

Alain Topor & Anne Denhov

Att arbeta evidensbaserat
- en introduktion

Om erfarenhet, praktik och vetenskap

Psykiatri Södra Stockholm, SLSO
FoU-enheten

Utgiven av
FoU-enheten
inom
Psykiatri Södra Stockholm.
SLSO, Stockholms Läns Sjukvårdsområde.
alain.topor@sll.se
www.psykiatrin Sodra.se

Lay-out: Alain Topor

Kan beställas via alain.topor@sll.se
25:- plus frakt/exemplar

Stockholm 2008

Turbulens om evidens

Inom psykiatri och socialtjänsten finns sedan några år tillbaka växande och återkommande krav på att de insatser som erbjuds brukarna skall vara evidensbaserade.

Vad betyder ”evidensbaserade”?

I sin enklaste form betyder evidensbaserade insatser att dessa insatser skall vara till hjälp för brukarna och de problem som de brottas med. De skall vara effektiva.

I detta perspektiv verkar strävan efter evidensbaserade insatser vara både självklar och svår att säga emot.

Ändå har det uppstått en hel del turbulens i denna fråga.

I följande text försöker vi reda ut begreppen.

De tre källorna till
evidensbaserade insatser
är:

- Forskningsresultat
- Den praktiskt
verksamma personalens
erfarenheter
- Brukarens erfarenheter

Den evidensbaserade praktiken tre källor

I alla möten där en person söker hjälp hos några som är anställda för att hjälpa honom/henne uppstår en situation där de skall välja vilka insatser som skall prövas.

Hur går man till väga för att fatta ett sådant beslut? Troligtvis sker det på många sätt. Tanken bakom att insatserna skall vara evidensbaserade är ett försök att förtydliga hur ett sådant val skall gå till.

För att komma fram till vilka insatser som är bäst för en bestämd person krävs kunskaper som måste hämtas från tre källor.

Att utgå från endast en eller två av dessa källor räcker inte. Inte om man vill arbeta evidensbaserat.

De tre källorna är:

- Forskning
- De professionellas erfarenheter
- Brukarens erfarenheter

Om detta är många framstående forskare, men även svenska myndigheter som Socialstyrelsen och Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU), överens.

Evidensbaserade insatser kan alltså aldrig vara frågan om att en insats eller en metod skall passa alla brukare; även om de har samma diagnos eller samma funktionshinder och behov. Evidensbaserade insatser är alltid individuella och därmed olika för olika personer.

Forskning

Det finns en omfattande forskning med syfte att ta fram de mest effektiva behandlingsinsatserna för olika problem.

Det finns också en vitt spridd föreställning om att forskning skulle kunna ta fram entydiga svar på vilka insatser som är bäst. Forskning spelar en betydande roll för att prova olika metoders effekt, men också deras bieffekter. Därför är det viktigt att personalen inom socialtjänst och psykiatri samt brukarna och deras anhöriga har tillgång till resultat från forskningen.

Men forskningen har inte svar på alla frågor.

Längtan efter klara, entydiga och objektiva fakta är stor, men sällan tillfredsställd.

Forskningsresultat är ofta motstridiga och svårtolkade. Nyare forskningsrön ifrågasätter äldre.

Forskning och forskningsresultat finns inte heller i ett socialt tomrum.

Forskning har visat att det inte är all forskning som publiceras, och att det inte är någon slump vad som publiceras och vad som inte publiceras. Läkemedelsindustrin är en betydande finansiär för forskning. Psykologisk och social forskning har långt mindre medel och därmed sämre förutsättningar att hävda sig.

Forska kan man
göra på många sätt.
Valet av
forskningsmetod
beror främst på
vilken fråga man
vill undersöka.

Forska kan man göra på många sätt. Valet av forskningsmetod beror främst på vilken fråga man vill undersöka.

Det finns en trend att uppvärdera en *forskningsmetod*, kallad ”Randomiserad kontrollerad studie” (”Randomised Controlled Trial” ofta förkortad RCT). I extrema fall hävdas det att endast resultat från sådana undersökningar ger kunskap om vad som bör vara en evidensbaserad *praktik*. I sådana fall bortser man från den evidensbaserade praktikens två andra källor. Det är även ett märkligt sätt att underkänna en betydande del av den forskning som bedrivs.

”Randomiserade kontrollerade studier” betyder att försökspersonerna genom slumpen delas upp i en grupp som får en insats och en kontrollgrupp som inte får insatsen. Tack vare att slumpen styr vilken grupp personerna hamnar i anses alla andra faktorer som kan påverka resultaten vara lika i de båda grupperna. Eventuella skillnader mellan gruppernas resultat anses därför bero på insatsen.

RCT är en passande metod vid exempelvis läkemedelsprövning. Den ena gruppen får den medicin som man vill testa och den andra gruppen får medicin som redan används för patienter med denna diagnos. Varken de som delar ut medicinen eller patienten/försökspersonen vet vilken grupp som fått vilken medicin. Även forskarna skall vara ovetande. Samtliga är ”blinda”, för att deras inställning inte skall påverka resultatet.

Blir fler patienter botade utan alltför många biverkningar av den nya medicinen än med den gamla, så kan man säga att den nya medicinen är mer effektiv än den gamla.

Men det som kan fungera vid medicinutdelning är omöjligt att genomföra när det till exempel är frågan om psykoterapeutiska eller psykosociala insatser. Ingen kan vara "blind" i en social situation.

RCT är alltså en självklar forskningsmetod för att försöka besvara en rad frågor, men det finns många andra forskningsmetoder som lämnat lika betydande bidrag till vår kunskap. *Alla* metoder har sina problem och begränsningar. Nedan koncentrerar vi oss på att lyfta fram några problem med Randomiserade kontrollerade studier, då de ibland uppges vara "The Golden Standards" eller ha "den högsta evidensgraden" i forskningssammanhang.

Till exempel har många farsoter stoppats med hjälp av socialpolitiska insatser som inte kan studeras med hjälp av randomiserade kontrollerade studier. De socialpolitiska insatserna var effektiva långt innan forskarna funnit orsakerna bakom pesten.

Dessutom, även när det gäller randomiserade kontrollerade studier, så är deras resultat motstridiga.

Olika studier kommer fram till olika slutsatser. Detta kan ha många olika anledningar:

- att man definierar målgruppen på olika sätt,
- att de insatser man erbjuder, trots samma namn, kan ha olika innehåll,
- att faktorer i samhället omkring brukarna inverkar på resultaten,
- att man mäter insatsernas följder med olika instrument,
- att forskaren är anhängare av en speciell metod och favoriserar den i sina tolkningar.

Målgruppens definition och avgränsningar: Brukarna som ingår i studier om exempelvis depressionsdiagnos kan vara mycket olika i olika studier. Till exempel kan patienter med andra diagnoser utöver depression vara uteslutna eller ingå i olika studier. Diagnostiken kan bygga på olika diagnosmanualer och olika lokala diagnostiska kulturer.

Ett begrepp – olika innebörder: Insatser som ges samma namn kan se mycket olika ut i praktiken. Ett aktuellt exempel är så kallad ”Case management”, där case managers kan ha olika uppdrag och ansvar för vitt skilda antal brukare.

Samma insatser i olika sammanhang: Även om insatsen är densamma, så ges den i olika sammanhang som i sin tur påverkar insatsens innebörd och följder. Exempelvis så skiljer

sig socialförsäkringssystemet i USA, där många studier görs, från det i Sverige, där studiernas resultat skall tillämpas. Dessa skillnader kan ha en avgörande betydelse för brukarnas liv och mående och för insatsernas effektivitet.

Vad är en förbättring? Hur definieras en förbättring? Hur länge skall man följa upp de brukare som fått en specifik insats för att veta att den verkligen var verksamt? Hur skall man mäta förbättring? Skall man ta med brukarens bedömning, eller endast mätresultat från validerade skattningsinstrument?

Även statistiska data måste tolkas: Redan de mätinstrument som en forskargrupp väljer; hur de frågar och vad de frågar efter inverkar på studiens resultat. Men även statistiska samband måste tolkas och tolkas på olika sätt. Och här spelar forskarens egna ställningstaganden en inte oväsentlig roll för hans/hennes tolkningar.

Så att ensidigt förlita sig på ”Randomiserade kontrollerade studier” är ingen lösning.

Det har också visat sig vara svårt att implementera resultat från sådana studier. Troligtvis beror det på att studiens villkor skiljer sig så markant från den dagliga praktiken på många verksamheter.

Att endast intressera sig för resultat som tagits fram med en enda forskningsmetod är också problematiskt i sig. Gör man

det så utesluter man en betydande del av den forskning som bedrivs runtom i världen och därmed de kunskaper som denna forskning frambringar.

Ett exempel på detta handlar om alla försök att finna den mest effektiva metoden att hjälpa människor med en specifik diagnos, i detta fall depressioner. Det finns många studier vars resultat pekar åt olika håll. I en av de mest genomgripande studierna kom man dock fram till ett intressant resultat.

Alla metoder verkade hjälpa lika mycket.

Nya och gamla antidepressiva mediciner var lika verksamma. Men de var också lika effektiva som kognitiv beteendeterapi (KBT), som visade sig vara lika effektivt som psykodynamiska psykoterapier. Placebo var i stort sett lika effektiv som dessa insatser, utom för patienterna med de svåraste depressionerna.

För att förstå vad som är hjälpande måste andra forskningsmetoder användas och erkännas samma status som randomiserade kontrollerade studier.

Viktigast verkar vara att en arbetsallians utvecklats mellan brukaren och personalen. Alltså inte metoden, utan det mellanmännskliga samspelet.

De professionellas erfarenheter

Människor som arbetar inom vården skaffar sig erfarenheter. Erfarenheter som är nära kopplade till vardagsverkligheten på den verksamhet där de arbetar. Dagligen träffar de människor och försöker hjälpa dem.

Ur denna praktik växer en erfarenhetsbaserad kunskap som är den evidensbaserade praktikens andra källa.

De professionellas erfarenheter bygger alltså på det som är möjligt att göra på deras arbetsplats. De är ofta väl förankrade i de rutiner, den kunskap och de resurser som finns till förfogande. En betydande fördel med de professionellas erfarenheter är att de inte kräver någon implementering, utan tillämpas redan.

Personalens erfarenheter kan dock bli alltför präglade av den arbetsplats där de är verksamma. Där kan det finnas väldigt lite tillåtelse att göra erfarenheter som motsäger andras erfarenheter.

Många skötare vittnar om att de fick helt andra kunskaper om brukarna när de började göra hembesök och möta brukarna i deras egen miljö. Men deras nyvunna kunskaper togs inte alltid väl emot av deras kollegor, som satt kvar inne på sina institutioner.

De professionellas erfarenheter är inte entydiga. Kön, ålder, yrkes- och utbildningsbakgrund spelar en roll för vilka erfarenheter en person gör. De professionellas erfarenheter är alltså individuella.

Erfarenheterna kan alltså vara motstridiga och det kan uppstå oförståelse för varandras erfarenheter beroende på den professionelles personliga egenskaper, hans/hennes ställning på sin arbetsplats och arbetsplatsens regler, rutiner och resurser. Då kan personal från psykiatrins öppenvård hamna i motsättning till slutenvårdens personal, psykiatrins personal mot socialtjänstens, anhöriga mot professionella. Det kan vara förlamande motsättningar, men även konstruktiva. De kan hjälpa oss alla att inse att det inte finns en sanning som gäller en person. Än mindre en sanning som gäller för många personer.

Många professionella strukturerar sina erfarenheter med hjälp av olika teorier och vidhängande metoder. Dessa hjälper dem att orientera sig i deras möten med brukarna. De blir en referensram och en kunskapskälla för att tolka det som händer. Risken är dock att när man knyter sig till en teori och en arbetsmetod, så tenderar man att nedvärdera andra. I värsta fall kan man sträva efter att få bort andra teorier och metoder. Det sker ibland med argumentet att dessa metoder inte skulle vara ”evidensbaserade”. Här tenderar de professionellas erfarenheter att vara uteslutande. Endast ”mina” erfarenheter och ”min” kunskap är giltiga.

Föreställningen om, och sökandet efter, den enda rätta metoden motsägs av omfattande forskningsresultat. Denna forskning har analyserat fram ett antal faktorer som förekommer i lyckade behandlingar, oberoende av behandlarens teknik.

Dessa gemensamma faktorer handlar i första hand om den relation som etablerats mellan brukaren och behandlaren. Viktigast i denna relation verkar vara att en arbetsallians utvecklats mellan dem.

Alltså inte metoden, utan det mellanmänniska samspelet.

Dessa resultat har tagits fram när det gäller olika former av psykoterapier. Nya forskningsrön pekar på att de är överförbara till vanlig psykiatrisk behandling och socialt arbete.

Forskning om återhämtningsprocessen pekar också på betydelsen av ömsesidiga relationer mellan brukaren och personalen, vänner och familjemedlemmar.

Även då det gäller läkemedelsbehandling finns en växande kunskap om relationens betydelse för utfallet.

Brukarens erfarenheter

De flesta brukare har viktiga erfarenheter med sig när de träffar personalen inom psykiatrin och socialtjänsten. Det finns dock en lång tradition av att inte ta reda på och inte heller ta hänsyn till denna erfarenhetskunskap.

Brukarna definieras ofta just genom sina brister och tillkortakommanden samt oförmåga att själva reda ut sina problem. De har kognitiva och emotionella störningar. De har vanföreställningar och hallucinationer. Hur skulle man då kunna ta hänsyn till så ”sjuka” människors kunskaper?

Det sägs att många somatiska sjukdomar och lättare psykiska problem betecknas som ”jag *har*-sjukdomar”. Man är inte ”en huvudvärk”; man har den.

Allvarligare psykiska problem däremot blir ofta uppfattade som ”jag *är*-sjukdomar”. Individens blir reducerad till sin ”sjukdom”. Är själva individen störd, så finns därför inte mycket anledning till att ta reda på hans synpunkter och erfarenheter.

Tack vare nedläggningen av de stora slutna institutionerna och framväxten av en självständig brukarrörelse har viktiga förändringar skett när det gäller brukarnas ställning i samhället och inom psykiatrin och socialtjänsten.

Utan
brukarens
bidrag kan inga
evidensbaserade
insatser
förekomma.

I litteraturen beskrivs denna förändring som en utveckling från patient till person, eller till medborgare.

Den person som har allvarliga psykiska problem har inte enbart psykiska problem. Han/hon har även ett liv utöver dessa problem. Han/hon reflekterar över sina problem och försöker att handskas med dem. Parallellt med detta skall han/hon handskas med komplicerade och förändrande organisationer som psykiatrin, socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen med mera.

Dessa ”hanteringsstrategier” kan vara framgångsrika för att skapa en situation som fungerar i de flesta fallen. De pekar dels på brukarens förmågor att handskas med sin situation och dels på möjligheter till samarbete mellan brukaren och hans omgivning; inklusive personalen från psykiatrin och socialtjänsten.

För att få fram evidensbaserade insatser för en bestämd brukare är det därför avgörande att brukaren formulerar sina egna erfarenheter och kunskaper och får ett utrymme att presentera dem.

Utan brukarens bidrag kan inga evidensbaserade insatser förekomma.

Den enskilda brukarens erfarenhetsbaserade kunskap kan även vara utgångspunkten för forskning. En annan möjlighet att uppnå vetenskaplig kunskap är genom att studera flera brukares erfarenheter. Detta förekommer exempelvis inom forskningen om återhämtning. Där tillfrågas brukare om deras erfarenhet av vad som varit betydelsefullt för dem för att må bättre och klara sig i ett liv bortom sina tidigare problem. Resultaten från återhämtningsstudier utgör i dag en allt väsentligare del av metod- och organisationsutveckling runtom i världen.

Att arbeta evidensbaserat

Att arbeta evidensbaserat innebär att man som vårdarbetare är tvungen att ta sina egna och sina kollegers erfarenheter på allvar; att aktivt vända sig till varje enskild patient eller klient för att få del av hans/hennes erfarenheter och att hålla sig underrättad om kunskapsutvecklingen inom det fält man arbetar inom.

Att arbeta evidensbaserat innebär inte att tro att svaret på en människas problem enbart finns i en diagnos, i en behandlingsmetod eller en speciell medicin.

Att arbeta evidensbaserat innebär att man intresserar sig för varje patients eller klients livshistoria och det sammanhang som han/hon lever inom.

Varken forskningen, personalen, anhöriga eller brukaren har hela svaret på de problem som de står inför. Ett samarbete med förhandlingar om vad som är problemet och vilka mål man skall ha och möjliga vägar man kan enas om för att uppnå dem, är basen för att kunna arbeta evidensbaserat.

Mycket pekar på att det mest verksamma är att erbjuda de som vänder sig till vården en bred uppsättning av metoder och medarbetare med många olika inriktningar. Medarbetare vars förtroende för sina respektive metoder utgör en av de viktigaste terapeutiska faktorerna.

För att den psykiatriska vården ska utvecklas krävs att evidensbegreppet tas på allvar; det vill säga att forskningen inte bara handlar om metodutvärdering utan att forskningsperspektivet breddas till att omfatta även andra frågor som kräver andra forskningsmetoder samt att personalens och patienters/klienters erfarenhetsbaserade kunskap tas på allvar.

Läsa vidare

Det finns en omfattande litteratur om evidensbaserad medicin, psykiatri och socialtjänst. Här är några tips; de flesta på svenska, men även några på engelska.

På svenska:

Anttila, S. (2007a) Svar på replik från Bergmark och Lundström, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:4, s 312-316.

Anttila, S. (2007b) Slutord, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:4, s 322-323.

Bergmark, A. & Lundström, T. (2006) Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 13:2, s 99-113.

Bergmark, A. & Lundström, T. (2007a) Replik. Kartan och terrängen – Om evidensbaserad praktik som ideal och verklighet, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:1, s 77-82.

Bergmark, A. & Lundström, T. (2007b) Om metaanalyser som styrmedel i socialt arbete, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14:4, s 312-316.

Hydén, M. (2008) Evidence based social work – att sammanställa systematiska kunskapsöversikter, *Socialvetenskaplig Tidskrift*, Vol 15, nr 1, pp 3- 19.

Denhov, A. (2007) *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård – en litteraturöversikt*. Stockholm: FoU-enheten. Psykiatrins Södra.

Socialstyrelsen (2006) *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom – en sammanställning av systematiska översikter*. Stockholm: IMS.

Topor, A. (2006) Vetenskaplighetens dunkla subjektivitet - Om en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen, *Socialvetenskaplig Tidskrift*: 13:3, s 195-211.

På engelska:

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in Lambert, M.J (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Fifth edition), New York: John Wiley & Sons inc.

Luborsky, L. Diguer, L., Seligman, D., Rosenthal, R., Karuse, E., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. & Sweizer (1999) The researchers own therapy allegiance: A wild card in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 6, pp 95 – 106.

McCabe, R. & Priebe, S. (2004) The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings, *International Journal of Social Psychiatry*, vol 50 (2), pp 115-128.

Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes R:B: (2000) *Evidence based medicine. How to practice and teach EBM* (2nd ed.) London: Churchill Livingstone.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002) Mental health services research, in Priebe, S. & Slade, M. (eds.) *Evidence in mental health care*, Hove and New-York: Brunner-Routledge.

Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy, *The New England Journal of Medicine*, 358:3, pp 252-260.

Wampold BE. (2001) *The Great Psychotherapy Debate - Models, Methods and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Forskning som nämns i denna skrift:

Kirsch, I., Deacon, J.B., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J. & Johnson, B.T. (2008) Initial severity and antidepressant benefit: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration, *Plos Medicine*, vol 5, 2, pp 260-268.

Estroff, S. (1989) Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject, *Schizophrenia Bulletin*, Vol 15, no 2, pp 189-196.

Topor, A. (2004) *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy, *The New England Journal of Medicine*, 358:3, pp 252-260.

Åsberg, M. (2000) Placebo inom psykiatrin, in Boström, H. & Dahlgren, H. (red) *Placebo*, Stockholm: Liber/SBU.

Psykiatri Södra Stockholm

Psykiatri Södra är en sektor som ansvarar för att erbjuda psykiatrisk vård till befolkningen i fyra stadsdelar i Stockholms stad.

En medveten strävan inom Psykiatri Södra Stockholm är att erbjuda vård så nära brukarnas ordinarie liv som möjligt. Att möta människor där deras problem uppkommit, för att tillsammans med dem och deras sociala nätverk söka lämpliga lösningar.

Den allmänna inriktningen innebär i praktiken att:

- Vara tillgängliga dygnet runt, sju dagar i veckan.
- Genomföra hembesök och finnas där brukarna finns.
- Erbjuder kontakt med kvalificerade behandlare
- Möta anhöriga, vänner och andra viktiga personer i brukarens sociala nätverk
- Ha tillgång till ett brett utbud av behandlingsinsatser
- Utveckla olika former av samverkan med andra verksamheter och organisationer
- Bedriva kontinuerlig uppföljning av sin egen verksamhet

www.psykiatrisodra.se

FoU-enheten kan nås via alain.topor@sll.se

