

Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis

Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis

This material originally appeared in English as «Policy Statement on Evidence Based Practice in Psychology». Copyright 2005 by the American Psychological Association. Translated and reprinted with permission of the publisher. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation

Følgende prinsipperklæring ble godkjent for American Psychological Association (APA) av APA Council of Representatives på rådets møte i august 2005. Den ble vedtatt av Sentralstyret i Norsk Psykologforening januar 2007. En gjennomgang av emnene som berøres i prinsipperklæringen, med begrunnelser og referanser som underbygger den, finnes i Report of the Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (se dette nummeret av Tidsskriftet, side 1097).

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.¹ Denne definisjonen av EBPP ligger tett opptil definisjonen av evidensbasert praksis som Institute of Medicine har vedtatt (2001, s. 147), bygget på formuleringen i Sackett og kolleger (2000): «Evidensbasert praksis er integrering av beste forskningsevidens med klinisk ekspertise og pasientens verdier.» Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon.

Beste forskningsevidens

Beste forskningsevidens refererer til vitenskapelige resultater vedrørende intervensjonsstrategier, utredning, kliniske problemer og pasientpopulasjoner fremkommet så vel i laboratoriestudier som gjennom forskning i ordinær tjenesteyting, og dessuten klinisk relevante resultater fra grunnforskning

¹ Id="psykolog07-09b-547">For å være i overensstemmelse med de diskusjoner om evidensbasert praksis som pågår innenfor andre felt i helsevesenet, bruker vi begrepet pasient som referanse til de barn, ungdommer, voksne, eldre voksne, par, familier, grupper, organisasjoner, samfunn eller andre populasjoner som mottar psykologiske tjenester. Vi ser imidlertid at det i mange situasjoner vil være viktige og gyldige årsaker til bruk av begreper som klient, forbruker eller individ i stedet for pasient for å beskrive tjenestemottakere.

innen psykologi og beslektede fagfelt. En betydelig mengde evidens basert på en rekke ulike typer forskningsdesign og metodologier underbygger at psykologisk praksis er virksom. Generelt sett skal evidens som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis, baseres på systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans, og en omfattende underbyggende evidens. Gyldigheten av konklusjoner fra intervensjonsforskning er basert på en generell progresjon fra klinisk observasjon til systematisk oppsummering av randomiserte kliniske forsøk, samtidig som man erkjenner mangler og begrensninger i eksisterende litteratur og dens anvendelighet for det aktuelle tilfellet (APA, 2002). Helsepolitikk og praksis preges også av forskning på områder som folkehelse, epidemiologi, menneskers utvikling, sosiale relasjoner og nevrovitenskap.

Forskere og praktikere må samarbeide for å sikre at tilgjengelig forskning på psykologisk praksis er både klinisk relevant og har indre validitet. Det er viktig at intervensjoner som ennå ikke er undersøkt gjennom kontrollerte studier, ikke anses som uten virkning. Imidlertid må både psykologisk praksis som er mye brukt, og arbeidsmåter som er nyutviklet i praksisfeltet eller i laboratoriet, evalueres grundig, og hindringer for gjennomføring av slik forskning må identifiseres og bearbeides.

Klinisk ekspertise

Psykologenes kliniske ekspertise innbefatter omfattende kunnskap og ferdigheter som fremmer positive terapeutiske resultater. Denne kompetansen inkluderer: a) gjennomføring av utredninger og utarbeiding av diagnostiske vurderinger, systematiske kasus formuleringer og behandlingsplaner, b) klinisk beslutningstaking, gjennomføring av behandling og å følge med på pasientens utvikling, c) inneha og bruke interpersonlig ekspertise, inkludert utvikling av terapeutiske allianser, d) kontinuerlig selvrefleksjon og utvikling av profesjonelle ferdigheter, e) vurdering og bruk av forskningsbasert evidens fra både grunnforskning og anvendt psykologisk vitenskap, f) forståelse av individuelle, kulturelle og kontekstuelle forskjellers betydning for behandlingen, g) anvendelse av tilgjengelige ressurser (f.eks. konsultasjon, støttende eller alternative tjenester) etter behov, og h) ha en solid begrunnelse for de kliniske tilnærmingene. Ekspertise utvikles fra klinisk og vitenskapelig opplæring, teoretisk forståelse, erfaring, egenrefleksjon, kunnskap om ny forskning, og kontinuerlig videreutdanning og opplæring.

Klinisk ekspertise brukes til å integrere den beste forskningsbaserte kunnskapen med kliniske data (f.eks. pasientopplysninger som blir innhentet i løpet av behandlingen) i sammenheng med pasientens egenskaper og ønskemål, for å kunne yte tjenester som med stor sannsynlighet vil kunne nå målene med behandlingen. Helt sentralt for klinisk ekspertise er en bevissthet om egne begrensninger i kunnskaper og ferdigheter og om egne mestringsmønstre og egen forutinntatthet – både kognitive og emosjonelle – som kan påvirke den kliniske vurderingen. Psykologer forstår dessuten hvordan deres personlige egenskaper, verdier og kontekst er i samspill med tilsvarende egenskaper hos pasienten.

Pasientens egenskaper, verdier og kontekst

Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer, sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser. Det er kjent at en rekke pasientegenskaper, f.eks. funksjonsnivå, endringsvillighet og grad av sosial støtte, har innvirkning på resultatene av behandlingen. Andre viktige pasientkarakteristika som må tas hensyn til under etablering og ivaretagelse av en behandlingsrelasjon og gjennomføring av spesifikke intervensjoner inkluderer: a) ulikheter i de henviste problemer eller lidelser, etiologi, parallelle symptomer eller syndromer og atferd, b) kronologisk alder, utviklingsnivå, utviklingshistorie og livsfase, c) sosiokulturelle faktorer og familie-faktorer (f.eks. kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet, rase, sosial klasse, religion, funksjonsstatus, familiestruktur og seksuell orientering), d) sosiale rammebetingelser (f.eks. institusjonell rasisme, ulikheter i helsevesenet) og stressfaktorer (f.eks. arbeidsledighet, store livsbegivenheter), og e) personlige preferanser, verdier og ønskemål knyttet til behandling (f.eks. målvalg, tro, verdenssyn og forventninger til behandlingen). Enkelte effektive behandlingsformer innebærer intervensjoner rettet mot andre personer i pasientens miljø, f.eks. foreldre, lærere og omsorgspersoner. Et sentralt mål ved EBPP er å maksimere pasientens muligheter til å velge blant effektive, alternative intervensjoner.

Kliniske implikasjoner

Kliniske beslutninger skal tas i samarbeid med pasienten basert på den beste klinisk relevante evidens og med hensyn til sannsynlige kostnader, fordeler og tilgjengelige ressurser og alternativer.² Det er behandlende psykolog som før den endelige vurderingen av en bestemt intervensjon eller behandlingsplan. Deltakelse fra en aktiv, velinformert pasient er vanligvis avgjørende for hvor vellykket den psykologiske tjenesten er. Behandlingsavgjørelser skal aldri tas av en person uten opplæring og som ikke kjenner detaljene i saken.

Behandlende psykolog vurderer gyldigheten av forskningskonklusjoner for en bestemt pasient. Enkelpasienters vansker kan nødvendiggjøre avgjørelser og intervensjoner som ikke er direkte behandlet i tilgjengelig forskning. Bruk av forskningsevidens i arbeidet med en bestemt pasient innebærer alltid vurdering av sannsynlighet. Fortløpende observasjon av pasientens utvikling og nødvendig justering av behandlingen er derfor av fundamental betydning for EBPP.

Norsk Psykologforening støtter opp om utviklingen av prinsipper i helsevesenet som samsvarer med dette synet på evidensbasert psykologisk praksis.

Referanser

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

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

Sackett, D. L., Straus, 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.

² Id="psykolog07-09b-549">For enkelte pasienter (f.eks. barn og unge), blir avgjørelser knyttet til henvisning, valg av terapeut og behandlingsmetode, og avgjørelsen om å avslutte behandlingen som oftest tatt av andre (f.eks. foreldre), og ikke av den personen som behandlingen retter seg inn mot. Det betyr at integreringen av evidens og praksis i slike tilfeller sannsynligvis vil medføre informasjonsdeling og beslutningstaking i fellesskap med andre.