at klientens medvirkning er helt nødvendig for å navigere. Samtidig vil klienten ofte være i fred, mens familien helst ønsker seg velbegrunnede råd som umiddelbart fjerner angsten for barnets helse. Dømmekraften forteller da om klinikeren som en autonom fagperson som til en viss grad må ta egne valg uansett hvor gode systemer han eller hun har rundt seg. Forskningen er da bare ett av flere hjelpemidler som dømmekraften må inkludere.

Klientens involvering

Til slutt må vi spørre om klientenes involvering i vurderingen av hva som er nyttig kunnskap. Vi skal inkludere deres egenskaper og preferanser i våre valg, men hvordan skal dette skje? Hvordan skaper vi en kommunikasjonskontekst som setter dem i stand til å gi det informerte samtykket som evidensbasert praksis forutsetter? Det er jo i siste instans verken forskere eller akademikere som er ekspertene på å vurdere en metodes anvendelighet; det er behandler og klient som i fellesskap tar avgjørelsen om hvorvidt en anbefalt tilnærming faktisk er et godt tiltak. Det er på tide at vi får flere kliniske forskningsprosjekter som forholder seg til at den kliniske konteksten representerer en egen form for etterrettelighet.

Safran og kolleger viser også at *deltakelse* i kliniske forskningsprosjekter er nyttigere enn å lese andres forskning. Prosjektet konkluderer med at vi kanskje trenger en helt annen type forskning. De henviser til studier av naturalistiske beslutningsprosesser, hvor erfarne praktikere i faktiske beslutningssituasjoner hele tiden veier prosedyrekunnskap opp mot relevante situasjonsvariabler. De skaper med andre ord «holistiske mønsteranalyser som gjør det mulig for dem å ?se? muligheter for handling». Burde det ikke her ligge muligheter for en type empiri som hjelper oss ut av en tilsynelatende lite produktiv situasjon? Når bruk av klinisk dømmekraft viser seg å være avgjørende for hvorvidt den empiriske effektkunnskapen er nyttig: hvor er forskningsprosjektene som inkluderer stemmene fra praksis?