

EVIDENS:

Noget for psykologer?

Der vil være fagpolitiske gevinster ved at tilslutte sig evidensprincippet, og kravet om evidensbaseret praksis kan stimulere den livslange udvikling, de fleste kliniske psykologer gennemløber.



ILLUSTRATIONER: LISBETH E. CHRISTENSEN

Interessen for evidensbaseret praksis er vokset voldsomt inden for de sidste ti år (Figur 1). Evidensbaseret praksis handler om, at oplysning, undersøgelse, forebyggelse og behandling skal bygge på forskningsresultater, hvilket har fået tiltagende betydning i takt med fremkomsten af (og tiltagende brugerefterspørgsel efter) nye behandlingsformer og de stadigt øgede sundhedsudgifter.

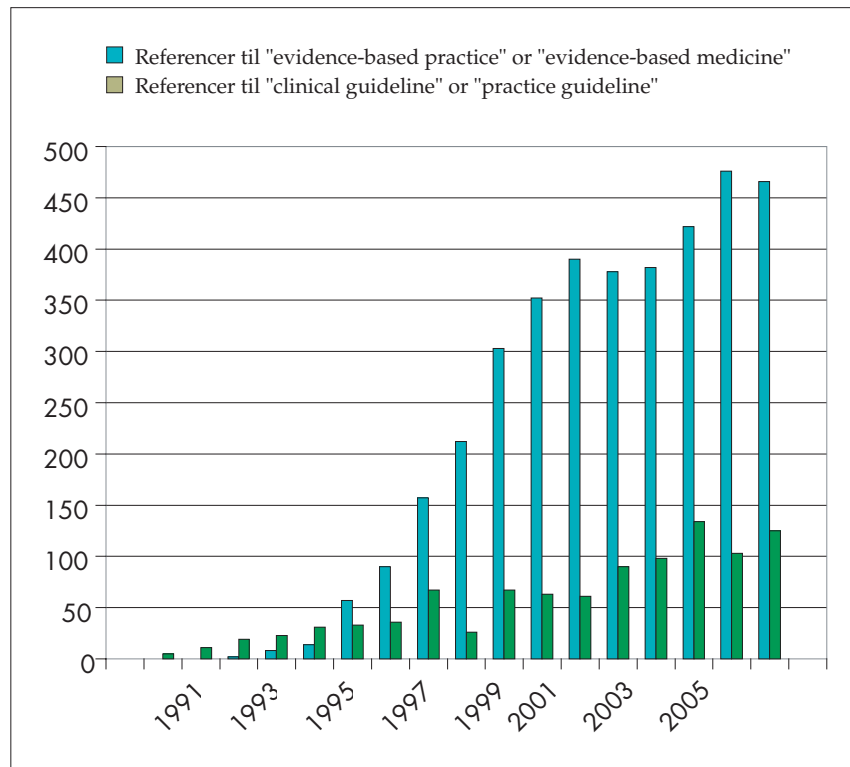
Sundhedsmyndigheder, politikere, offentlighed og brugere ønsker informationer om dokumentation for særlige behandlings virkning, sikkerhed og omkostningseffektivitet. Det er vigtigt, at også psykologer forholder sig til spørgsmålet om evidensbaseret psykoterapi. (Figur 1)

Evidensbevægelsen opstod i England i 1980'erne og knyttes ofte til den engelske læge Archibald Cochranes navn. I en bog fra 1972 gjorde Cochrane opmærksom på, at langt de fleste medicinske behandlinger var uden dokumenteret virkning, og at mange behandlinger i omløb endog var dokumenteret uvirksomme eller måtte anses for direkte skadelige.

Selv om der findes betydelig forskning i særlige behandlingsmetoder, er det umuligt for den praktiserende læge at overskue eller vurdere denne forskning. Cochrane foreslog derfor, at specialister påtog sig opgaven. Opfordringen blev taget op, og det første Cochrane Center blev grundlagt i Oxford i 1992. Fra 1993 har der været etableret et internationalt Cochrane-netværk (med et nordisk center i København), som har til formål at udvikle systematiske, opdaterede oversigter over randomiserede kontrollerede undersøgelser af interventioner inden for sundhedsområdet (inkluderende psykoterapi).

Betegnelsen "evidensbaseret medicin" blev første gang anvendt i 1992 af

Figur 1. Evidensbaseret psykoterapi.



forskere ved McMaster Universitet i Canada (Guyat et al., 1992), hvor en række metodologiske forskrifter for området blev udviklet, ligesom en af forskerne her, David Sackett, er ophavsmænd til den nu almindeligt anerkendte definition (se nedenfor). Interessen for forskningsbaserede teknologivurderinger går dog flere årtier tilbage.

Teknologivurderinger og kliniske praksisvejledninger

I 1972 blev der i USA oprettet et kongresorgan, *Office of Technology Assessment*, der også foretog vurderinger af medicinsk teknologi samt, i 1980, af psykoterapi (Banta & Sax, 1983). I 1977 tog *National Institute of Health* initiativ til de første konsensuskonferencer med deltagelse af forskere, praktikere

og brugere. Formålet var at nå til enighed om forskellige medicinske teknologiers sikkerhed og effektivitet (Lowe, 1980). Et særligt center for sundhedsområdet, *Office of Health Care Technology Assessment*, havde en kort levetid under præsident Carter fra 1978-1981, men blev lukket under Nixon. *Agency for Health Care Policy and Research* blev oprettet i 1989 og herunder påbegyndtes udarbejdelsen af de såkaldte kliniske praksisvejledninger eller praksisretningslinjer ("guidelines"), hvoraf nr. 5 var den berømte *Depression in primary care*.

Også faglige selskaber begyndte at udvikle praksisvejledninger, fx *American Psychiatric Association's* (1993) *Practice guideline for major depressive disorder in adults* som en af de første inden for psykiatrien. Den Amerikanske



► ► ► Psykologforening (APA) udviklede retningslinjer for vurdering af praksisvejledninger i 1995 med senere opdatering i 2002. Lignende udviklingstendenser ses i andre lande, lidt forsinket i forhold til udviklingen i USA (Huston, 1992).

I Danmark blev *Teknologinævnet* (senere *Teknologirådet*) oprettet i 1986 af Folketinget som en uafhængig institution. *Center for Evaluering af Medicinsk Teknologi* blev etableret under Sundhedsstyrelsen i 1996, og i 2000 oprettedes *Sekretariatet for Referenceprogrammer*. Medicinske teknologivurderinger (MTV) omhandler metoder, udstyr og procedurer, herunder apparatur og medicin, medens referenceprogrammer (en dansk betegnelse for "guidelines") mere bredt vurderer typer og kvaliteten af de enkelte undersøgelser og behandlinger ved en specifik sygdom og kommer med en række praksisanbefalinger. Inden for psykiatriområdet er der udarbejdet MTV-rapport om forebyggende behandling af svær depression (Kessing et al., 2006) og referenceprogrammer for skizofreni, angstlidelser og depression (de to sidste er i øje-

blikket til høring). Sekretariatet for Referenceprogrammer er i øvrigt netop nedlagt med begrundelse i begrænsede ressourcer. Arbejdsopgaverne er planlagt at blive lagt ud til regionale tiltag.

Kliniske praksisvejledninger udarbejdes af sundhedsmyndigheder overalt i verden efter omtrent samme skabelon (se *Tabel 1*). Der findes et internationalt skema til vurdering af praksisanbefalinger, *AGREE-instrumentet* (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) (www.sfr.dk). Som

det ses af *Figur 1*, er antallet af praksisvejledninger også vokset stærkt inden for de seneste ti år. (*Tabel 1*)

Empirisk validerede psykoterapiformer

Evidensbaseret praksis sammenblendes ofte (også af mig selv, Hougaard, 2004) med den såkaldte bevægelse for at tilvejebringe viden om psykoterapiformer med empirisk dokumentation for virkning, der i begyndelsen af 1990'erne opstod inden for den Ame-

Tabel 1. Processen i udviklingen af praksisvejledninger.

1. Udvælgelse af emne for referenceprogram
2. Etablering af tværfaglig arbejdsgruppe
3. Udfærdigelse af fokuserede spørgsmål
4. Systematisk litteratursøgning og -vurdering
5. Udarbejdelse af udkast til referenceprogram med graderede evidensudsagn og anbefalinger
6. Offentlig høring og peer-review
7. Offentliggørelse og implementering af anbefalinger
8. Revision og opdatering

Baggrund

Artiklen kan ses som et supplement til Bobby Zachariaes artikel "Evidensbaseret psykologisk praksis", *Psykolog Nyt* 12/2007, og bidrager med yderligere oplysninger om evidensbevægelsens baggrund, indhold og aktuelle betydning samt dens forhold til beslægtede områder, såsom kliniske praksisvejledninger og empirisk validerede behandlingsformer.

Det synspunkt fremføres, at den moderne, individualiserede udgave af evidensbaseret praksis med fordel vil kunne være et samlingspunkt for psykologer, således som det for nylig er blevet besluttet i psykologforeninger i USA og Norge.

rikanske Psykolog Forenings afdeling 12, Selskabet for Kliniske Psykologer. Bevægelsen blev utvivlsomt næret af de samme tendenser i tidsånden som evidensbaseret medicin, selv om der ikke var henvisning til denne.

Selskabet for Kliniske Psykologer nedsatte i 1993 en arbejdsgruppe under lederskab af Diana Chambless med det formål at finde frem til og udbrede kendskabet til "empirisk validerede" (senere ændret til "empirisk understøttede") psykoterapiformer. Arbejdsgruppen barslede med den første rapport i 1995 med senere opdateringer (Chambless et al., 1996; 1998; Task Force, 1995). Begrundelser for arbejdet var dels et ønske om at rydde op i den tilsyneladende endeløse række af psykoterapiformer – der er optalt over 400 – dels konkurrencen med den biologiske psykiatri, der med de nye, aggressivt markedsførte SSRI-præparater truede med at overtage en væsentlig del af psykoterapiens marked.

Andre er fulgt i arbejdsgruppens fodspor, og en oversigt af Diane Chambless og Thomas Ollendick fra 2001 lokaliserede 11 forskellige lister, som tilsammen identificerer 108 manualbaserede, empirisk underbyggede psykoterapiformer for voksne klienter og 35 for børn fordelt på 51 forskellige diagnostiske kategorier (Chambless & Ollendick, 2001). Bevægelsen for empirisk valideret psykoterapi fordrede brug af manualer i forskningen (for at sikre psykoterapiens te-

oretiske integritet), men har aldrig foreslået, at al psykoterapi i praksis skal foregå efter manual (Hougaard, under udgivelse).

Definition af evidensbaseret praksis

Der er forskellige definitioner af evidensbaseret medicin, men ifølge den definition, som nu har vundet almindelig hævd, består den i en eksplicit og omhyggelig anvendelse i klinisk praksis af de bedste forskningsresultater sammenholdt med klinikerens erfaring og patientens karakteristika og ønsker (Sackett et al., 1996).

Den relevante forskning kan være grundforskning, men omfatter i særlig grad klinisk forskning vedrørende diagnose, prognose og behandlingsformer. Ved behandlingsforskning gives der prioritet til randomiserede kontrollerede forsøg, som yder den bedste kontrol af interne validitets-trusler (jf. Zachariae, 2007). Klinisk erfaring og ekspertise er nødvendige for at tilpasse behandlingen til den enkelte patient og dennes beslutninger og valg; det fremhæves, at evidensbaseret behandling således ikke er "køgebogsmedicin".

Den Amerikanske Psykolog Forening har i 2005 afsluttet et kommissionsarbejde om evidensbaseret praksis og enstemmigt vedtaget regler for, hvori en sådan praksis består (APA, 2006). Evidensbaseret praksis defineres som "integrationen af den bedste,

tilgængelige forskning med klinisk ekspertise sammenholdt med patientens karakteristika, kultur og præferencer" (p. 273) – en definition, der, som det vedkendes, er omtrent enslydende med Sackett et al.'s (1996) definition af evidensbaseret medicin. I lighed med tidligere vedtagelser (APA, 1995; 2002) påpeges relevansen af mange forskellige typer af forskning til forskellige formål, men også her anses randomiserede kontrollerede forsøg for den bedste dokumentation for behandlingseffekt.



Hvad er særligt for evidensbaseret praksis?

APA (2006) gør opmærksom på, at der er forskelle mellem bevægelsen for empirisk understøttet behandling og evidensbaseret medicin.

Først og fremmest tager evidensbaseret praksis udgangspunkt i den enkelte patient og dennes behov, medens bevægelsen for empirisk understøttet





- ▶ ▶ ▶ behandling nøjes med at opstille lister over dokumenteret virksomme terapiformer. Klinikerne må naturligvis finde egnet behandling til klienter med behov for behandling – uanset dokumentationsgrundlaget – og ikke klienter til de evidensbaserede behandlingsformer!

I et temanummer af *Journal Clinical Psychology* om evidensbaseret praksis fra 2007 skelner Bonnie Spring mellem nomotetiske, normative, "top-down" indfaldsvinkler til evidensbaseret praksis og idiografiske principper for beslutningstagen. Hun regner kliniske praksisvejledninger og lister over empirisk understøttet behandling for nomotetiske systemer, medens Sackett et al.'s (1996) og APA's (2006) modeller anses for idiografiske eller individualiserede beslutningsprincipper.

Individualiseret evidensbaseret praksis

Som nævnt er der tre centrale led i individualiseret evidensbaseret praksis: 1) Brugen af den bedste tilgængelige forskning. 2) Klinisk erfaring og kompetence. 3) Patientens karakteristika og ønsker. Spring illustrerer principperne med modellen *Figur 2*.

Forskningsleddet i evidensbaseret praksis deles op i tre dele udført at henholdsvis 1) *forskere*, der i kraft af empiriske undersøgelser skaber det primære forskningsgrundlag, 2) *synteseskabere*, der vurderer forskningen i systematiske oversigter eller metaana-

lyser, og 3) *evidensforbrugeren*, klinikerne, der lokaliserer og vurderer forskningens relevans for behandlingen af særlige typer af klienter eller problemer eller for den enkelte klient.

Klinikerleddet omfatter hævdvundne psykoterapeutiske færdigheder, såsom evne til klar og forståelig kommunikation, diagnostisk vurdering, alliancedannelse, systematisk caseformulering ud fra en sammenhængende teori og praktisk kompetence i anvendelsen af særlige terapeutiske metoder. Oversigter over såkaldt "empirisk validerede" psykoterapeutiske relationsfærdigheder (Norcross, 2002) er altså også relevante for evidensbaseret praksis. Den Amerikanske Psykolog

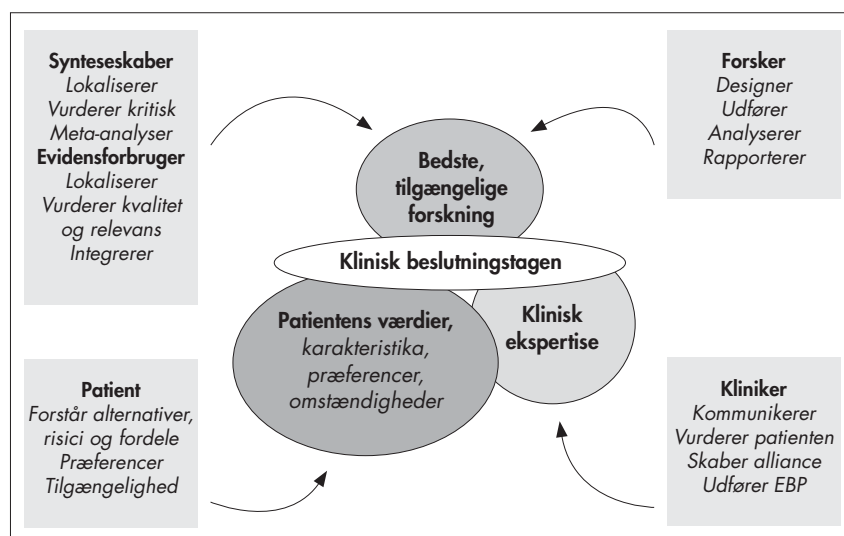
Forening (2006) anfører også monitorering af patientens fremskridt og vurdering af forskningsevidens som komponenter i klinisk ekspertise.

Relevante patientegenskaber omfatter værdier, særlige karakteristika (herunder kulturelle forhold), præferencer og de særlige omstændigheder, han eller hun befinder sig i (fx social situation, aktuelle belastninger mv.), ligesom det er vigtigt at sørge for informeret valgmulighed mellem virksomme behandlingsformer for alle patienter.

Evidenskilder

For klinikere som forskningsbrugere er det vigtigt at kunne lokalisere evidenskilder, især i form af systematiske oversigtsværker, metaanalyser, teknologivurderinger og guidelines, eftersom arbejdet med at søge og vurdere primærstudier som regel vil overstige klinikerens tid og kræfter.

Figur 2. De tre cirkler i evidensbaseret praksis (Spring, 2007).



De to mest anvendte elektroniske datasøgesystemer for psykologer, *PsycInfo* og lægernes *PubMed*, er tilgængelige fra universitetsbiblioteker. Her kan man søge på særlige lidelser og behandlingsformer med begrænsninger til fx "review" eller "meta-analyse" (det giver normalt også en del irrelevante resultater, som man må filtrere fra). *The Cochrane Library* offentliggør systematiske oversigter og metaanalyser af den højeste kvalitet for interventionsforskning, og der er åben adgang til hjemmesiden for abstracts med konklusionerne af sådanne oversigter (www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane).

To elektroniske tidsskrifter har decideret til hensigt at syntetisere den vigtigste forskning til klinikere, nemlig *Evidence-Based Mental Health Online* (<http://embh.bmj.com>) offentliggjort af *British Medical Journal Publishing Group* og *TRIP-databasen* (Turning Research Into Practice) (www.tripdatabase.com). Den sidstnævnte database er frit tilgængelig på nettet, medens den første kan nås via universitetsbiblioteker (nogle psykologforeninger har medlemsabonnement).

I denne sammenhæng bør Thomas Nielsens *Nyt fra forskningen* i Psykolog Nyt ikke glemmes, selv om den har et bredere sigte end evidens og ikke tillader søgning på særlige emneord.

Nationale teknologivurderinger og guidelines er også frit tilgængelige på nettet. I England har *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) udarbejdet en lang række særdeles grundige praksisvejledninger for psykiske lidelser, herunder spiseforstyrrelser, depression og særlige angsttilstande

(www.nice.org.uk). I Sverige har *Statens Beredning för Medicinsk Udværdning* udarbejdet omfattende teknologivurderinger vedrørende depression og angsttilstande (www.sbu.se). De danske teknologivurderinger og praksisvejledninger/referenceprogrammer er tilgængelige på www.cemtv.dk og www.sfr.dk.

Afsluttende kommentar

Den voldsomme, følelseladede debat om evidensbaseret psykoterapi har mest omhandlet opstilling af lister over empirisk validerede/understøttede terapiformer og ikke den individualiserede form for evidensbaseret praksis, der er indeholdt i Sacket et al.'s (1996) definition.

De fleste psykologer bør kunne bakke op om en individualiseret udgave af evidensbaseret psykoterapi, der overlader de konkrete beslutninger til klinikerne og respekterer klinisk kompetence såvel som klientens individualitet. Den Amerikanske Psykolog Forening påpeger (2006), at denne udgave af evidensbaseret praksis ligger i forlængelse af uddannelsen af psykologer til videnskabsmand-praktikere, der har været målsætningen overalt i verden siden Boulder-konferencen i Colorado i 1947. Man kan godt være tilhænger af evidensbaseret praksis, selv om man er kritisk over for lister over empirisk validerede terapiformer eller mener, at kliniske praksisvejledninger for firkantet følger "medicinmetaforen".

Det er værd at bemærke, at arbejdsgruppen under den Amerikanske Psykolog Forening, der nåede til enighed om principklæringen om evidens-

baseret praksis, også omfattede skarpe kritikere af empirisk valideret psykoterapi som Bruce Wampold og Drew Westen. Selv om der kan være mange divergenser i opfattelsen af den konkrete udformning af principperne for tilvejebringelse af det bedste forskningsgrundlag, eller for hvordan evidensen omsættes i praksis (se debat-



bogen af Norcross, Beutler & Levant, 2006), kunne alle enes om de overordnede retningslinjer. Spillereglerne for evidensbaseret praksis er naturligvis også fremover til løbende debat (Hougaard, 2004; under udgivelse), og det er bedre, at psykologerne blander sig i debatten, end at vi lader andre definere for os, hvordan vi bør være evidensansvarlige.

Der vil kunne være fagpolitiske gevinster for psykologer ved at tilslutte sig evidensprincippet. Kravet om evidensbaseret praksis kan fungere som en frugtbar udfordring for den livslange udvikling, de fleste kliniske psykologer gennemløber. Det vil være et vægtigt argument for brugen af psykologer som psykoterapeuter, at psykote-





► ► ► rapi optimalt udøves af personer med videnskabelig uddannelse, som kan følge med i de videnskabelige frem-skridt på området.

Mange psykologiske interventions-metoder er dokumenteret virksomme og konkurrencedygtige over for etablerede behandlingsformer såsom medicin (Barlow, 2004). Evidensoversigter, teknologivurderinger og kliniske praksisvejledninger er derfor også politiske pressionsmidler for øget brug af psykologer i behandlingen, således som det i øjeblikket ses med udgivelsen af referenceprogrammerne for angstlidelser og for unipolar depression.

Den Norske Psykolog Forening har som nævnt netop tilsluttet sig den Amerikanske Psykolog Forenings principerklæring, som fremover vil blive brugt i foreningens arbejde med videre- og efteruddannelse (Aanonsen, 2007). Hvordan vil danske psykologer forholde sig?

Esben Hougaard, professor i klinisk psykologi, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Referencer

Aanonsen, A.-M. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. Leder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 802.

American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150(4 Suppl), 1-26.

American Psychological Association (1995). Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders. Albany: American Psychological Association.

American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.

APA Presidential Task Force on Evidence-based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Banta, H.D. & Sax, L. (1983). Reimbursement for psychotherapy: Linking efficacy research and public policy making. *American Psychologist*, 38, 918-923.

Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-879.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom,

D.H. et al. (1998). Update of empirically validated therapies. II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V. et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

Chambless, D.L. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversis and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Cochrane, A.L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust (Reprinted in 1989 in association with the BMJ).

Depression Guideline Panel. Depression in primary care: Treatment of major depression. Vol. 2. Rockville, Maryland, U.S.: Department of Health and Human Services, Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, 1993. Publ. no. 93-0551.

Guyat, T. G., Cairns, J., Churchill, D. et al. (Evidence-Based Medicine Working Group) (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268, 2420-2425.

Hougaard, E. (2004). *Psykotterapi: Teori og Forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.

Hougaard, E. (under udgivelse). Evidensbaseret psykotterapi: Hvordan foregår det i praksis? I: S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.): *Psykologi: Forskning og profession*. København: Reitzel.

Huston, P. (1992). Is health technology assessment medicine's rising star? *Canadian*

Medical Association Journal, 147, 1839-1841.

Kessing L.V., Hansen H.V, Hougaard E. et al. (2006). Forebyggende ambulante behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) – en medicinsk teknologivurdering. *Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006*; 6(9). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Lowe, C.U. (1980). Consensus in medicine: The consensus development programme: Technology assessment at the National Institute of Health. *British Medical Journal*, 280, 1583-1584.

Norcross, J.C. (ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

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.

Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; What you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631.

Task Force on empirically validated treatments (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, 61(12), 16-25.