

UNGSINN

Virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse

Kriterier for klassifisering av evidensnivå dokumentasjonsgrad

Willy-Tore Mørch – RBUP Nord,
Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer – RBUP Nord,
Universitetet i Tromsø

Per Holth – Høgskolen i Akershus

Helene Eng – RBUP Nord, Universitetet i
Tromsø



INNLEDNING

Ungsinn er en kunnskapsdatabase for forebyggende og helsefremmende virksomhet innen barn og unges psykiske helse. Basen er utviklet av Forebyggingsenheten ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Nord) ved Universitetet i Tromsø på oppdrag fra Helsedirektoratet. Ungsinn er webbasert, og er tilgjengelig på www.ungsinn.uit.no.

Målgruppene for Ungsinn er primært fagpersoner og beslutningstakere i tjenesteapparatet, men også forskere og myndigheter. Ungsinn inneholder beskrivelser av helsefremmende og forebyggende tiltak som presenteres i et standardisert format med relevant informasjon for målgruppene. For hvert tiltak gjør Ungsinn også en vurdering av med hvor stor sannsynlighet man kan anta at tiltaket er virksomt. Vurderingen utformes av Ungsinnpanelet, bestående av forskere praktikere og beslutningstakere. Vurderingen tydeliggjøres ved at tiltakene klassifiseres i evidensnivå og dokumentasjonsgrad.

Ungsinns struktur for klassifisering av evidensnivå og dokumentasjonsgrad er utviklet av prosjektets vitenskapelige komité som er ledet av professor Willy-Tore Mørch ved RBUP Nord. For øvrig bestod komiteen av førsteamanuensis Il Simon-Peter Neumer ved RBUP Nord og professor Per Holth ved Høgskolen i Akershus. Strukturene presenteres nærmere i denne brosjyren og er basert på internasjonale anbefalinger om evidensbasert praksis, rapporten "Forebyggende innsatser i skolen", erfaringer fra den nederlandske databasen til Jeugdinstituut, Utrecht og diskusjoner med flere aktører i fagfeltet.

UNGSINNS FORMÅL

Hensikten med Ungsinn er å bidra til kvalitetsøkning av forebyggende og helsefremmende tiltak overfor barn og unge og deres foreldre. Det er en tredelt modell som legges til grunn for dette arbeidet: I: å stimulere til at flere forebyggende tiltak får dokumentasjon på at de er virksomme, II: å informere målgruppene om tilgjengelige virksomme forebyggende tiltak og III: å bidra til oversikter over hvilke områder innen psykiske helse som trenger å styrke sin evidens.

Ungsinn er opptatt av at kriteriene for vurdering av evidensnivå og dokumentasjonsgrad stimulerer tiltakseiere til å skaffe tilveie mer og bedre dokumentasjon enn den som måtte foreligge til enhver tid. Kriteriene skal fungere som en inspirasjonskilde til ytterligere dokumentasjon.

BAKGRUNN

Forståelse av evidensbasert praksis

Det er en økende konsensus både i praksismiljøene og forskermiljøene om at tiltak innen barn og unges psykiske helse må ha best mulig evidens. Det er derfor naturlig – og viktig at en database over forebyggende og helsefremmende aktivitet bygges opp slik at evidensnivå og dokumentasjonsgrad for publiserte tiltak framkommer. Det er imidlertid forskjellige syn på hva som er evidens. Kazdin & Weisz (2003) setter en standard for evidensbasert behandling

ved å forutsette at det er mulig å replikere metoden, at den må være evaluert gjennom velkontrollerte studier og det må være vist at man får de samme (gode) effekter når metoden evalueres av andre forskere. I realiteten legger forfatterne Randomized Control Trials (RCT) design til grunn for evidensbasert behandling.

Society for Prevention Research (SPR) har satt opp standarder for evidens ved å beskrive kriterier for virkningsfulle tiltak (efficacy), effektive tiltak (effectiveness) og tiltak som er klare for allmenn spredning (dissemination). (Flay et al 2005). I denne standarden skal et virkningsfullt tiltak (efficacy) minst ha vært testet i to omfattende eksperimenter der 1) subjektene skal være trukket fra en veldefinert populasjon, 2) det er brukt psykometrisk gode instrumenter og gode datainnsamlingsmetoder, 3) dataene er analysert med rigorøse statistiske metoder, 4) resultatene viser konsistent positive effekter og 5) det blir rapportert minst en langtids follow-up.

Et effektivt tiltak (effectiveness) skal møte alle disse standarder men i tillegg ha 1) manualer og opplæring og materiell slik at en tredjepart kan adoptere og implementere metoden, 2) vært evaluert under naturlige betingelser overfor den målgruppen som metoden retter seg inn mot, 3) ha sannsynliggjort den praktiske betydningen av resultatene av tiltaket (klinisk signifikans) og 4) demonstrert klart til hvem resultatene kan generaliseres. En metode som er klar for en bred spredning skal møte alle standarder for virkningsfulle og effektive tiltak men skal i tillegg 1) påvise at metoden er forberedt til å bli spredt i stor skala, 2) ha informasjon om kostnader, 3) ha evalueringsverktøy slik at organisasjonen kan monitorere implementeringsprosessen. Som vi ser stiller SPR opp et sett med høye standarder for at et forebyggende tiltak skal være evidensbasert.

Den amerikanske psykologforeningen (APA) formulerte en erklæring i 2005 (APA Policy Statement, EBPP) der de setter opp hvilke faktorer som vil sikre en effektiv psykologisk praksis. Den beste forskningsevidensen (Best Research Evidens) følger stort sett SPR sine evidensstandarder. I tillegg settes opp klinisk ekspertise som en forutsetning for effektiv praksis. Dette inkluderer for eksempel observasjoner som grunnlag for kliniske avgjørelser, behandlingsplaner, etablering av terapeutiske allianser, implementering av metoder og monitorering av framgang hos pasienten. Videre at terapeuten anvender selvrefleksjon, bruker forskningsresultater som grunnlag for behandling, forstår betydningen av kulturelle, individuelle og kontekstuelle forskjeller i behandlingen, søker nødvendige ressurser for at behandlingen kan gjennomføres og har en rasjonale for valg av kliniske strategier. Behandlingen vil bli mer effektiv hvis terapeuten tar hensyn til pasientkarakteristikker, verdier og kontekst. Dette inkluderer pasientens spesielle problemer, styrker, personlighet, sosiokulturelle bakgrunn og preferanser. Det inkluderer også variasjon i symptombilde, atferd, alder, utviklingsnivå, kjønn, kjønnsidentitet, sosial klasse, religion, familiestruktur o.a. Avgjørelser skal tas i samarbeid med pasienten, basert på den beste og relevante evidens med hensyntagen til kostnader, utbytte og tilgjengelige ressurser. Disse listene er ikke fullstendige, men illustrerer at APA trekker inn en serie faktorer som har



betydning for at et tiltak skal være så effektiv som mulig. Den norske psykologforeningen har vedtatt en prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis som er en kopi av APA's erklæring. Et slik vedtak styrker behovet for oversikter over tilgjengelige tiltak med deres evidensnivå og dokumentasjonsgrad.

Andre alternative perspektiver på evidens er formulert av for eksempel Woody, D'Souza & Darman (2006) som inkluderer informasjon fra kvalitative studier, plausible teorier og informasjon fra klienter i evidensbegrepet. Vi kan si at disse forskningsmetodene representerer en mer indirekte evidens og utvider evidensbasert praksis til også å inkludere tiltak som får støtte fra kvalitative, teoretiske og kliniske kunnskapsbaser (Veerman & van Ypern, 2007). Vi henviser i tillegg til den debatt som har pågått i Tidsskrift for Norsk Psykologforening de senere årene, som for eksempel aprilutgaven av TNPF i 2008 som i sin helhet er viet evidensbasert praksis (TNPF 2008 Vol 45) og Ekeland (1999, 2001 og 2007)

Ungsinn er bygget opp med en struktur som søker å ta hensyn til de forskjellige alternative oppfatninger av evidensbasert praksis. Men målet må være, foruten å gi relevant informasjon om tilgjengelige tiltak til brukerne, å bidra til at den forebyggende og helsefremmende virksomheten får en så god evidensbase som mulig uten å ekskludere tiltak som er i begynnelsen av sin evalueringsprosess.

DATABASEN TIL NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT, UTRECHT

Jeugdinstituut i Utrecht har utviklet en database som dekker omtrent det samme feltet som Ungsinn er tiltenkt. Databasen har vært i drift i i kortere tid men har hatt anledning til å utvikle seg gjennom erfaring og har allerede vært revidert på bakgrunn av disse erfaringene. Den beskriver 78 tiltak per oktober 2008. Databasen nyter i dag stor anerkjennelse og tiltakseiere tilstreber seg på å få sine tiltak inkludert i basen. Databasens primære mål er å bidra til forbedring av kvaliteten på omsorg og service for barn, unge og deres foreldre. Basens tilnærming er tofoldig: i: overføring av kunnskap og informasjon, ii. En utviklingsmodell for å stimulere til utvikling av kunnskap og informasjon. Tenkningen er at Nederland er et lite land med få evidensbaserte tiltak. Det er derfor viktig at programutviklere setter i gang med enkle design for å komme igang innenfor de ressursrammer og muligheter man har for senere å velge mer sofistikerte design. Databasen skal informere om hele dette spekteret av forskning og motivere til å sette igang mer sofistikerte forskningsdesign. Dette kaller de "en utviklingsmodell for effektivitet av tjenester". Modellen består av fire nivåer for evidens sammen med informasjon om hvilken type forskning som er nødvendig for å oppnå de ulike typer av evidens og en klassifisering av tiltakets effektivitet (Veerman & van Yperen 2007).

KLASSIFISERING AV EVIDENSNIVÅ I UNGSINN

I likhet med den Nederlandske databasen, har Ungsinn en modell med fire evidensnivåer. Disse nivåene er:

Evidensnivå 1: Potensielt virksomt tiltak

Tiltakets elementer er beskrevet i detalj med målsetting, målgruppe, metoder og materiell.

Evidensnivå 2: Sannsynlig virksomt tiltak

På dette evidensnivået foreligger en fornuftig og plausibel rasjonale for at tiltaket har effekt. I tillegg til beskrivelsene som foreligger for nivå 1 er det beskrevet en teori som sannsynliggjør effekt i forhold til målsetninger og målgruppe.

Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt tiltak

På dette evidensnivået er det demonstrert at tiltaket leder til ønskede forandringer i målgruppen. I tillegg til beskrivelsene for nivå 1 og 2 foreligger det systematiske evalueringer gjennomført i Norge.

Evidensnivå 4: Dokumentert virksomt tiltak

På dette nivået er det en sterk evidens for at resultatene i evalueringene er en effekt av tiltaket og ikke av andre faktorer. I tillegg til beskrivelser og forskningsresultater som foreligger for nivå 1, 2 og 3 foreligger det her forskning med en design som sannsynliggjør at resultatene er forårsaket av tiltaket.

KLASSIFISERING AV DOKUMENTASJONSGRAD

Klassifiseringen av dokumentasjonsgraden er delt inn i tre nivåer. Klassifiseringen starter ved Evidensnivå 3 (funksjonelt virksomt tiltak). Dokumentasjonsgraden relateres til forskningsmetoder og visualiseres med stjerner fra ★ (enkle før- og ettermålinger) til ★★★★★ (RCT eller serier med n=1 design). For praktikeren vil dette på en enkel måte informere om med hvilke evalueringsmetoder som er brukt og med hvor stor sikkerhet intervensjonens effektivitet er dokumentert.

BESKRIVELSE AV EVIDENSNIVÅER OG KLASSIFIKASJON AV TILTAKENES DOKUMENTASJONSGRAD

Evidensnivå 1: Potensielt virksomt tiltak

Når et tiltak er et potensielt virksomt, er tiltakets målsettinger og målgruppe beskrevet. Videre er det en tydelig beskrivelse av metoder, teknikker og materiell. Det er flere forskningsmetoder som kan bidra til å klargjøre hvilke komponenter et tiltak inneholder som for eksempel intervju, tekstanalyse, beskrivelser, analyser av observasjoner, kvalitative studier og kassustudier. Denne type forskning kan hjelpe praktikere og ledere til å få en oversikt over tiltaket og hvilke elementer det inneholder. I et forskningsperspektiv vil denne type deskriptiv evidens være helt nødvendig for å kunne gå videre med forskning som tar sikte på å forstå tiltakets rasjonale og om det har effekt. I Nederland antar man at over 1500 tiltak er forsøkt beskrevet i såkalte tiltaksenheter eller tiltaksmoduler på en måte som tilfredsstillende Evidensnivå 1. (Veerman & van Yperen, 2007). Det er grunn til å tro at et stort antall tiltak også kan beskrives i Norge. Praktikere gjennomfører tiltak som de har god erfaring med, men som enten ennå ikke er beskrevet eller som ikke er nedskrevet i den formen som er nevnt ovenfor. Hvis disse tiltakene kan bli beskrevet vil det representere en enorm økning av evidens for tiltak som foregår i praksis samtidig som det danner en solid base for fremtidig forskning. Tiltak på dette nivået betegnes som potensielt virksomme tiltak.

Evidensnivå 2: Sannsynlig virksomt tiltak

Evidensnivå 2 går ett trinn videre fra Potensielt virksomt tiltak (Evidensnivå 1) ved at det foreligger en fornuftig og plausibel rasjonale for at tiltaket har effekt. Det må beskrives en teori som sannsynliggjør effekt i forhold til målsettinger og målgruppe. En slik teori kan foreligge som en allment kjent teori om årsaker til debut av et psykisk helseproblem, for eksempel at teorien om lært hjelpeløshet (learned helplessness) kan føre til depresjon. Det kan også foreligge teoretisk kunnskap på bakgrunn av litteraturgjennomgåelser eller ekspertuttalelser som bekrefter eller styrker kunnskap som figurerer "stilltende" i et faglig samfunn. Et eksempel på dette kan være Norges Forskningsråds ekspertuttalelse om effekter av psykososial behandling av barn og unge med atferdsproblemer som førte til import og implementering av flere psykososiale tiltak overfor barn og unge med atferdsproblemer. At et tiltak er virksomt kan også sannsynliggjøres ved at det foreligger enkle n=1 studier (studerer ett subjekt av gangen) med få subjekter.

Når det bare foreligger internasjonale studier av tiltaket eller når man bare baserer seg på internasjonal forskning vil tiltaket tilhøre dette evidensnivået. Med dette ønsker vi å signalisere at vi ikke slår oss til ro med internasjonal forskning, men ønsker å stimulere til norsk forskning.

En plausibel teori vil gi praktikerens hjelp til å begrunne hvorfor tiltaket skulle ha effekt overfor en spesiell klient. Nivå 2 er en helt essensiell plattform for å komme videre i utviklingsmodellen for evidensbasert kunnskap. En plausibel teoretisk rasjonale er veiledende for hvilke type effekter man kan forvente i forskjellige målgrupper og hvilke mekanismer som kan føre til

forandringer. Hvis det ikke foreligger noen som helst evidens for at tiltaket har effekt, vil en plausibel teoretisk rasjonale kunne overbevise beslutningstagere om å avsette ressurser til å prøve ut metoden. Tiltak på dette nivået vil bli betegnet som et sannsynlig virksomt tiltak.

Evidensnivå 3: Funksjonelt virksomt tiltak

Funksjonelt virksomme tiltak har alle kriteriene som er beskrevet for nivå 1 og 2 (detaljert beskrivelse av tiltaket og en plausibel teoretisk rasjonale for tiltaket). I tillegg har tiltak på dette nivået systematisk evaluering som viser at man får de ønskelige forandringer i målgruppen. Dette betyr at man gjennom tiltaket har nådd sine mål, problemene er redusert og målpersonene er fornøyd. Det finnes et utall av metoder for å gjøre slike evalueringer. Noen av disse er brukerfornøydhetsundersøkelser, før- og ettermålinger og andre måloppråelsesundersøkelser for eksempel nedgang i re-innleggelse. Dette er evalueringer som viser at noe har skjedd etter at tiltak ble iverksatt og at det er positivt det som har skjedd. Slike evalueringer kan brukes til å forbedre kvaliteten på tilbudet i organisasjonen.

På dette evidensnivået åpnes det opp for at designet kan forbedres ved å legge til en eller annen form for referansemål for måloppråelse (starten på klassifikasjonsnivåene). En referansestudie (benchmark study) kan være å sammenligne gjennomsnittsresultater av det utvalgte tiltaket med resultatene fra et randomisert kontrollgruppedesign (RCT) som viser signifikant bedre effekt for et lignende tiltak for det samme psykiske helseproblem. Hvis gjennomsnittsresultatet i tiltaket ligger høyere enn kontrollgruppen i RCT studien er dette et viktig signal om at tiltaket har effekt. En normreferansestudie vil innebære at man sammenligner resultatet av tiltaket med en norm, for eksempel at en viss andel av klientene er fornøyd (95 %), at 90 % av klientene nådde målsetningene for behandlingen eller at 80 % av klientene skårer i normalområdet målt med et standardisert instrument. I theory of change studier kan effekten av et spesielt behandlingselement undersøkes gjennom korrelasjonsstudier. I dose-respons studier avklares hvilket minimum av behandlingssesjoner (dose) som må til før man får den ønskede effekt. I et kvasiexperimentelt design testes effekten av et tiltak ved å sammenligne med en plasebo-, sammenlignings-, eller ventelistekontrollgruppe uten at gruppene nødvendigvis er randomiserte. På dette evidensnivået finner vi også serier med n=1 studier eller multiple baselinestudier. Single subject design (n=1) kjennetegnes ved at subjektet blir grundig observert på viktige resultatmål før tiltaket iverksettes (baseline) og observasjonene fortsetter etter tiltaket har startet.

Gjennom disse designene får praktikere systematisk tilbakemelding om effekter av tiltaket både på individ og på gruppenivå og muliggjør systematisk overvåkning av tiltaket og modifiseringer av det. Disse designene kan imidlertid ikke sannsynliggjøre at effektene primært er forårsaket av tiltaket. Dokumentasjon av årsakssammenhenger forutsetter at andre mulige årsaker til forandring er eliminert eller kontrollert for. Design på evidensnivå 3 gir likevel forskeren en sterk indikasjon på at tiltaket påvirker resultatet slik at man har en foreløpig evidens på effektivitet. Dette gjelder spesielt hvis et design på evidensnivå tre er

gjentatt under mange forskjellige betingelser og replikert av forskjellige forskergrupper.

Tiltak på evidensnivå 3 skal ha en klar implementeringsstrategi som tar hensyn til tilbudsorganisasjonens struktur og ressurser.

Funksjonelt virksomme tiltak vil klassifiseres i dokumentasjonsgrad ★, ★★ og ★★★ avhengig av forskningsmetode. For eksempel vil enkle før- og ettermålinger få klassifikasjonen ★. Hvis tiltaket også er evaluert med referansestudie eller "theory of change" studie gis klassifikasjonen ★★ og ved et kvasiexperimentelt kontrollgruppedesign med oppfølgingsmålinger etter 6 mnd eller serier med n=1 og multiple baseline design klassifikasjon ★★★.



Evidensnivå 4. Dokumentert virksomt tiltak

Tiltak i evidensnivå 4 tilfredsstillende kravene til evidensnivå 1 (beskrivelse), 2 (teoretisk rasjonale) og 3 (demonstrasjon av at tiltaker leder til ønsket resultat).

For at et tiltak skal bli bedømt til å være dokumentert effektivt trengs det forskningsdesign som sannsynliggjør at resultatet av et tiltak er forårsaket av tiltaket. Det er tre design som tilfredsstillende dette kravet. Randomisert kontrollgruppe design (RCT) kjennetegnes ved at metoden for valg av subjekter til gruppene som skal sammenlignes sikrer at gruppene er sammenlignbare på viktige variabler. Dette sikrer en høy intern validitet. Avbrutte tidsserieanalyser innebærer at det tas en serie datapunkter som avbrytes gjennom et eller flere tiltak (såkalte A-B, ABA, ABC design der A er baseline og B, C osv representerer forskjellige tiltak). Hvis det framkommer systematiske forandringer på resultatmålene som følge av tiltakene på en stor serie av $n=1$ studier (minst 9 subjekter), er dette en sterk evidens for at det er tiltaket som forårsaker resultatene og kan som effektivitetsmål sammenlignes med et RCT design. Avbrutte tidsseriedesign vil også være et nyttig supplement når tidsseriestudier gjøres i forhold til grupper av individer, for eksempel skoleklasser. Longitudinelle kohort-studier innebærer at en kohort (eks. en aldersgruppe barn) utgjør kontrollbetingelsene for en annen kohort for samme aldersgruppe på et senere tidspunkt.

Studier under spesielt tilrettelagte betingelser (efficacy studier), kjennetegnes ved at de utføres i universitetskontekst med spesielt trentede terapeuter og med klientutvalg med "rene diagnoser", ofte rekruttert gjennom annonser eller aktiv selektiv rekruttering av forskerne. Det er vanligvis programutviklere som gjennomfører efficacy studier som den første test på om tiltaket er årsak til resultatene. Da er den eksterne validiteten lav (generaliserbarhet). Effektivitetsnivået ved evidensnivå 4 øker betydelig når studiet er utført under naturlige betingelser og av uavhengige forskere og dermed øker også den eksterne validiteten. Dette innebærer at forskningen foregår i en ordinær klinikk eller annet praksissted (normal ressurstillgang) med et klientutvalg som er representativt for de henviste klienter (med normal komorbiditet) og at tiltaket er gjennomført av klinikkens ordinære praktikere. Praktikerne vil ha nytte av evidensnivå 4-evalueringer for å få et bedre bilde av hvilke tiltak som er virksomme på hvilke klientgrupper. Denne type kunnskap kan hjelpe til med å tilpasse tiltaket til klientkarakteristika. For forskeren er nivå 4 evaluering nødvendig for å validere tiltakets teoretiske basis og derved bidra til å få mer generell kunnskap om mekanismene bak de terapeutiske effekter.

Dokumentert virksomme tiltak vil få klassifikasjonene ★★★★★ eller ★★★★★.

RCT (efficacy) studier og avbrutt tidsseriedesign og fortløpende evaluering av implementeringsprosessen vil få klassifikasjonen ★★★★★. Hvis studien i tillegg er replikert av minst én uavhengig forsker under naturlige betingelser (efficiency studium) klassifiseres tiltaket med ★★★★★.

ØNSKEDE TILLEGGSKVALITETER VED EVALUERINGEN

Tiltak som er plassert på evidensnivå 4 og dokumentasjonsgrad ★★★★★ møter alle kriteriene for nivåene 1 til 4. Det vil si at de er godt beskrevet (1), har en plausibel teori (2), har demonstrert at tiltaket fører til måloppnåelse (3) og har dokumentert at tiltaket er ansvarlig for resultatene (4), inkludert replikasjon av minst én uavhengig forsker og under naturlige betingelser. Til tross for en evaluering av denne høye standarden er det ønskelig at et tiltak utsettes for ytterligere forskning som gir oss mer kunnskap om tiltakets validitet. Det er også ønskelig med kunnskap om konsekvenser av implementering av tiltaket i et gitt miljø. Det er således ønskelig, men ikke nødvendig at følgende spørsmål er besvart gjennom forskning: Hva er langtidseffektene av tiltaket (mer enn ett år)? Hva er nytten av tiltaket i forhold til kostnadene (kostnad-nytte analyser). Er det en lavere insidens av det psykiske helseproblem som skal forebygges etter langtidsbruk av tiltaket (for eksempel etter 5-10 år)? Opprettholdes tiltaket over tid med høy integritet og kvalitet (program fidelity). Er det spesielle elementer ved tiltaket som er kritisk viktige for å få optimal effekt (elementanalyse)? Har implementeringen av tiltaket hatt effekter på organisasjonens arbeidsformer, organisering og ressursbruk (kvalitative analyser)? Inngår evaluering av tiltaket i meta-analyser, som derved sammenholder tiltakets effekter med effektmåling av andre tiltak?

Tilleggsevalueringer av denne art styrker tiltakets validitet og effektivitet og blir eksplisitt beskrevet i databasen som en del av vurderingsgrunnlaget for kvalitetsklassifikasjonen.

KUNNSKAPSBASERT OG FORSKNINGSBASERT PRAKSIS

Tiltak på evidensnivå 1 og 2 vil antagelig representere det man kaller kunnskapsbasert praksis mens tiltak på Evidensnivå 3 antagelig vil kunne kalles forskningsbasert praksis. Gjennom konstrueringen av Ungsinn ønsker vi imidlertid å vise at evidens kan skaffes tilveie på mange forskjellige nivåer og med mange forskjellige forskningsmetoder. Vi velger derfor å kalle tiltak på Evidensnivå 1 og 2 for tiltak som har evidens og ikke reservere evidensbaserte tiltak bare for tiltak på Evidensnivå 4 med fem stjernes dokumentasjonsgrad. Etter vårt syn avsporer en slik begrensning evidensdebatten og skaper unødig konflikt i fagmiljøene. Ungsinn ønsker imidlertid å visualisere gjennom sin struktur både kompleksiteten i forskning på høyt nivå og overkommeligheten av å gjøre verdifulle evalueringer med enklere metoder og design og som bringer et tiltak høyere opp i evidensnivåene.

TILTAK MED NEGATIV EFFEKT

Ungsinn har også kategorien "Negativ effekt" fordi det en gang i mellom publiseres evalueringer som, på et høyt evidensnivå, påviser at enkelte tiltak har negativ effekt på tiltakets hovedmål. Kravet fra praksisfeltet om at tidsskriftene i større grad tillater å publisere 0-effekt studier og studier med negativ effekt tilsier at det kan bli en økende publiseringsrate med slike studier. Det er et alvorlig etisk problem at tiltak med påvist negativ effekt anvendes i praksisfeltet. Tiltak i denne kategorien skal ha et forskningsgrunnlag som tilsvarer kvalitetsklassifisering ★★★ på evidensnivå 3. (kvasiekperimentelt kontrollgruppedesign med 6 mnd. follow-up).

Tabell 1. Evidensnivåer

<i>Evidensnivå</i>	<i>Evidenstyper</i>	<i>Forskningsmetoder</i>
<i>4. Dokumentert virksomt tiltak</i>	<i>Som i 1, 2 og 3 men det foreligger sikker evidens på at tiltaket forårsaker forandringene</i>	<i>Randomiserte kontrollgruppedesign (RCT efficacy og efficiency). Avbrutte tidsseriedesign, longitudinelle kohortstudier. Ønskede tilleggsstudier</i>
<i>3. Funksjonelt virksomt tiltak</i>	<i>Som i 1 og 2 men har demonstrert at tiltaket fører til ønskede resultater</i>	<i>Kvasieksperimenter med kontrollgrupper, theory of change, referansestudier, normstudier. Før- og ettermålinger, serier med n=1 studier (multiple baseline design)</i>
<i>2. Sannsynlig virksomt tiltak</i>	<i>Som i 1, men tiltaket har en teoretisk rasjonale</i>	<i>Reviewer, litteraturgjennomgøelser, ekspertuttalelser, enkle n=1 med få subjekter. Baserer seg bare på internasjonal forskning</i>
<i>1. Potensielt virksomt tiltak</i>	<i>Eksplisitt beskrivelse av tiltaket (mål, målgrupper, metoder, materiell)</i>	<i>Deskriptive studier, observasjoner, dokumentanalyse, intervjuer, kvalitative studier, kasusbeskrivelser</i>

Tabell 2. Klassifikasjon av dokumentasjonsgrad

<i>Dokumentasjons-grad</i>	<i>Forskningsgrad</i>	<i>Ønskede tilleggskvaliteter for Kvalitetsnivå 5 ★★★★★</i>
★★★★★	<i>RCT under naturlige betingelser (efficiency). Studien er replikert av minst én uavhengig forsker og har 1 års oppfølging</i>	<i>Langtidsoppfølging >3 år, kostnad-nytteanalyser, insidensberegning, "program fidelity"-forskning, elementanalyser, kvalitative analyser, organisasjonsanalyser, meta-analyser</i>
★★★★	<i>RCT efficacy studium, avbrutte tidsserieanalyser, 1 års oppfølging. Longitudinelle kohortstudier</i>	
★★★	<i>Kvasieksperiment med kontrollgruppe og 6 mnd. oppfølging</i>	
★★	<i>Referansestudier, theory of change, normstudier</i>	
★	<i>Enkle før- og ettermålinger, serier med n=1 (multiple baseline)</i>	

Tabell 3. Evidensnivå knyttet til klassifikasjon av dokumentasjonsgrad

<i>Evidensnivå</i>	<i>Forskningsmetode</i>	<i>Dokumentasjonsgrad</i>
4. Dokumentert virksomt tiltak	<i>RCT under naturlige betingelser (efficiency), replikert av minst én uavhengig forsker og 1 års oppfølging</i>	★★★★★
	<i>RCT laboratoriestudie (efficacy), avbrutte tidsserie-design, 1 års oppfølging. Longitudinelle kohortstudier</i>	★★★★
3. Funksjonelt virksomt tiltak	<i>Kvasiekseptiment med kontrollgrupper</i>	★★★
	<i>“Theory of change”-studier, referansestudier, normstudier</i>	★★
	<i>Enkle før- og ettermålinger, serier med n=1 (multiple baseline)</i>	★
2. Sannsynlig virksomt tiltak	<i>Reviewer, litteraturgjennomgørelser, ekspertuttalelser, enkle n=1 med få subjekter. Baserer seg bare på internasjonal forskning</i>	
1. Potensielt virksomt tiltak	<i>Deskriptive studier, observasjoner, dokumentanalyser, intervjuer, kvalitative studier, kassustudier</i>	

PROSEDYRER FOR VURDERING OG PRESENTASJON AV TILTAK

Beskrivelse av tiltakene

Tiltakene beskrives av en av Ungsinns forfattere i Ungsinns standardiserte format. Ungsinns administrasjon foretar rekrutteringsarbeidet og innhenter all basisinformasjon fra tiltakseier. Tiltakseier fyller ut et spørreskjema med grunnleggende informasjon om tiltaket (målgrupper, hva tiltaket forebygger, teoretisk grunnlag, publisert dokumentasjon, tilbudsarena osv) og vedlegger relevant materiell (tiltaksbeskrivelse, eventuelle manualer, forbruksmateriell osv.)

Ungsinnforfatteren vil bruke det tilsendte materialet som grunnlag for sin beskrivelse, men kan også søke informasjon gjennom andre kanaler. Tiltakseiers ansvar vil være å formidle skriftlig informasjon, manualer, materiell og tilgjengelig dokumentasjon til Ungsinn og være tilgjengelig i beskrivelses- og vurderingsprosessen. Når Ungsinnforfatteren har laget et utkast til beskrivelse vil tiltakseier bli invitert til å kvalitetssikre denne før den publiseres i basen. På denne måten oppstår det en ballansegang mellom tiltakseiers og Ungsinns innflytelse på fremstillingen av tiltaket. Det er allikevel Ungsinn som er ansvarlig for beskrivelsen.

Klassifisering av tiltakene

Klassifiseringen og vurdering av tiltakene foretas av Ungsinnpanelet. Ungsinnpanelet består av panelets leder, Ungsinns redaktør, Ungsinnforfattere, én representant for beslutningstakere i kommunen, én fra kommunal praksis og én representant fra spesialisthelsetjenesten. Ungsinnpanelet gjør klassifiseringen og vurderingene samlet i møte, og vil ha 3-4 møter i året. Forfatteren som har beskrevet tiltaket saksforbereder til Ungsinnpanelet.

Ungsinnforfatternes kvalifikasjoner og habilitet

Ungsinnforfatterne er trenede og høyt kvalifiserte fagfolk. Kvalifikasjonene inkluderer kunnskap om forebyggende virksomhet i psykisk helsearbeid, teoretisk kompetanse som er relevant for fagfeltet og forskningskompetanse. Noen av forfatterne har også erfaring med implementering av helsefremmende eller forebyggende tiltak.

For hvert tiltak som skal beskrives i Ungsinn vil redaktøren fordele beskrivelsen til den av forfatterne som har mest kunnskap om det aktuelle temaområdet. Av habilitetshensyn vil imidlertid ikke et tiltak kunne beskrives av tiltakseier eller av forfatter som samtidig er eller har vært engasjert med å evaluere det aktuelle tiltaket. Tiltakseier vil få vite hvem som skal være forfatter for sitt tiltak, og kan be om å få en annen forfatter ved særlige grunner.

Dialog og rådgiving gjennom skriveprosessen

Dialogen mellom tiltakseier og forfatter gjennom skriveprosessen er også ment å kunne være veiledende for tiltakseier dersom han ønsker det. Forfatteren kan være en diskusjonspartner om forbedringer av beskrivelser eller ytterligere evalueringer av tiltakene.

Oppdatering av Ungsinn

Ungsinn vil invitere årlig alle tiltakseiere som har tiltak i databasen til å sende inn eventuelle revisjoner og evalueringer av tiltakene med sikte på oppgraderinger i basen. Programutviklerne kan også på eget initiativ søke om oppgraderinger.

REFERANSER

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006).

American Psychologist, 61, 271-285.

Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based Psychotherapies for Children and Adolescents*. NY: Guilford Press.

Veerman, J.W. & van Yperen, T.A. (2007). *Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.

Woody, J.D., D'Souza, H.J. & Dartman, R. (2006). *Do Master's in Social Work Programs Teach Empirically Supported Interventions? A Survey of Deans and Directors. Research on Social Work Practice*, 16. 469-479.

The Ministry of Health and Care Services and the Ministry of Education and Research. *Forebyggende innsatser i skolen [Preventive work in schools]* (2006)

UTGITT AV

Forebyggingsenheten

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Nord)

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

Oktober 2008

Kontaktadresse:

Forebyggingsenheten

Tlf: 77 64 58 79

Regionsenter for barn og unges
psykiske helse (RBUP Nord)

Tlf: 77 64 58 50

E-post: post.rbup@fagmed.uit.no

Web: rbupnord.uit.no

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Tlf: 77 64 40 00