



Det' da evident!

Uden dokumentation for effekten risikerer vi, at behandlingen enten ikke virker eller gør mere skade end gavn, påpeger psykolog i Socialstyrelsen. Vi får aldrig garantier, men fortsat udvikling af evidensbaserede indsatser kan være en vej til at blive klogere.

Evidensbaserede indsatser har længe været på dagordenen i rigtig meget socialt og pædagogisk arbejde. Omkring halvdelen af landets 98 kommuner har fx valgt at have evidensbaserede programmer for børn, unge og deres familier som en del af deres tilbudsvifte, og den nationale hjemløsestrategi, der har vist sig at kunne hjælpe ni ud af ti ud af hjemløshed, er funderet på evidensbaserede metoder.

Socialstyrelsen har fra begyndelsen været en del af det mangeartede arbejde på området. Blandt andet har vi siden 2004 arbejdet med en stribe programmer til børn og unge, især med fokus på uddannelse af fagfolk og implementering.

Men hvad mener man egentlig, når man taler om, at en indsats er baseret på evidens? I debatten kommer det indimellem til

$$I^m - y^n = 1 \Rightarrow \rho - \delta = 1$$

$$B_T = F(B_0) + \int_0^T F'(B_t) dB_t$$

$$\frac{(-1)^{n-1} \exp(\pi \sqrt{\frac{n}{5} - \frac{1}{24}})}{2\sqrt{n - \frac{1}{24}}}$$

CENTRALE BEGREBER

- *program* er en ramme om en eller flere metoder. Et program indeholder en detaljeret metodebeskrivelse, som sikrer systematik i den måde, praktikerne anvender programmet på.
- En *metode* er en kendetegnet ved at indeholde struktureret og problemløsende viden, som er konkretiseret i en beskrevet indsats for en bestemt målgruppe. Fx anvendes 'Motiverende interview' som metode i MultifunC-programmet.
- *Evidens*: Både programmer og metoder kan være evidensbaserede. En evidensbaseret indsats er systematisk og har et solidt teoretisk grundlag. Der skal desuden være dokumentation for, at indsatsen kan forventes at have en positiv effekt.

(Kilde: Faglig leder i Socialstyrelsen Jakob Tjalve, Social Fokus, juni 2012)

at lyde, som om evidens er identisk med en positiv effekt. Men at en behandlingsform eller forebyggelsesindsats er evidensbaseret, betyder ikke, at der er garanti for, at den altid virker. Faktisk ved vi, at selv når det drejer sig om 'de bedste' evidensbaserede familieprogrammer – altså dem, der har vist størst effekt – så vil mellem en fjerdedel og en tredjedel af familierne ikke profitere af behandlingen (se fx Scott & Dadds, 2009).

Evidens betyder derimod, at indsatsen dels er systematisk og teoretisk velfunderet, dels at der er forskningsmæssig dokumentation for, at indsatsen har effekt over for en bestemt målgruppe i højere grad, end hvis målgruppen ingen behandling fik, eller i sammenligning med en kontrolgruppe, der har fået 'treatment as usual'.

Det hører også med i billedet, at evidens findes i mange grader – jf. den såkaldte evidensstige, som mange vil kende. Nederst på stigen er der de helt simple før-og-efter-målinger. I den modsatte ende af spektret har vi de såkaldte RCT-studier – dvs. randomiserede forsøg, hvor indsatsgruppen sammenlignes med en kontrolgruppe (lodtrækningsforsøg).

Den højeste evidens for effekt finder vi der, hvor flere uafhængige RCT-studier dokumenterer en sammenhæng mellem en given indsats og et positivt resultat – naturligvis i forhold til sammenlignelige målgrupper og i sammenlignelige kontekster. At en given indsats virker i fx USA, er jo ikke det samme, som at den virker herhjemme – og at den virker over for 14-15-årige, er ikke ensbetydende med, at den vil have den samme effekt over for 9-10-årige. Det vil først skulle undersøges.

Et evidensbaseret tiltag er altså en dynamisk størrelse. Der måles løbende på indsatsen eller behandlingsformen, der sættes måske fokus på at undersøge et delelement særlig grundigt, eller der justeres og udvikles på metoden generelt – måske som følge af forudgående undersøgelser eller for at tilpasse den til nye målgrupper. Man stiller sig selv spørgsmål som: Hvordan kan implementeringen blive bedre? Hvordan motiverer vi familien? Nøjagtig hvilke delelementer eller mekanismer er det, der virker? Hvad vil leffekten være, når der er co-morbide vanskeligheder til stede? osv. Disse spørgsmål undersøges både ved hjælp af kvantitative og kvalitative forskningsdesign – og alt sammen med det mål at blive klogere.

Mange af disse tiltag er stadig i deres vorden, og der er fx heller ikke den samme grad af evidens og forskning bag alle de programmer og øvrige forskningsbaserede indsatser, vi arbejder med i Socialstyrelsen. Fx er forældreprogrammet PMTO efterhånden velbelyst; vi har solide data fra Norge og USA, og tilsvarende er der en omfattende international forskning bag programserien De

>

- > Utrolige År. Når det gælder institutionsprojektet MultifunC, som jeg selv er tilknyttet som psykolog, ved vi derimod endnu ikke så meget.

En langsommelig proces

MultifunC er et behandlingstilbud for unge 14-18-årige i meget svære adfærdsvanskeligheder, herunder kriminalitet eller antisocial adfærd. Programmet indebærer et midlertidigt institutionsophold, hvor der samtidig arbejdes med familien og inklusion i normalsamfundet, og endelig er der et udslusningsforløb.

MultifunC er udviklet i Norge og Sverige og er sat sammen af en række metoder, der hver især er evidensbaserede. Programmet som helhed er det dog ikke endnu, om end effektundersøgelserne fra vores nabolande er på trapperne. Alligevel har vi valgt at afprøve MultifunC herhjemme, fordi det bygger på nogle solide forskningsbaserede principper. Fx er der god dokumentation for, at unge, der er i meget høj risiko for fortsat antisocial eller kriminel adfærd, profiterer af et intenst behandlingsforløb og mulighed for at afprøve deres nye færdigheder i normalsamfundet – fx ved at gå i en almindelig skole og til fritidsaktiviteter, hvor de er i kontakt med almindelige unge.

Andre programmer har en række RCT-undersøgelser i ryggen og kan derved kalde sig evidensbaserede, men vi mangler stadig at undersøge, om disse programmer har samme effekt i Danmark.

Det er en besværlig og langsommelig proces at dokumentere på RCT-niveau, om en indsats virker, men samtidig er det også meget vigtigt. Uden solid dokumentation for, at det, vi gør, rent faktisk virker, er der altid en risiko for, at vi trods de bedste intentioner udfører behandling, der har enten utilstrækkelig virkning eller endog gør mere skade end gavn (se fx Rhule, 2005).

Manualen som støtteredskab

Pædagoger og terapeuter, der arbejder med evidensbaserede metoder, vil ofte bruge manualer i deres arbejde. Hensigten er at sikre, at modtageren af indsatsen rent faktisk får den indsats, der er planlagt, og som evidensen er afhængig af.

Men manualbaseret arbejde eksisterer ikke i et vakuum; manualen virker ikke i sig selv, men er et værktøj, som den dygtige behandler skal bruge i den situation, hvor der er et behov, og det kræver en velfunderet faglighed at anvende den rigtigt. Derfor er der heller ikke tale om, at manualen overflødiggør anden viden, fx om systemisk teori, specifikke målgrupper, tilknytning og udviklingspsykologi generelt.

En manual er – i denne sammenhæng – en detaljeret beskrivelse af, hvordan en given metode udføres i praksis. Men den må

forstås som et støtteredskab i en terapeutisk interaktion og ikke som en blot og bar brugsanvisning, der indebærer, at psykologens øvrige viden, indsigt og evne til refleksion sættes på stand by. Manualen arbejder sammen med terapeutens øvrige færdigheder og står ikke i modsætning til disse.

Det gælder også behandlerens evne til at indgå i en positiv arbejdsalliance med klienten. Manualen kan sætte rammerne, men relationsarbejdet skal fortsat tilpasses klienten, og fx de pædagoger, der arbejder med MultifunC, må – som i så meget andet pædagogisk og terapeutisk arbejde – bruge sig selv for at skabe en tilidsfuld relation til den unge.

En nyere undersøgelse af behandlingen af børn og unge med angst og depression (Langer et al., 2011) underbygger, at kontakten mellem terapeut og klient er mindst lige så god i manualbaserede indsatser som i ikke-manualbaserede; faktisk blev relationen især i den indledende fase vurderet til at være mere velfungerende i den gruppe, hvor der var brugt manual.



Uden dokumentation for effekten risikerer vi, at behandlingen enten ikke virker eller gør mere skade end gavn

I manualbaseret arbejde vil relationen mellem klienten og den professionelle dog aldrig være vigtigere end metoden, sådan som der i andre sammenhænge er argumenteret for (se fx Asay og Lambert, 1999), og det, der er væsentligt i relationen, er ikke så meget personerne selv som det, de er fælles om – nemlig målet for indsatsen.

Hermed er vi tilbage ved udgangspunktet: Målet for indsatserne – eller effekterne af det, vi gør, som psykologer, socialrådgivere, pædagoger m.fl.

Politisk og samfundsmæssigt er der generelt ønske om at bruge ressourcerne så hensigtsmæssigt som muligt. Men først og fremmest har vi et ansvar over for de børn, unge og voksne, som indsatserne er rettet mod. De har krav på at få, hvad der efter bedste viden og vurdering er den mest relevante hjælp. Fortsat udvikling af evidensbaserede indsatser kan være en af vejene til at blive klogere. ■

Sine Møller, psykolog, vejleder på MultifunC i Danmark, Socialstyrelsen