

Evidensbaseret psykologisk

Der fremføres til stadighed indvendinger mod kravet om evidens i psykologisk behandling. På længere sigt er der dog ingen grund til at tro, at psykologiske behandlinger vil undgå krav om at blive underkastet en kvalitetsvurdering.

I debatter om psykologiske metoder og behandlinger rejses stadig oftere spørgsmålet om evidens. Eksempler er debatterne om "genfundne erindringer" (1) og om den forebyggende effekt af psykologisk debriefing (2;3), hvor den videnskabelige evidens for at anbefale eller advare mod en given metode er blevet diskuteret.

Mens der blandt læger og andre sundhedsprofessionelle hersker generel konsensus om at udvikle og fastholde en evidensbaseret praksis i sundhedsvæsenet, er der blandt psykologer uenighed om det hensigtsmæssige i en evidensbaseret *psykologisk* praksis.

Uanset om man er enig eller ikke, hersker der ikke tvivl om, at politiske beslutningstagere og bevilgende myndigheder i stigende grad stiller spørgsmål til den videnskabelige dokumentation for en given behandling. Mens fokus i dag er på medicinsk behandling, vil der i fremtiden med stor sandsynlighed blive stillet krav om evidens i forbindelse med beslutninger om at yde offentlig støtte til psykologiske behandlinger. Der er derfor

brug for en generel diskussion af, hvilken betydning videnskabelig evidens skal have for psykologisk praksis.

I det følgende vil begrebet om evidensbaseret praksis (EBP) blive præsenteret sammen med en diskussion af de hyppigste indvendinger mod en evidensbaseret psykologisk praksis.

Historisk baggrund

Modsat hvad man måske skulle tro, er evidensbaseret medicin et forholdsvis nyt fænomen. Mens udviklingen af medicinsk behandling siden Claude Bernard, Louis Pasteur og Robert Koch har været baseret på videnskabelig forskning, er det kun inden for de seneste 10-15 år, at man på mere systematisk vis har søgt at evaluere, hvilke behandlinger der 1) faktisk virker, 2) virker bedre end andre behandlinger og 3) er omkostningseffektive (4;4;5). I praksis har det således vist sig, at kun et begrænset antal af de anvendte behandlinger har været baseret på systematisk videnskabelig evidens.

Internationalt udgør evidensbaseret medicin eller EBP (6) i stigende grad grundlaget for beslutninger om, hvil-

ke behandlinger der skal implementeres i sundhedsvæsenet. En udbredt og generelt accepteret definition af EBP er "den samvittighedsfulde, eksplicite og kloge anvendelse af den aktuelt bedste evidens i beslutninger om behandling af den individuelle patient" (7).



praksis

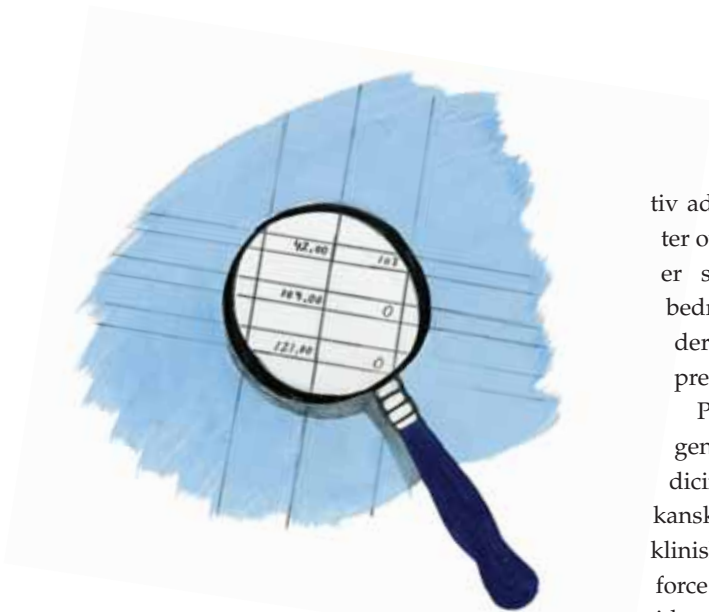


ILLUSTRATIONER: LISBETH E. CHRISTENSEN

En tilsvarende udvikling er set i Danmark i de senere år, hvor der i forskellige nationale arbejdsgrupper og projekter er arbejdet med at vurdere den faglige kvalitet og udvikle indikatorer, anbefalinger og standarder for ydelserne i det danske sund-

hedsvæsen. Det gælder eksempelvis Det Nationale Indikatorprojekt, www.nip.dk, og det nationale projekt om "Patientens møde med sundhedsvæsenet" (8). Disse og andre initiativer har bl.a. ført til nedsættelse af Institut for Kvalitet og Akkreditering





tiv adfærdsterapi har effekter over for depression, der er sammenlignelige eller bedre end dem, man finder ved medicinsk antidepressiv behandling (11).

Parallelt med etableringen af evidensbaseret medicin nedsatte Den Amerikanske Psykologforenings kliniske sektion en "task force" med henblik på at identificere dokumenterede psykologiske behandlinger

("empirically supported treatments" eller EST) og formidle

denne viden til kliniske psykologer og klinisk psykologiske uddannelsesprogrammer (12). Også Den Britiske Psykologforening har nedsat en arbejdsgruppe, der har udarbejdet anbefalinger for psykologisk behandling (13).

Mens fokus inden for EBP i Danmark hidtil har været på medicinsk behandling, er også de "bløde værdier" inddraget, og på længere sigt er der ingen grund til at tro, at psykologiske behandlinger vil undgå krav om at blive underkastet en kvalitetsvurdering.

Evidenshierarkier

EBP tager udgangspunkt i, at nogle forskningsmetoder er bedre end andre, når det gælder om at finde svar på specifikke spørgsmål. Siden 1980'erne har man i stigende grad anvendt forskellige *evidenshierarkier* til klassifikation og rangordning af evidens på baggrund af den metodologiske kvalitet med henblik på at kunne udarbejde kliniske anbefalinger (14).

Når man skal vurdere undersøgelser af effekten af en intervention, antager man således generelt, at *randomiserede, kontrollerede undersøgelser* ("Randomized Clinical Trials") leverer den mest pålidelige og valide evidens (5;15), og to eller flere uafhængige ran-

domiserede undersøgelser med positivt resultat har længe været anset for at være nødvendige for at kunne anbefale en given behandling (16). I takt med at *systematiske reviews* og meta-analyser af forskningslitteraturen er blevet mere hyppige, regnes disse for at være den bedste evidens (17). Den bedste evidens for en given behandling antages således at være en meta-analyse af alle relevante randomiserede, kontrollerede undersøgelser af tilstrækkelig kvalitet.

Når randomiserede undersøgelser (og meta-analyser af disse) regnes for den bedste evidens, skyldes det, at denne metode, når den gennemføres bedst muligt, har høj *intern validitet*. Lodtrækning til henholdsvis en behandlingsgruppe og en kontrolgruppe, som enten ikke modtager behandling, eller som modtager den aktuelle standardbehandling ("treatment as usual"), gør det således principielt muligt at udelukke potentielle *fejlklilder*, dvs. andre alternative forklaringer på ændringen.

En bedring kan fx skyldes andre eksterne forhold, fx øget støtte fra patientens netværk eller naturligt forekommende ændringer i symptombilledet. Patienter kan endvidere tænkes at være mest tilbøjelige til at søge hjælp, når deres symptomer er værst, og de observerede ændringer kan således tænkes at skyldes "naturlig remission". Ekstremt høje symptomværdier vil desuden – rent tilfældigt – tendere mod at være lavere, næste gang man måler, uden at det nødvendigvis skyldes behandlingen; et fænomen, der omtales som "statistisk regression".

Gode forskningsdesigns er ikke ufejlbarlige, men må betragtes som den bedste beskyttelse mod vores egen tendens til at lade os forføre af vore umiddelbare observationer og antagelser om vores terapeutiske fær-

► ► ► i Sundhedsvæsenet (IKAS), www.kvalitetsinstitut.dk, som har til opgave at udvikle indikatorer og standarder som grundlag for en akkreditering af danske sygehuse.

En tilsvarende udvikling ses inden for klinisk psykologi. Mens klinisk psykologi, kliniske psykologer og psykologisk behandling bygger deres samfundsmæssige anerkendelse og status på den implicite antagelse om, at diagnoser og behandlinger bygger på videnskabelig evidens, er det først i de senere år, at denne påstand ikke blot tages for givet. Eysenck fremsatte i 1952, med sin vanlige sans for provokation, den påstand, at der ikke var videnskabeligt grundlag for at konkludere, at psykoterapi havde nogen effekt ud over "spontan remission" (9).

Selv om Eysencks kritik ansporede til at gennemføre randomiserede, kontrollerede undersøgelser af psykoterapi, forblev hans påstand uimodsagt i mange år. Det var først med introduktionen af statistiske *meta-analyser* (10), at kombinationen af resultater fra det voksende antal kontrollerede undersøgelser kunne dokumentere, at psykoterapi faktisk havde effekt sammenlignet med ingen behandling. Senere er det blevet dokumenteret, at psykologisk behandling i form af kogni-

digheder. At randomiserede undersøgelser regnes for den bedste evidens, betyder ikke, at andre typer af undersøgelser er værdiløse. Prospektive kohortestudier eller ikke-randomiserede, kontrollerede undersøgelser kan levere vigtig viden om relevante sammenhænge og inspirere til at iværksætte randomiserede undersøgelser.

Et eksempel på et evidenshierarki for vurdering af effektstudier fremgår af *Tabel 1*.

Der er mange eksempler på såvel medicinske som psykologiske behandlingsmetoder, der i perioder har nydt stor udbredelse, men som senere, efterhånden som resultaterne af velkontrollerede undersøgelser er blevet offentliggjort, har vist sig at være uvirksomme og i nogle tilfælde måske skadelige. I en årrække var det god klinisk praksis at tilbyde kvinder i overgangsalderen hormonbehandling for at reducere svedeture og følelsesmæssige udsving. Observationsunde-

rsøgelser, som sammenlignede kvinder, der havde modtaget hormonbehandling, med kvinder, der ikke havde modtaget behandling, havde ikke vist skadelige virkninger. Først da man havde gennemført en række randomiserede behandlinger, viste det sig, at hormonbehandling var forbundet med en betydeligt forøget risiko for brystkræft (19).

I forbindelse med psykologiske behandlinger har kontrollerede undersøgelser påvist, at troværdigheden af traumatiske erindringer, som afdækkes i såkaldt "Memory recovery therapy", er tvivlsom (20;21). Tilsvarende har et antal nyere meta-analyser dokumenteret, at såkaldt single-session debriefing til alle involverede i forbindelse med potentielt traumatiske begivenheder, sandsynligvis er uvirksom og i værste fald skadelig (22-24). Såvel amerikanske som engelske ekspertgrupper anbefaler således, at debriefing ikke tilbydes alle involve-

rede, mens der derimod synes at være evidens for at tilbyde traumafokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) til personer, der inden for én måned har svære PTSD-symptomer, og til alle med PTSD inden for tre måneder (25). Evidensen retter sig således ikke mod enhver form for kriseterapi, således som nogle synes at mene, men mod en bestemt form for tidlig intervention til alle involverede.

Den såkaldte stavepladeskandale er et hjemligt eksempel på, hvordan kontrolleret eksperimentel metode har afsløret en teknik som fejlagtig og potentielt skadelig (26). Socialpædagoger ansat ved en institution for psykisk handicappede mente, at man ved hjælp af staveplader, hvor den psykisk handicappede førte pædagogens hånd over en staveplade, kunne kommunikere med klienter, der ellers ikke var i stand til sproglig kommunikation. En mor blev anklaget for incest på basis af "evidens" tilvejebragt med stave-



Tabel 1: Eksempel på evidenshierarki for vurdering af effektstudier (Efter (16) og (18))

NIVEAU	UNDERSØGELSESTYPE	EVIDENSKLASSIFIKATION
1	A Meta-analyser	Særdeles god
	B Kvalitative systematiske reviews	
2	A Multicenterundersøgelser	God
	B Randomiserede, kontrollerede undersøgelser	
3	A Kontrollerede kohorteundersøgelser	Moderat
	B Andre prospektive, kontrollerede undersøgelser	
	C Andre kontrollerede undersøgelser, fx matchede case-kontrolstudier, før-efter-studier	
4	A Konsensuskonference	Moderat – ringe
	B Observationsundersøgelser, deskriptive undersøgelser	
	C Andre typer undersøgelser, fx interviewundersøgelser	
5	A Ekspertudsagn	Ringe
	B Case-studier	
6	C Anekdoter	Særdeles ringe

Yderligere kvalitetskrav: Repræsentativ stikprøve; placebokontrol; blinding; klart definerede resultater, målt objektivt eller uafhængigt; klart definerede eks- og inklusionskriterier; acceptabelt frafald.

- ▶ ▶ ▶ plademethoden, indtil kontrollerede forsøg viste, at klienterne var ude af stand til at kommunikere meningsfuldt, hvis stavepladen var skjult for pædagogen.

Indvendinger mod EBP

Selv om EBP vinder stadig større udbredelse i udlandet, såvel inden for medicin som psykologi, er der ikke udelt begejstring for metoden inden for psykologien. Nogle ofte fremførte indvendinger vil blive diskuteret nedenfor.

Randomiserede undersøgelser har ikke relevans for den kliniske virkelighed

Et centralt argument mod at lægge resultater fra randomiserede, kontrollerede undersøgelser til grund for beslutninger vedrørende klinisk praksis har bestået i, at de velkontrollerede forsøg har begrænset *ekstern validitet*. Hermed menes, at kontrollerede undersøgelser foregår under "kunstige" betingelser, der er så forskellige fra den komplekse kliniske virkelighed, at resultaterne ikke kan generaliseres til klinisk praksis. Nogle mener, at man i stedet for forskning i effekt (*efficacy*) bør forske i effektivitet (*effectiveness*), dvs. i effekter af terapi, som den udøves i den daglige praksis. Denne modsætning er imidlertid kunstig, og flere taler i dag for, at de to tilgange bør supplere hinanden (27). Effektundersøgelser kan afdække, hvad der virker, mens effektivitetsundersøgelser kan afdække, hvad der skal til for at omsætte de virksomme metoder i klinisk praksis.

Det vigtigste er, at klienten er tilfreds

Et andet argument mod EBP, man ofte hører, er, at klienterne ved bedst. Hvis klienten oplever en bedring, er

det så ikke det vigtigste? Er det i grunden ikke uvæsentligt at vide, hvad der er årsagen til denne bedring? Hvis klienten er tilfreds, behøver forskerne da at blande sig i klientens valg?

En af de centrale pointer er her, at det ikke kun kan handle om, hvorvidt klienterne oplever at få det bedre. Gode behandlinger bør være baseret på videnskabeligt valide teorier om psykologiske processer og menneskelig adfærd.

Den Kongelige Kommission af eksperter, der i 1784 undersøgte og afviste Mesmers "magnetiske behandling", afviste ikke behandlingen, fordi den var uvirksom. Tværtimod havde Mesmer mange tilfredse patienter, der havde modtaget behandling med "magnetiske strygninger" (28). Kommissionen afviste først og fremmest behandlingen på basis af, hvad man for den tid må betragte som avancerede, kontrollerede eksperimenter, der forkastede teorien om, at patienterne bedring skyldtes Mesmers evne til at påvirke deres "animalske magnetisme". Krystalhealere og eksorcister kan også tænkes at have tilfredse klienter, men det indebærer ikke, at vi betragter krystalhealing eller uddrivelse af dæmoner som legitime behandlinger.

Effekter skyldes nonspecifikke faktorer i den terapeutiske relation

Et tredje argument mod EBP refererer til den antagelse, at en stor del af effekten af psykoterapi kan henføres til "nonspecifikke" faktorer (29), som hidrører fra den terapeutiske relation, og at specifikke træk ved terapien kun forklarer en begrænset del af effekten (30). Det er fx foreslået, at omkring 15 % af effekten skyldes metodespecifikke faktorer, mens 30 % skyldes den terapeutiske relation og andre "nonspecifikke" faktorer, 40 % patientkarakteristika og terapi-eksterne

forhold, og de sidste 15 % "placebo" og forventning (31).

Argumentet synes at være, at der ingen pointe er i at basere valg af terapeutisk metode på basis af kontrolleret effektforskning, da det meste af effekten alligevel skyldes aspekter ved den individuelle terapeutiske relation. Selv hvis den beskrevne fordeling viser sig holdbar, er der plads til forskelle mellem forskellige terapeutiske tilgange og dermed plads til forbedring.

At der tale om "nonspecifikke" faktorer, betyder heller ikke, at disse faktorer ikke kan identificeres og gøres til genstand for kontrolleret forskning med henblik på at udvikle anbefalinger og retningslinier for håndtering af den terapeutiske proces. Forekomsten af nonspecifikke faktorer er måske snarere tegn på, at der findes en række virksomme teknikker, som er fælles for mange terapeutiske retninger.

Betydningen af patientkarakteristika og terapi-eksterne forhold betyder heller ikke, at det er ligegyldigt, hvad terapeuten gør, men peger på, at nogle patienter (og tilstande) kan være mere påvirkelige af nogle terapeutiske processer, mens andre er mere påvirkelige af andre. Kernen i EBP er "*Hvad virker for hvem?*", hvilket netop er det spørgsmål, som Roth og Fonagy forsøger at besvare i deres kritiske gennemgang af psykoterapiforskningen (11).

EBP-tilhængere anerkender kun randomiserede undersøgelser

Nogle modstandere hævder, at tilhængere af EBP kun accepterer randomiserede, kontrollerede undersøgelser som relevant forskning. Dette er ingenlunde korrekt. At hævde, at randomiserede, kontrollerede undersøgelser er de bedste til at dokumentere om interventioner, det være sig medicinske, sociale eller psykologiske, er virksomme, betyder ikke, at de

repræsenterer den eneste værdifulde form for forskning. Epidemiologiske metoder kan afdække væsentlige potentielle sammenhænge, kvasiexperimentelle metoder kan anvendes til at udforske mekanismer bag effekter, kvalitative metoder kan udforske komplekse sammenhænge og er velegnede til at øge forståelsen af menneskers subjektive oplevelser, og case-historier kan tjene som vigtig inspiration til at udforske nye sammenhænge. Ligeledes kan velgennemførte enkelt-case eksperimentelle designs levere vigtig dokumentation.

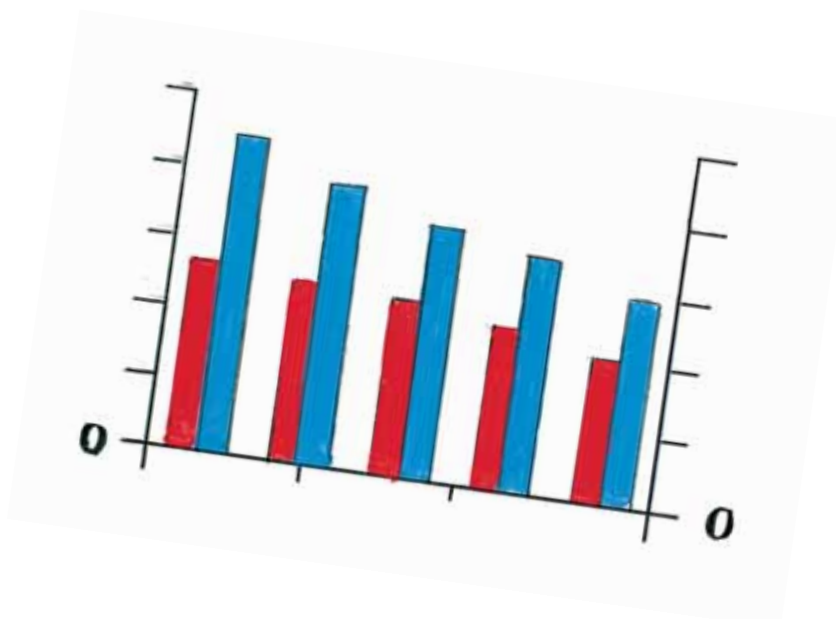
Den ofte fremsatte modsætning mellem "kvantitativ" og "kvalitativ" metode er falsk. De forskellige metoder har alle deres styrker og svagheder og kan derfor i den samlede forskningsproces berige hinanden.

Randomiserede, kontrollerede undersøgelser er uetiske

En del kritikere vender sig principielt mod anvendelsen af randomiserede, kontrollerede undersøgelser som værende uetiske. Når en klient lider, og man véd, at psykoterapi kan gavne klienten, er det uetisk at lade klienter indgå i en kontrolgruppe, der ikke modtager en virksom behandling.

Dette argument er gyldigt, men dog kun, når tre betingelser er opfyldt: 1) Når der allerede foreligger videnskabelig dokumentation for, at en behandling er effektiv, 2) Når der er evidens for, at behandlingen ikke kan være skadelig, 3) Når man i undersøgelsen anvender en egentlig kontrolgruppe eller placebokontrolgruppe, der ikke modtager aktiv behandling. I praksis er disse betingelser imidlertid sjældent opfyldt.

I nogle undersøgelser anvendes ventelistekontrolgrupper, som modtager den antageligt virksomme behandling, men på et senere tidspunkt. I an-



dre sammenlignes en ny behandling med "treatment as usual" – dvs. med den behandling, der på indeværende tidspunkt betragtes som den bedste, eller den, som klienter almindeligvis tilbydes. Et af formålene med EBP er at undersøge nye metoder, der fremmer sandsynligheden for, at fremtidens klienter ikke blot modtager en virksom behandling, men den alt-andet-lige mest virksomme behandling.

EBP tilsidesætter den kliniske erfaring

Kritikere af EBP hævder ofte, at denne tilgang tilsidesætter værdien af terapeutens kliniske erfaring og vurdering i den konkrete situation, og at den vil fremme en reduktionistisk manualiseret tænkning, der overser, at mennesker er komplekse og unikke. EBP baseret på randomiserede, kontrollerede undersøgelser betragtes som en "naturvidenskabelig" metode, som hører hjemme i biomedicinen og ikke i en "humanistisk psykologi". Psykoterapi kan ikke sammenlignes med en pille, lyder argumentet. Som en kollega har udtrykt det: randomiserede undersøgelser kan være udmærkede til at undersøge effekten af farmakologisk behandling, men dur ikke i psykologi.

Det antydes i øvrigt somme tider,

at EBP skulle være opfundet af læger og medicinalindustrien til at fremme deres egne interesser på psykologernes bekostning. Historien tyder ikke på, at der er hold i en sådan teori. At man i dag anerkender, at psykoterapi af depression kan være lige så virksom og lige så omkostningseffektiv som medicinsk antidepressiv behandling, skyldes netop dokumentation fra meta-analyser af velkontrollerede, randomiserede undersøgelser. Hvis psykologisk behandling er mere end blot "placebo", er der intet, der taler imod at gøre behandlingen til genstand for systematisk, kontrolleret forskning.

At kontrolleret forskning er vanskelig og udfordrende, er ikke ensbetydende med, at den ikke kan eller bør gennemføres. Vi har ikke brug for mindre, men derimod mere effektforskning, og EBP er i det lange løb den bedste måde, hvorpå klinisk psykologi kan imødegå konkurrencen fra medicinsk behandling.

Hvis der ikke er evidens for effekt, skyldes det den videnskabelige metode

Teoretisk og faglig loyalitet har ofte betydning, når der argumenteres for eller imod forskellige metoder





► ► ► og forskningsresultater. I forbindelse med videnskabelige, kontrollerede undersøgelser af alternative behandlinger, der ikke har kunnet påvise en effekt, fremføres ofte det argument, at sådanne behandlinger ikke kan undersøges ved hjælp af "naturvidenskabelige forskningsmetoder". Der føres sjældent egentlige substantielle argumenter for denne påstand, og omvendt hører man interessant nok sjældent indvendinger, hvis man med "naturvidenskabelige metoder" har dokumenteret en effekt.

Mens det er forståeligt, at teoretisk og faglig loyalitet kan være en stærk motivationsfaktor ved valg og vurdering af metode, gør det ikke argumenterne mere korrekte. Hvis man er uenig i konklusionen på en eller flere undersøgelser, bør man, i stedet for at forsøge at "slå budbringeren ihjel", tværtimod bestræbe sig på at forbedre undersøgelsesmetoderne til at tage højde for de metodiske indvendinger, man måtte have.

EBP vil fremme sundhedsmyndigheders kontrol over terapi

Et argument mod EBP har været, at dette vil fremme sundhedsmyndigheder og andre beslutningstageres indflydelse på, hvilke former for terapi der ydes tilskud til, og dermed lægge hindringer i vejen for klienternes og terapeuternes frihed til at vælge den behandling, som de mener er bedst.

Det er korrekt, at tilskud til nogle behandlinger frem for andre vil indebære begrænsninger. Det er imidlertid ikke urimeligt at kræve, at alle behandlere leverer den behandling, som der på indeværende tidspunkt er bedst evidens for er virksom, ligesom det vil være etisk uforsvarligt at yde tilskud til behandlinger, der er uvirksomme eller potentielt skadelige.

Læger har ikke og bør heller ikke have frihed til at vælge hvilken som helst behandling, men bør holde sig til den bedst dokumenterede behandling. Der er ingen gode grunde til at stille mindre strenge krav til psykologer

end til andre sundhedsprofessionelle. Sundhedsmyndighederne – og i sidste instans borgerne – har en legitim interesse i at fremme de bedst dokumenterede behandlinger på bekostning af de ikke-dokumenterede.

EBP favoriserer bestemte terapiformer og vil bremse innovation

Kritikere hævder, at EBP favoriserer de terapiformer, som er bedst egnede til randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Det kunne fx gælde manualiserbare kognitive og adfærdsterapeutiske metoder, som der derfor vil udvikles bedst evidens for. Kritikken går på, at dette på længere sigt vil føre til, at sundhedsmyndighederne vil satse på sådanne metoder, og at dette vil bremse udviklingen af nye og bedre behandlingsmetoder, som der ikke foreligger evidens for.

Der kan foreligge en vis fare for, at dette kan ske. EBP kan og bør være en *dynamisk*, ikke en statisk proces, hvor erfaringerne fra den kliniske praksis stiller nye spørgsmål og foranlediger udviklingen af nye metoder, som derefter gøres til genstand for systematisk forskning, som igen fremmer ny klinisk praksis (11). At sikre dette kræver udvikling af et løbende, formaliseret samarbejde mellem de kliniske psykologer, de faglige organisationer, de videnskabelige institutioner og de relevante social- og sundhedsmyndigheder. Udfordringen ligger i at etablere systemer, der tilstræber en høj grad af evidensbaseret standardiseret klinisk praksis uden at hæmme udvikling, kreativitet og innovation. Omvendt vil fraværet af EBP ikke i sig selv fremme innovation, ligesom den daglige kliniske praksis ikke automatisk stimulerer nytænkning.

Kan ikke stå alene

Mens evidens baseret på de anbefa-

lede undersøgelsesmetoder og analyser må betragtes som mere troværdig end uspecificeret "klinisk erfaring", ekspertvurderinger og klienternes tilfredshed og valg, er EBP ikke en tilstrækkelig garanti for den bedste behandling. Randomiserede, kontrollerede undersøgelser kan, selv om kravet om randomisering er opfyldt, være af lav kvalitet af andre årsager. Dette gælder også meta-analyser.

Der foregår løbende udvikling af kvalitetskrav til såvel randomiserede, kontrollerede undersøgelser (32) som til meta-analyser (33). Det afgørende er, at de anvendte dataindsamlings- og analysemetoder er klare og gennemsigtige, således at forskere, klinikere og offentligheden har mulighed for at vurdere troværdigheden af resultaterne. For meta-analyser gælder det fx, at man skal kunne gennemskue, hvilke kriterier der er anvendt ved udvælgelsen af de undersøgelser, som indgår i analysen, ligesom man bør vide, hvilke undersøgelser der er udelukket fra analysen på baggrund af disse kriterier. Kun dermed vil man være i stand til at vurdere og diskutere validiteten af resultaterne.

Det er imidlertid en fejlslutning at hævde, at forekomsten af kontrollerede undersøgelser og metaanalyser af tvivlsom kvalitet er et argument mod metoderne som sådan.

Også effektive behandlinger kan blive udført på en ineffektiv måde. Ikke alle terapeuter gør det, de siger, de gør, og vurderinger af behandlinger bør ikke baseres på, hvad terapeuterne siger, de gør, men så vidt muligt på det, de faktisk gør. Undersøgelser af Multisystemisk Terapi (MST) har fx vist, at positive resultater hænger sammen med graden af terapeutadhærens (34). Dette understreger behovet for løbende supervision og dokumentation. Alle terapeuter vil ligeledes kunne

opleve, at terapien mislykkes, uanset hvor effektiv behandlingen generelt har vist sig at være. Det afgørende må være, at man sørger for systematisk erfaringsopsamling, lærer af sine fejl og bruger disse erfaringer til at videreudvikle og afprøve behandlingerne.

Tilsvarende kan ikke-evidensbaserede behandlinger godt være effektive i praksis. At der ikke foreligger evidens for en behandling, betyder *ikke*, at der er evidens for, at den pågældende behandling er *ineffektiv*.

I forbindelse med beslutninger om at implementere en given behandling er det en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning, at behandlingen er virksom (18). Effektstudier under-

søger, om en behandling er virksom, hvilke fordele og ulemper den eventuelt er forbundet med, samt hvilke klienter der har gavn af den. I denne forbindelse er randomiserede undersøgelser – og metaanalyser af sådanne – den bedste evidens.

Før man beslutter sig for at anbefale en behandling, vil det imidlertid være vigtigt også at undersøge behandlingens praktiske relevans, herunder hvad der er vigtigt for klienten, og hvordan klienten oplever behandlingen. Endvidere vil det være relevant at udforske den praktiske gennemførlighed af behandlingen: Hvilke forhold skal være til stede for at gennemføre behandlingen i klinisk praksis, hvor-





► ► ► dan vil den blive vurderet og anvendt af behandlerne, og hvad er de økonomiske konsekvenser af at anvende behandlingen?

I forbindelse med disse spørgsmål vil kvantitative observationsstudier og kvalitative undersøgelser, fx fokusgruppeinterview, kunne levere relevant evidens.

Konklusion og anbefaling

Mange psykologer vender sig aktuelt mod EBP. Det gælder ikke kun praktikere, men også, hvilket måske er mere overraskende, nogle universitetsansatte psykologer. Uanset om man kan lide det eller ikke, hersker der ikke tvivl om, at politiske beslutningstagere og bevilgende myndigheder i stigende grad vil stille spørgsmål til dokumentationen og fremsætte krav om evidens i forbindelse med beslutninger om at yde støtte til behandlinger. Det gælder ikke kun medicinsk, men også psykologisk behandling. Det sker i andre lande, fx USA, Storbritannien og Tyskland, og det er formodentlig kun et spørgsmål om tid, før danske social- og sundhedsmyndigheder følger efter. Hvis danske psykologer ønsker at blive inddraget i beslutningsprocesserne, er det nødvendigt, at man diskuterer problemstillingen seriøst.

Nogle kritikere er bekymrede for, at EBP vil betyde manualiserede og rigide behandlinger og medføre en nedvurdering af den kliniske erfaring og den individuelle klients værdier og

behov. At tage udgangspunkt i forskningsbaseret evidens står imidlertid ikke i modsætning til at anvende klinisk erfaring eller til at forholde sig til patientens ønsker og behov.

EBP er ikke "køgebogsbehandling" (7) og er netop defineret som bestående af tre centrale, integrerede komponenter, hvor behandlingen af den enkelte patient bør foregå med udgangspunkt i: 1) den bedste forskningsbaserede evidens, 2) behandlerens kliniske erfaring og 3) patientens egne værdier og ønsker (6).

Selv om de eksisterende metoder til at frembringe evidensbaseret viden måtte have mangler, er dette ikke i sig selv et gyldigt argument mod EBP. Mens der kan være mange filosofiske, faglige og måske endda økonomiske grunde til at modsætte sig EBP, er modstanden kortsigtet. Hvis danske kliniske psykologer skal fastholde og udvikle deres faglige position, er det nødvendigt at fastholde, at videnskabelig evidens er et vigtigt grundlag for klinisk psykologisk praksis. En faggruppe, der ikke forholder sig seriøst til evidensproblematikken i forbindelse med sin praksis, ender med at skyde sig selv i foden. Dansk Psykolog Forening bør gå forrest med initiativer, der styrker fagets forsknings- og evidensbaserede profil såvel indadtil som udadtil.

*Bobby Zachariae,
professor, cand.psych., dr.med.,
Århus Sygehus og Aarhus Universitet*

Litteraturliste

- (1) Berntsen D., Smith S.F., Rasmussen S., Willadsen J. Rapport på afveje. *Psykolog Nyt* 2004; 17:8-15.
- (2) Elklit A. Bluff, samaritanertjeneste eller evidensbaseret professionalisme. *Psykolog Nyt* 2005; 11:15-19.
- (3) Zachariae B. Psykologisk krisehjælp. *Psykolog Nyt* 2006; 12:52-53.
- (4) Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA* 1992; 268(17):2420-2425.
- (5) Sackett D.L., Richardson W.S., Rosenberg W., Haynes R.B. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.
- (6) Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.
- (7) Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312(7023):71-72.
- (8) Amtrådsforeningen, Center for Små Handicapgrupper, Dansk Sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelige Danske Lægeforening, DSKS et al. Patientens møde med sundhedsvæsenet - De mellem menneskelige relationer - anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Århus: Kvalitetsafdelingen i Århus Amt, 2003.
- (9) Eysenck H.J. The effects of psycho-

therapy: an evaluation. *J. Consult Psychol* 1952; 16(5):319-324.

(10) Rosenthal R. Meta-analysis: A review. *Psychosom Med* 1991; 53:247-271.

(11) Roth A., Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. 2 ed. New York: Guilford Press, 2005.

(12) American Psychological Association. Task force on psychological intervention guidelines. 1995. Washington D.C., American Psychological Association.

(13) Department of Health. Treatment choice in psychological therapies and counseling: Evidence-based practice guidelines. London: Department of Health Publications, 2001.

(14) Sackett D.L. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest* 1986; 89(2 Suppl):2S-3S.

(15) Zachariae B. Det vellykkede eksperiment – introduktion til klinisk eksperimentel forskningsmetode. København: Munksgaard, 1998.

(16) American Academy of Neurology. Clinical practice guideline process manual. 2004. St Paul, M.N., American Academy of Neurology.

(17) Sensky T. The utility of systematic reviews: the case of psychological debriefing after trauma. *Psychother Psychosom* 2003; 72(4):171-175.

(18) Evans D. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *J Clin Nurs* 2003; 12(1):77-84.

(19) Chlebowski R.T., Hendrix S.L., Langer R.D., Stefanick M.L., Gass M., Lane D. et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289(24):3243-3253.

(20) Stocks J.T. Recovered memory therapy: a dubious practice technique. *Soc Work* 1998; 43(5):423-436.

(21) Laney C., Loftus E.F. Traumatic me-

mories are not necessarily accurate memories. *Can J Psychiatry* 2005; 50(13):823-828.

(22) van Emmerik A.A., Kamphuis J.H., Hulsbosch A.M., Emmelkamp P.M. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 360(9335):766-771.

(23) Bisson J.I. Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(3):481-499.

(24) Rose S., Bisson J., Churchill R., Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD000560.

(25) National Collaborating Centre for mental health (NCCMH). Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: British Psychological Society, 2005.

(26) Lunøe N. Pædagog-computeren – eller: Miraklet i Vangede. Information 1990.

(27) Barkham M., Mellor-Clark J. Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clin Psychol Psychother* 2003; 10:319-327.

(28) Gauld A. A history of hypnotism. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

(29) Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiat* 1936; 6:412-415.

(30) Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has one and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32(8):995-1008.

(31) Lambert M.J., Barley D.E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2001; 38:357-361.

(32) Chalmers T.C., Smith H., Jr., Blackburn B., Silverman B., Schroeder B., Reitman D. et al. A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Control Clin Trials* 1981; 2(1):31-49.

(33) Shea B., Moher D., Graham I., Pham B., Tugwell P. A comparison of the quality of Cochrane reviews and systematic reviews published in paper-based journals. *Eval Health Prof* 2002; 25(1):116-129.

(34) Zachariae B. Multisystemisk terapi (MST) – Hittidige forskningsresultater og anbefalinger for kommende undersøgelser. 2005. Århus, Kvalitetsafdelingen, Århus Amt.