



Evidens

Evidensbevægelsen (Bhatti, Hansen & Rieper 2006) har gjort sit indtog på en lang række fagområder så som medicin, psykologi, pædagogik, socialt arbejde osv. Og med sig har den bragt en heftig debat. Tilhængere har stædigt insistere på nødvendigheden af og etikken i at dokumentere og anvende det, der virker, mens modstanderne har peget på ensretningens og manualiseringens fatale konsekvenser for empatien, kreativiteten og friheden (Se fx Zachariae 2007 & Søndergaard 2009). Imens har få beskæftiget sig med spørgsmålene: Hvad er evidens egentlig? Hvad kan det bruges til? Og hvordan kan man som narrativ eller systemisk praktiker forholde sig til evidensbevægelsens krav om dokumentation af effekt? Man finder begrebet evidens brugt i to primære og forskellige betydninger, der hver for sig tegner vidt forskellige billeder af, hvad terapi er, og hvordan det virker: Henholdsvis evidensbaseret metode og evidensbaseret praksis. I denne artikel udfolder vi disse to begreber og diskuterer, hvad de betyder – og hvad de ikke betyder – for psykoterapeutisk praksis.*

* Artiklen er ikke akademisk i sin form, og vi benytter kun enkelte referencer undervejs. Det bør dog nævnes, at argumentationen trækker på et interaktionistisk orienteret forskningsfelt, hvor forbindelser mellem viden, social praksis og videnskab tematiseres; særligt Juul Jensen (2007), Latour (1987, 2005), Nissen (2003, 2008), Mol (2002, 2006), Timmermans & Berg (2003). Disse tilgange til evidensproblematikken udfoldes (i relation til narrativ terapi) i en kandidatafhandling fra Institut for Psykologi (Kallehauge & Hanghøj 2009), som kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne.

Evidens under lup

Af Morten Kallehaug og Kasper Hanghøj

Evidensbasering af metode

Den ene af denne artikels forfattere faldt for nylig i snak med en kollega i kantinen. Ansporet af en avisartikel, vi begge har læst, taler vi inden længe om depression og terapeutiske samtaler. Og på et tidspunkt i samtalen stiller kollegaen det fremragende spørgsmål "Men hvorfor laver du ikke kognitiv adfærdsterapi? Det virker jo mod depression."

Kollegaen fremsætter her en meget almindelig og accepteret konklusion – at kognitiv adfærdsterapi virker ved depression. Bag konklusionen ligger en lang historie, en del antagelser og en masse statistiske beregninger. Og for forståelsen skyld skal de tre fænomener randomiserede kontrollerede forsøg (Randomized Controlled Trial), evidenshierarkiet og systematiske sammenfatninger introduceres.

Et randomiseret kontrolleret forsøg¹ er designet, så det bliver muligt at vurdere virkningen af en bestemt indsats. Ideen er simpel. Personer kvalificerer sig til deltagelse ved at præsentere en bestemt lidelse (fx moderat depression), hvorefter de tilfældigt fordeles i to grupper. Den ene gruppe vil modtage en indsats, man ønsker at vurdere, (fx kognitiv terapi) og den anden fx 'treatment as usual'.

Målinger af lidelsens symptomer undervejs vil afsløre, hvilken gruppe der klarer sig bedst. Og da det eneste, der adskiller grupperne, er interventionerne, kan forskerne (og sikkert også de fleste skolebørn) vurdere, hvilken metode har haft størst effekt.

Men realiteterne er mere komplicerede end ideen. Og de fleste

undersøgelsers udsigelseskraft vil være begrænset af fx fejlkilder eller andre mangler i undersøgelsen. For at udviske begrænsningerne sammenfatter man enkeltstående undersøgelser gennem statistiske meta-analyser (og her kan skolebørnene ikke længere være med) og præsenterer undersøgelseerne i såkaldte systematiske forskningsoversigter.

Denne opgave varetages fx af Sundhedsstyrelsen. Når undersøgelserne til oversigterne skal udvælges konsulterer man evidenshierarkiet, hvori vidensformer er rangordnet efter deres gyldighed. Evidenshierarkiet findes i flere udgaver, men vil altid rangere meta-analyser og randomiserede kontrollerede forsøg øverst og kvalitative undersøgelser som fx casebeskrivelser nederst.

Sikker effekt eller retorisk kortslutning

Når en terapeutisk metode så som kognitiv adfærdsterapi kan siges at være evidensbaseret skyldes det altså, at dens effekt over for bestemte diagnoser har kunnet dokumenteres i randomiserede

¹ Hvor evidensmodstandere ofte beskylder medicinen for at have opfundet dette forsøgsdesign, er det faktisk udviklet af pædagogiske psykologer i starten af det 20. Årh. (Dehue 2001, 2002). Mere korrekt er det derfor at sige, at det er i medicinen, man har taget forsøget til sig, og set mulighederne i at lave systematiske sammenfatninger eller forskningsoversigter.



“..Det er en logisk fejlslutning, når evidensbasering sættes lig med effekt i absolut forstand..”

kontrollerede forsøg og allerhelst i en eller flere systematiske sammenfatninger.

Gennem disse forskningsdesigns bliver det muligt at reducere en given terapeutisk metode med alle dens (teoretiske, etiske, tekniske osv.) kompleksiteter til et entydigt og let forståeligt bundlinjetal for dens effekt. Effektmålet får et særligt skær af *vished* og *sikkerhed*, idet forskningen lever op til den såkaldte ‘guldstandard’, dvs. den indtager toppen af evidenshierarkiet som den *bedst mulige* forskning.

Dermed produceres et særligt – sikkert og entydigt – grundlag for beslutninger om metodevalg (mere om det senere) samt for *legitimering* af bestemte metoder.

Når kollegaen i eksemplet ovenfor kan hævde, at kognitiv terapi virker mod depression, er det altså ikke alene med sin snusfornuft i ryggen. Alligevel er der sket et meget signifikant spring fra de effektmål forskningen udtrykker, når kollegaen siger, at kognitiv terapi *jo virker*.

Dette skift udtrykker en udbredt tendens i den retorik, som i kølvandet på evidensbevægelsen har vundet frem i de fagpolitiske diskussioner: Det, at en metode har opnået status som evidensbaseret sættes lig med, at metoden simpelthen *virker* over for bestemte lidelser. I ét spring sættes alle forskningsmæssige kompleksiteter, nødvendige forbehold og de oprindelige kvantitative resultater dermed uden

for dagsordenen, og spørgsmål om en metodes virkninger reduceres til et binært, kvalitativt udsagn: *Virker terapien eller virker den ikke?*

Det er en logisk fejlslutning, når evidensbasering sættes lig med effekt i absolut forstand, for den påviste effekt er altid et spørgsmål om kvantitet og procenter, om *hvor høj grad* af effekt og for *hvor mange*. Ikke desto mindre gør “det virker”-retorikken det muligt at legitimere anvendelsen af en bestemt terapeutisk metode *alene* med henvisning til dens absolutte og uantastelige effekt. Og dermed er en reel debat om terapier og virkninger kortslettet på forhånd.

Hvis man vil have noget at sige til evidensbevægelsens krav om effektdokumentation, må man som minimum nægte denne retorik gyldighed. Man må insistere på, at kompleksiteterne holdes inde i billedet. At ethvert udsagn om at en terapiform er evidensbaseret, “så den virker!”, imødegås med spørgsmål om, præcis på hvilket forskningsmæssigt grundlag denne konklusion er draget.

Susanne Bargmann giver i denne udgave af Systemisk Forum nogle bud på særligt relevante spørgsmål, der kan stilles i denne sammenhæng.

Evidensbaseret praksis

Lad os vende os mod, hvad der sker, når evidens møder terapeutisk praksis. På eksempelvis psykologforeningens hjemmeside finder vi i “Principerklæring

om evidensbaseret psykologisk praksis” den anden forståelse af evidensbasering². Her defineres en såkaldt evidensbaseret praksis med inspiration fra den amerikanske psykologforening (APA 2006) som “en praksis, der integrerer den bedste forskning med klinisk ekspertise, set i sammenhæng med klientens individuelle træk”

Med den bedste forskning, uddybes det i principerklæringen, refereres til “systematiske forskningsoversigter”, der dog må suppleres med “forskning i interventionsprocesserne. Herunder fx betydningen af alliance, empati”. Den kliniske ekspertise dækker over praktikerens teoretiske viden og kliniske færdigheder, mens klientens individuelle træk selvsagt omhandler dennes præferencer, kulturel baggrund, livssituation osv. Lad os tage et eksempel.

En mand træder ind ad døren til dit samtalerum og forklarer, at hans læge har bedt ham søge hjælp, fordi han er “moderat deprimeret”. Som den ansvarlige terapeut griber du Sundhedsstyrelsens forskningsoversigt “Referenceprogram for unipolar depression hos voksne”. På side 66 anbefales det at tilbyde “patienten psykologisk behandling, der specifikt fokuserer på depression fx kognitiv adfærdsterapi, problemløsningsterapi eller interpersonel terapi” (SST 2007). Det fremgår ikke, hvordan disse terapiformer udøves, og

² I denne definition har evidensbaseret praksis fundet tilslutning i flere europæiske psykologforeninger fx Norge og Holland.



”...en given metode, fx kognitiv adfærdsterapi, er en illusion ...”

der advares mod at udøve terapien uden uddannelse. Som narrativt uddannet terapeut, øjner du to muligheder: Du kan gå ind til din chef med et krav om en uddannelse i fx Interpersonel terapi. Den dag du modtager diplommet for din uddannelse, har manden forhåbentlig fundet anden hjælp. Eller du kan stole på din metode, dine kliniske færdigheder samt mandens tilbagemeldinger.

Eksemplet viser os, at evidens fra en systematisk forskningsoversigt som et referenceprogram ikke er direkte omsætteligt i terapeutisk praksis. Er man ikke trænet i en af de tre anbefalede terapiformer, er det vanskeligt som kliniker at benytte anbefalingerne til andet end at bede sin chef om en uddannelse.

Forestiller vi os derimod, at et referenceprogram lander på en chefs skrivebord, er udsigterne anderledes. Tidshorisonten er en anden, og anbefalingerne er pludselige gode forslag til, hvilke metoder en organisation skal benytte sig af. Det positive svar på spørgsmålet ”virker det”, som metoden er forsynet med, gør valget simpelt og fjerner nødvendigheden af ekspertviden om etik og teori. Så lidt populært formuleret henvender evidens i form af systematiske forskningsoversigter sig i højere grad til de DJØF’ere, der er skudt ind i ledelseslagene de senere år, end til terapeuter.

Hvad eksemplet også illustrerer er, at beslutningerne i sidste ende må være op til praktikerne. I definitionen står

intet sted, hvordan de tre elementer skal integreres, eller om et enkelt af dem skal prioriteres over de andre³. Terapeuten ovenfor vil i definitionen aldrig finde klare svar på, hvordan hun konkret skulle gribe samtalerne an – kun en forventning om, at hun gjorde det på den bedste måde.

Den evidensbaserede praksis ser således ud til at stille flere spørgsmål end den besvarer.

Hvad er det egentlig man evidensbaserer?

Metode og praksis er ikke det samme. En given praksis er altid mere kompleks, righoldig og mangetydig end den eller de metoder, der benyttes. Og metoden rummer ikke i sig selv noget svar på, hvordan vi må tilpasse den til praksis’ givne omstændigheder.

Teoretisk kan vi præcisere forholdet mellem metode og praksis som følger: “a method is a possible practice, or the objectification of a form of practice.” (Nissen 2003: 334)

Michael Whites formidling af sin terapeutiske praksis gennem bl.a. kurser, optagelser og bøger kan forstås som en sådan objektivering af en bestemt form for praksis, altså en metode, som i kraft af en fortsat distribuering benyttes i terapeutiske praksisser verden over. Metoder bliver på den måde redskaber for praksis,

3 I sygeplejen har denne kritik af evidensbaseret praksis været fremført længe (se fx Rolfe & Gardner 2006).

men de er ikke altid lige handy, og for at være anvendelige må de – altid – i en kreativ, ”ad hoc” proces tilpasses situationen (Nissen 2003)⁴.

Med sondringen mellem praksis og terapeutisk metode træder to meget væsentlige begrænsninger ved evidensbaseret praksis frem.

For det første kan vi præcisere, at det altid er *en metode*, der evidensbaseres, og aldrig praksis i sin helhed. Det betyder, at løftet om en *sikker* effekt af en given metode, fx kognitiv adfærdsterapi, er en illusion. For metoden må altid tilpasses en anden kontekst end den forskningssammenhæng, hvori effekten blev påvist. Og da denne tilpasning er en kreativ proces, sker der andet og mere i praksis, end en ’ren udøvelse’ af en terapeutisk metode, ligesom praksis kræver mere af terapeuten end en ’mekanisk’ anvendelse af metoden. Disse kreative processer er, som vi ser det, særdeles underbelyste og uudforskede i evidensbevægelsens bud på en evidensbaseret praksis.

Så med andre ord: Der er ikke evidens for, at evidensbaseret terapi virker (uden for forskningskonteksten).

4 Timmermans & Berg (2003), der har undersøgt udviklingen af evidensbaseret praksis inden for lægevidenskaben, har en tilsvarende pointe: Der kræves en kreativ implementering, hvor der ’rodes med’ de evidensbaserede standarder (clinical guidelines), for at de kan anvendes i praksis.



Morten er psykolog og ansat i projekt TTA (Tilbage Til Arbejde) i Københavns Kommune, hvor han arbejder med arbejdsfastholdelse, samtaleforløb, undervisning og supervision. Han er optaget af narrativ terapi, men arbejder også med fremgangsmåder fra den kognitive adfærdsterapi.

Kasper er ansat i Børnefamiliecenter København i Københavns Kommune og arbejder med udsatte børn og familier i Nordvest-kvarteret. Han er uddannet psykolog og trænet i narrativ terapi.

Evidens



For det andet udpeger distinktionen mellem metode og praksis, at metoden ikke er den eneste faktor, som har indflydelse på, om praksis er mere eller mindre virkningsfuld.

Faktorer der knytter sig til terapeuten, konteksten, 'klienten' osv. osv. kan have ganske afgørende betydning for virkningen, hvilket begrebet *nonspecifikke faktorer* bl.a. forsøger at indfange. Men når vi taler om evidensbaseret praksis, har vi med det samme – og som regel uden at være bevidste om det – antaget, at

metoden er det altafgørende virksomme element i praksis. Det er jo dét element, man undersøger i evidensforskningens randomiserede kontrollerede forsøg.

I kommende forskningsrelaterede artikler i Systemisk Forum udfoldes, hvordan man kan forske i faktorer, der *ikke* handler om metoden, herunder særligt terapeutens betydning.

Uanset i hvilken betydning man møder begrebet evidens, er viden om forskning og evidensbaseret nødvendig, hvis man ønsker sin stemme hørt. Men hvad hvis

også forskning i narrativ eller systemisk praksis på længere sigt er en nødvendighed for at undgå marginalisering?

Og hvad hvis det betyder indførslen af manualer og diagnoser? Er det så på tide at smide hippimentaliteten overbord? Eller skal dyderne i anderledesheden bibeholdes? ■

Referencer

- APA [American Psychological Association] (2006): American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-based Practice: Evidence-based practice in psychology. I *American Psychologist*, 61, 271-285
- Bhatti, Y., Hansen, F. H. & Rieper, O. (2006): *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform -en kortlægningsrapport*. København: AKF Forlaget.
- Dehue, T. (2001): Establishing the Experimenting Society: The Historical Origin of Social Experimentation According to the Randomized Controlled Design. *The American Journal of Psychology*, 114, 2, 283-302.
- Dehue, T. (2002): A Dutch treat: randomized controlled experimentation and the case of heroinmaintenance in the Netherlands. *History of the human sciences*, 15, 2, 75-98.
- Juul Jensen, U. (2007): The Struggle for Clinical Authority: Shifting Ontologies and the Politics of Evidence. *BioSocieties*, 2, 101-114.
- Kallehauge, M. & Hanghøj, K. E. (2009): *Virker det? Om forhold mellem viden og praksis i evidensbaseret og narrativ terapi*. Kandidatafhandling ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet.
- Latour, B. (1987): *Science In Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Latour, B. (2005): *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Mol, A. (2002): *The body multiple. Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Mol, A. (2006): Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection. *Qualitative Health Research*, 16, 3, 405-414.
- Nissen, M. (2003): Objective Subjectification: the anti-method of social work. *Mind, Culture & Activity*, 10, 4, 332-349.
- Nissen, M. (2008): *Videnskabelighed i praksis*. Upubliceret manuskript fra Psyke og Logos konferencen: "Vejet og fundet for let"? Psykologiens videnskabelighed.
- Online-adgang (downloadet 02-03-2012): http://www.psy.ku.dk/Forskning/konferencer/Billeder_etc./PLkonference080.pdf/
- Rieper, O. & Hansen, H. F. (2007): *Metodedebatten om evidens*. København: AKF Forlaget. Onlineadgang (downloadet 02-03-2012): http://www.akf.dk/udgivelser/2007/metodedebat_evidens/
- Rolfe, G. & Gardner, L. (2006): Toward a geology of evidence-based practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43, pp. 903-913.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M. et al. (1996): Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sundhedsstyrelsen (2007): *Reference-program for unipolar depression hos voksne*.
- Søndergaard, P. (2009): Kritik af evidenskravet i psykoterapi. *Psykolog Nyt*, 8, 20-23.
- Timmermans, S. & Berg, M. (2003): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Zachariae, B. (2007): Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, 12, 16-25.

Om at bruge hjemmesiden

Som medlem kan du logge dig på STOKs hjemmeside og få adgang til flere funktioner.

Medlemmer kan læse gamle numre af Systemisk Forum og Fokus på familien på hjemmesiden – og der er også mulighed for at læse referater fra bestyrelsens møder.

Klikker du på knappen 'min konto' kan du se og redigere i dine medlemsoplysninger. Du kan for eksempel – hvad vi meget gerne vil have – tilføje din mail-

adresse. Her kan du også tjekke om du har husket at betale kontingent.

Under feltet 'rediger konto' er der også mulighed for at krydse af at dine oplysninger kan ses af andre medlemmer på den åbne medlemsliste.

Jo flere medlemmer der har krydset den af, jo bedre en funktion har listen, når vi skal finde hinanden.

Under 'min konto' er der også et felt der hedder 'mine kurser' her kan du tilføje

arrangementer til kalenderen.

Der er vejledninger på hjemmesiden til de forskellige funktioner, men jeg hjælper gerne, hvis der er brug for det.

Er der problemer så skriv til mig på webmaster@dansstok.dk – så skal jeg hjælpe efter bedste evne. Dette gælder også hvis du har problemer med login eller at huske kodeordet.

Hanne Svensmark