



Av: Erik Iversen,  
Forsknings- og dokumentasjonsavdelingen  
Stiftelsen Bergenslinikkene

Et metodemangfold er viktig for å finne effekter av helsefremmende og forebyggende innsatser i skole og samfunn. Forskningen må tilpasses den komplekse virkeligheten som skal undersøkes, mener denne artikkelforfatteren.

## Forskningsevidens og evaluering av tiltak innenfor psykososiale problemområder

Kravet til evidensbasering av helsetjenester, enten det gjelder kurative, forebyggende eller helsefremmende, er både rimelig og vesentlig som grunnlag for å sikre kvalitet i tjenestene og nytte for befolkningen og samfunnet. Både innen medisinen og psykologien er det de siste årene vokst frem en forståelse av evidensbasert praksis, som søker å forene krav til forskningsgrunnlag, krav til klinisk ekspertise, og krav til brukertilpassning og brukermedvirkning (American Psychological Association (APA), 2005; Norsk Psykologforening (NPF), 2007; Iversen, 2008; Rønnestad, 2008; Sackett & al, 1996). Dette innebærer at for å bedrive en god behandlingspraksis må praktiseren ta hensyn til, og integrere, den «beste tilgjengelige forskning» med egen kompetanse og brukerens forutsetninger,

behov og preferanser. Både APA og NPF har nylig vedtatt prinsipperklæringer om evidensbasert praksis som baserer seg på disse prinsippene. Forutsetninger for evidensbasert praksis inkluderer altså både grunnlagskunnskap, spesifikk forskningskunnskap, og kunnskap om brukerens/klientens/pasientens egenskaper, bakgrunn og ønskemål. I prinsipperklæringene slås det også fast at «beste tilgjengelige forskning» viser til forskning som benytter vitenskapelige metoder som er egnet for den problemstillingen som skal belyses. På den bakgrunnen anbefaler APA og NPF et metodemangfold som er egnet til å belyse ulike problemstillinger som grunnlag for forståelsen av «beste tilgjengelige forskning».

«Beste tilgjengelige forskning» er altså

ikke en entydig og uproblematisk størrelse. Ofte ser en at randomiserte kontrollerte forsøk (eksperimentelle forskningsdesign, ofte referert til som RCT), og metastudier av slike, regnes som den ypperste forskningsmetodikken for å finne resultater (effekter) av tiltak mot problemer. Dette kan være vel og bra i mange sammenhenger, særlig der en for eksempel ønsker å prøve ut effekten av forskjellige klart avgrensbare behandlingstiltak (som virkningen av forskjellige medisiner) på klart avgrensbare lidelser (som støvallergi, eller svineinfluensa H1N1) for klart avgrensbare grupper (som friske unge mellom 16 og 25 år, eller gravide kvinner, eller eldre med alvorlige luftveisplager). Styrken med metoden er nettopp at forskjellige tiltaks virkning på avgrensede problemer kan differensieres, for forskjellige målgrupper, og under ganske stor grad av kontroll over andre utenforliggende variabler, og at randomisering vil kunne partialisere ut eventuelle effekter av «uvedkommende» variabler som ikke lar seg kontrollere. Poenget her er altså å isolere sammenhenger mellom enkeltvariabler for i størst mulig grad kunne avdekke kausale relasjoner mellom dem (medisin A gir bedre lindring for støvallergi enn medisin B, hos ellers friske unge i alderen 16 til 25 år). Dette forutsetter at en antar at slike enkle kausalmekanismer er vesentlige i forholdet mellom lidelse og lindring, og at de fleste, eller alle, kontekstuelle variabler er uvesentlige for vurdering av kausaleffekten. Gitt dette, og gitt at metodikken utføres på en god måte, og gitt at det ikke er ulikhet mellom hvilke typer resultater som blir gjort kjent (publiseres), er metastudier av rekker med slike forsøk en god metode for å oppsummere, raffinere og nyansere den samlede kunnskapen som

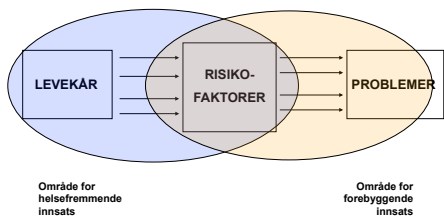
fremkommer av forsøksrekken. Imidlertid, dersom det er slik at det i litteraturen innen et område er en tendens til at studier med positive funn i større grad blir publisert enn studier med negative funn, kan metastudier være en metode som forsterker problemene med selektiv publisering.

Imidlertid, når vi forholder oss til psykisk helse og uhelse, enten det er snakk om trivsel og vekst, mistriivsel, angst, depresjon, psykose eller alvorlig rusproblematikk, er det sjelden en kan anta slike enkle kausalsammenhenger mellom enkeltvariabler. Tvert om, det er for de aller fleste forhold på feltet psykisk helse snakk om svært kompliserte kjeder av sammenhenger mellom mange typer variabler av både fysiologisk, psykologisk, sosial og samfunnsmessig karakter. Dette gjelder utvikling av god helse og forebygging av problemer, så vel som utvikling av problemer, opprettholdelse av problemer, og behandling av problemer. Innen dette feltet er altså relasjoner og kontekst avgjørende for forståelsen av problematikken. Her gir det derfor sjelden stor mening å bare benytte forskningsmetoder som sammenlikner effekter mellom enkeltvariabler, og som er designet for å klare å unngå effekter fra kontekstuelle faktorer. Innen problemområder som har å gjøre med psykisk helse er det ulogisk å betrakte RCT-studier som en gullstandard, slik det ofte gjøres i medisinen. Selv om det klart finnes tilfeller innen psykisk helseforskning der RCT-metodikk er anvendelig og ønskelig, er det vesentlig at andre vitenskapelige metoder enn RCT blir anvendt. Dette gjelder et stort spenn av metoder: Både kvantitative og kvalitative, både longitudinelle populasjons- eller kohortstudier, sur-

veystudier, kasstudier og N=1-studier, både helsetjenesteforskning og biologisk, medisinsk, psykologisk og samfunnsvitenskapelig grunnforskning og anvendt forskning (Levant, 2005). «Evidens» må altså komme fra de forskningsmetodene som best egner seg for å belyse de aktuelle problemstillingene.

Innen psykisk helsefeltet er metode-mangfoldet viktigere enn i noen andre forskningsfelt, nettopp på grunn av den enorme kompleksiteten i selve substansen vi ønsker å bli kjent med. Dette er helt vesentlig innen behandlingsforskning, og er minst like vesentlig når en skal prøve å finne effekter av helsefremmende innsats, og finne effekter av forebyggende innsats. Helsefremmende innsats er i NOU 1991: 10 definert som rettet mot forholdet mellom levekår og risikofaktorer, mens forebyggende innsats er definert som rettet mot forholdet mellom risikofaktorer og problemer (figur 1).

Figur 1. Helsefremming og forebygging



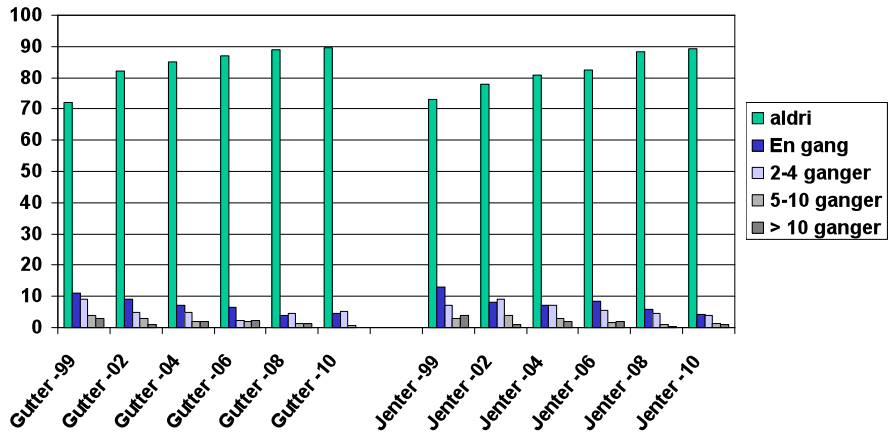
Forskning på hvordan levekår kan føre til utvikling av risikofaktorer, som i neste omgang, kanskje etter flere år, kan føre til at det manifesterer seg problemer, må nødvendigvis bli uhyre kompliserte prosjekter. Levekårene vil jo også omfatte ikke bare negative forhold, men også positive forhold som styrker grupper og individer og som dermed motvirker ut-

vikling av risikofaktorer og/eller problemer. I slike komplekse påvirkningskjeder og –sløyfer, vil det være naivt å anta at det enkelt skulle kunne finnes påvisbare effekter av mindre enkelttiltak som opererer over relativt kort tid (som standard prosjektperioder på tre år). Det er derfor underlig at så mye av evalueringsstudier av psykososialt baserte helsefremmings- og forebyggingstiltak, og kunnskapsoppsummeringer av slike (NOU 2003: 4; Babor & al., 2003; Nordahl & al, 2006) i stor grad baserer seg på effektstudier av enkelttiltak, og med det utgangspunkt at randomiserte kontrollerte forsøk er den beste forskningsmetoden. Det er også påfallende at de tiltak som blir ansett som virksomme i rusforebygging, som statlige monopol, prismekanismer, aldersbegrensninger og salgstidsbegrensninger, ikke først og fremst har evidens fra begrensede metoder som RCT.

I perioden fra 1999 til 2010 har Stiftelsen Bergensklinikkene gjennomført seks rusmiddel-undersøkelser blant 8. og 10. klasser i Bergen, på oppdrag fra Bergen kommune. I denne perioden er bruk av alkohol og andre rusmidler redusert betraktelig i begge aldersgrupper og blant begge kjønn (Iversen & al, 2010), som eksemplifisert i figurene 2 til 5.

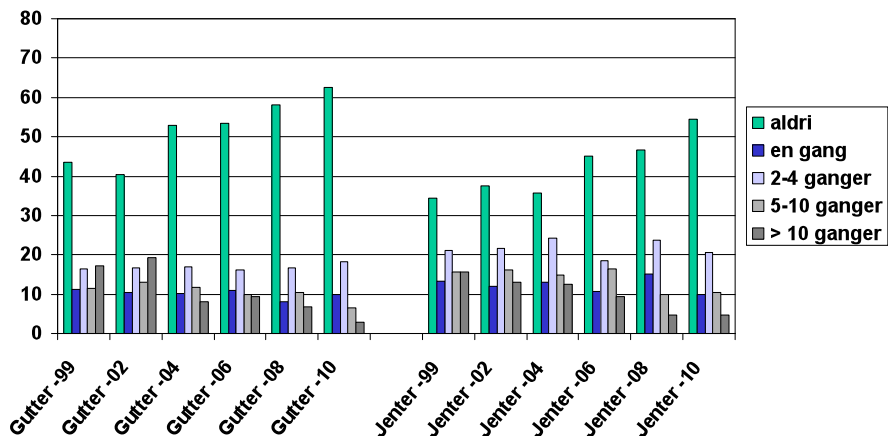
Det er et tankekors at denne utviklingen, som vi også ser i flere andre kommuner på Vestlandet, har skjedd i en periode hvor eksponeringen for alkohol i samfunnet generelt har økt betraktelig. Alkoholkonsumet blant voksenbefolkningen er gått tydelig opp, og det er sannsynlig at unge er eksponert for alkohol i hjemmene sine i større grad enn tidligere. Frekvensen av synlige halvliterte med øl langs byfortau i Bergen (og andre byer) er i pe-

Figur 2. Tydelig beruset siste halvår 8. klasse. Prosent  
Sammenligning av undersøkelser i 1999, 2002, 2004, 2006, 2008 og 2010



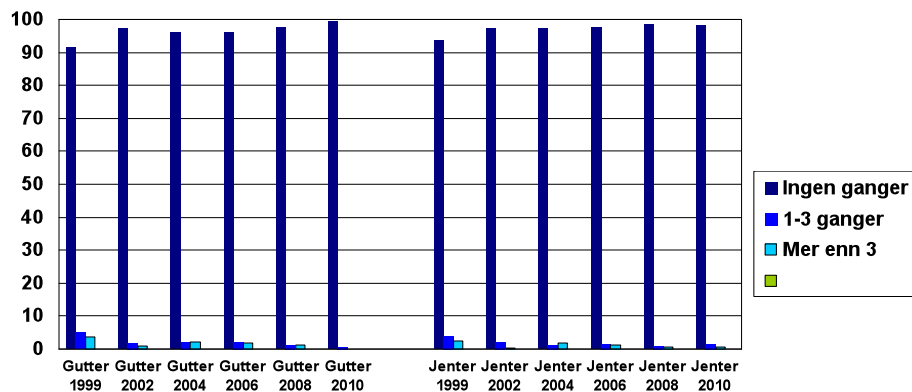
Stiftelsen Bergensklinikkene, 2010

Figur 3. Tydelig beruset siste halvår 10. klasse. Prosent  
Sammenligning av undersøkelser i 1999, 2002, 2004, 2006, 2008 og 2010



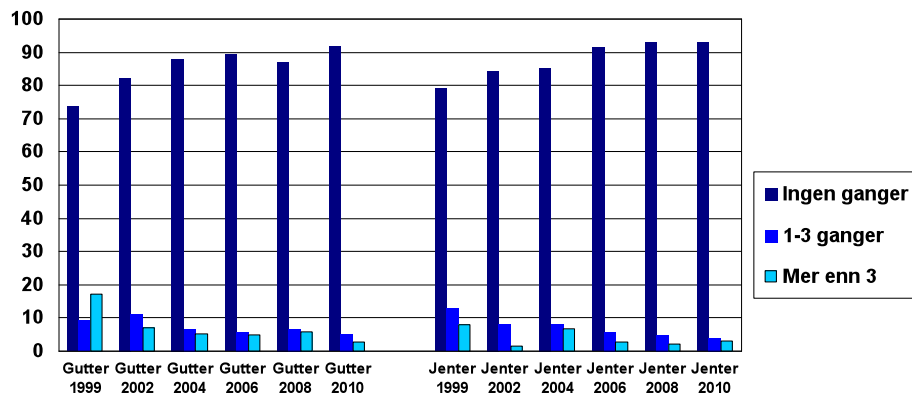
Stiftelsen Bergensklinikkene, 2010

**Figur 4. Bruk av cannabis 8. klasse. Prosent Sammenlikninger 1999, 2002, 2004, 2006, 2008 og 2010**



Stiftelsen Bergensklubbene, 2010

**Figur 5. Bruk av cannabis 10. klasse. Prosent Sammenlikninger 1999, 2002, 2004, 2006, 2008 og 2010**



Stiftelsen Bergensklubbene, 2010

rioden steget eksplosivt. Antall vinmonopolutsalg har også økt i samme periode, og har nå en spredning til mange mindre tettsteder som ikke hadde utsalg for ti år siden. Vinmonopolet oppgir at de i perioden etter 2000 til 2011 har åpnet/vil åpne 143 nye polutsalg, 121 i kommuner uten tidligere pol, 22 i kommuner med tidligere pol. Antallet utsalg vil i 2011 være 273, altså mer enn en dobling siden 2000.

På tross av dette er altså rusmiddelbruk blant ungdomsgrupper gått kraftig ned. Enkelte i det sentrale østlandsområdet/Oslo har foreslått at denne nedgangen kan skyldes økning i innvandrerbefolkningen, som har et annet forhold til rusmidler, og særlig alkohol, enn etnisk norske befolkningsgrupper. Kanskje dette kan være en faktor i Oslo, men kan neppe forklare de til dels store endringene vi ser i Bergen og andre vestlandskommuner som Odda, Stord, Voss og Fitjar. Det kan være mer nærliggende å tenke at vi her ser langtidseffekter av mangfoldet av forebyggingstiltak rettet mot skoleelever og foreldre, som i stor grad har vært implementert på de aller fleste skoler. På tross av at en har vansker med å finne atferdsendringer når en effektevaluerer enkelttiltak over kort tid, noe som egentlig er svært lite overraskende gitt at forskningsmetoden er lite tilpasset problemkompleksiteten, er det tenkelig at kombinasjonen mangfold av teoretisk forsvarlige tiltak, i virksomhet over lengre tid, faktisk kan ha effekter.

Vi kan ikke forebygge komplekse problemer ved å gjøre én ting, én gang, på ett sted, og på én måte. Vi bør derfor heller ikke vurdere effekter av helsefremmings- og forebyggingsevirsomhet ved å studere effekten av ett enkelttiltak over en kort periode.

Vi kan ikke forebygge komplekse problemer ved å gjøre én ting, én gang, på ett sted, og på én måte.

Vi bør derfor heller ikke vurdere effekter av helsefremmings- og forebyggingsevirsomhet ved å studere effekten av ett enkelttiltak over en kort periode.

#### **Om forfatteren:**

*Erik Iversen er Psykologspesialist i samfunnspsykologi.*

*Arbeider i Forsknings- og dokumentasjonsavdelingen i Stiftelsen Bergensklinikkene.*

*Spesialfelt: Helsefremming og forebygging. Evaluering av tiltak og program. Pasient- og klientkartlegging.*

*Medlem i Kvalitetsutvalget i Norsk Psykologforening.*

*Artikkelen er tidligere publisert på [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)*

**Referanser:**

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, P., Gruenewald, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Osterberg, E., Rehm, J., Room, R. and I. Rossow (2003) Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy, Oxford University Press.

Iversen, E. (2008) Landsmøtet ga kvalitetsarbeidet et puff. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45, (2) 176.

Iversen, E., Skutle, A., Knoff, R.V. og Bolstad, A. (2010) Ungdom og rusmidler i Bergen 2010. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Levant, R. F. (Ed.) (2005) Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychological Association. <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>

Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T.M.B. og Rørnes, K. (Red) (2006) Forebyggende innsatser i skolen. Oslo: Utdanningsdirektoratet.

Norsk Psykologforening (2007) Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. <http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutøvere/Fag/Evidensbasert-praksis/Prinsipperklæring-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>

NOU 1991:10. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NOU 2003: 4. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Rønnestad, M.H. (2008) Evidensbasert praksis i psykologi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45, (4) 444-454.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996).

Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 312 (7023), 71-72.

Vinmonopolet (2010) Aktuelt. Informasjonsbrev nr. 1, november.