

Alain Topor & Anne Denhov

AT ARBEJDE EVIDENSBASERET EN INTRODUKTION

OM ERFARINGER, PRAKSIS OG VIDENSKAB

Oprindeligt udgivet af
FoU-enheten inom Psykiatri Södra Stockholm,
SLSO, Stockholms Läns Sjukvårdsområde, 2008.

Udgivet på dansk, med enkelte justeringer til danske
forhold samt opdateringer af litteraturhenvisningerne
iflg. aftale med forfatterne, af Dansk Selskab for
Psykosocial Rehabilitering, 2014.

Dansk oversættelse og redigering: Pernille Jensen, 2014.

Layout: Mark Gry Christiansen

ISBN nr. 978-87-994728-3-3

Den trykte udgave af publikationen koster 25 kr.
og kan bestilles på www.psykosocialrehabilitering.dk.

Forord

Af Agnete Neidel & Pernille Jensen

Evidens er et ord, som ofte bruges til at lukke en diskussion. Med dette lille hæfte forsøger vi at gå den modsatte vej; at åbne for en diskussion, som vi har brug for, og hvor facit langt fra er givet på forhånd.

Det er ikke et nyt fænomen at dokumentation, og i denne sammenhæng også tanken om evidensbaserede metoder, er kommet i fokus på det sociale område, herunder i den indsats som i Danmark oftest blev benævnt socialpsykiatrien. Allerede tilbage i 2000 udgav det daværende Videnscenter for Socialpsykiatri bogen 'Kvalitet i Socialpsykiatrien' i sin første udgave, og det var på mange måder et forsøg på at kvalificere praksis, bl.a. ved at systematisere og reflektere over viden. En bestræbelse, som også kom til syne gennem mange spændende tilløb til praksisforskning og i det hele taget en voksende selvbevidsthed inden for det psykosociale indsatsområde.

Dokumentation og evidens er centrale begreber når man ønsker at tale systematisk om, hvorvidt det, man gør i det psykosociale arbejde, gør en positiv forskel for dem indsatserne er rettet imod. Det er, ikke mindst for dem der modtager støtten, et vigtigt spørgsmål, som praksis og forskning bør beskæftige sig med. For tiden er diskussionen om evidens dog meget domineret af et naturvidenskabeligt paradigme, hvor kvantitative effektmålinger – med randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) som den ypperste repræsentant – står som det dominerende svar på, hvordan man kan arbejde med dette spørgsmål. Det giver anledning til et øget behov for

at nuancere og åbne diskussionen af, hvordan vi kan forstå evidens uden for laboratoriet og i andre kontekster end dem, vi kender fra traditionen for den kliniske afprøvning.

For os at se, er der ingen tvivl om, at evidens for at være meningsfuld, må inkludere så meget andet end randomiserede, kontrollerede undersøgelser. RCT kan bestemt noget, men ikke alt. De kan for eksempel ikke sige noget om, hvorfor en indsats virker eller hvordan den opleves af brugere og medarbejdere. De kan heller ikke bruges til at udvikle ny viden 'nedefra', som kan danne afsæt for at gentænke indsatserne og skabe nye veje i det sociale arbejde. Komplekse indsatser må desuden undersøges med metoder, der er følsomme overfor kompleksiteten og gør os klogere på, hvad der virker. Og vi må have øje for, at det langt fra er sikkert, at det er den enkelte ingrediens, der er 'the magic bullet', det er måske netop kombinationen af ingredienser, der er det virkningsfulde?

I dette lille skrift peger forfatterne på nogle helt fundamentale vilkår, som må være til stede for at kunne tale om evidensbaseret praksis, og ikke bare som et smart slogan, men som et efterstræbelsesværdigt mål. Det kræver for os at se en langt bredere refleksion, og en åbning af diskussionen, fagfolk imellem, men sandelig også med inddragelse af dem, der 'udsættes' for denne praksis og dem, der træffer beslutninger om, hvilke former for praksis, der skal fremmes.

Agnete Neidel er Ph.d. og faglig konsulent i Socialstyrelsen. Pernille Jensen er cand.pæd.anth. og udviklingsleder ved Bo- og Rehabiliteringstilbuddet Orion, Region Hovedstadens Psykiatri.

Turbulens om evidens

Gennem de sidste år er der opstået voksende og gentagne krav om, at de indsatser, som psykiatrien og den sociale sektor tilbyder brugerne, skal være evidensbaserede.

Hvad betyder 'evidensbaserede'?

I den mest enkle forstand betyder evidensbaserede indsatser, at disse skal være til hjælp for brugerne i forhold til de problemer, de slås med. De skal være effektive.

Med dette perspektiv i mente er bestræbelserne på, at indsatserne skal være evidensbaserede, både indlysende og svære at modsige.

Alligevel er der opstået en del turbulens om dette spørgsmål.

I denne tekst prøver vi at rede begreberne ud.

De tre kilder til evidensbaserede indsatser er:

- Forskningsresultater
- Erfaringer fra medarbejderne i praksis
- Brugerens erfaringer

De tre kilder til evidensbaseret praksis

I alle møder, hvor en person søger hjælp hos nogen, der er ansat til at hjælpe ham/hende, opstår en situation, hvor man skal afgøre, hvilke indsatser, der skal gøres brug af. Hvordan går man til værks, når en sådan beslutning skal træffes? Det foregår sandsynligvis på mange forskellige måder. Den tanke, der ligger bag, når man siger, at indsatserne skal være evidensbaserede, er et forsøg på tydeliggøre, hvor sådanne valg bør foregå.

For at nå frem til hvilke indsatser, der egner sig bedst til en bestemt person, har man brug for viden, som må hentes fra tre forskellige kilder (1). Det er ikke tilstrækkeligt at hente sin viden fra en eller to af disse kilder; ikke hvis man vil arbejde evidensbaseret.

De tre kilder er:

- Forskningsresultater
- Erfaringer fra medarbejderne i praksis
- Brugerens erfaringer

Herom er mange fremstående forskere enige, ligesom det er denne forståelse af evidensbaseret praksis som i Sverige fremgår af officielle dokumenter fra Socialstyrelsen og Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU).

Evidensbaserede indsatser kan altså aldrig bestå i, at én indsats eller én metode skal passe til alle brugere; uanset om de måtte have samme diagnose eller samme funktionsnedsættelse og behov. Evidensbaserede indsatser er altid individuelle og dermed forskellige fra person til person.

Forskning

Der findes en omfattende forskning med det formål at nå frem til de mest effektive behandlingsformer i forhold til forskellige problemer.

Der findes også en udbredt forestilling om, at forskning kan nå frem til entydige svar på hvilke typer af indsatser, som er bedst. Forskning spiller en afgørende rolle i at afprøve forskellige metoders effekt, men også deres bivirkninger. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne i psykiatrien og i den sociale sektor samt brugerne og deres pårørende har adgang til forskningsresultaterne.

Men forskningen har ikke svar på alle spørgsmål.

Længslen efter klare, entydige og objektive fakta er stor, men kan sjældent tilfredsstilles.

Forskningsresultater er ofte modstridende eller vanskelige at tolke. Nyere forskningsfund stiller spørgsmålstejn ved tidligere.

Forskning og forskningsresultater befinder sig heller ikke i et socialt tomrum.

Forskning påviser, at det ikke er al forskning, som bliver publiceret, og at det heller ikke er nogen tilfældighed, hvad som bliver offentliggjort, og hvad som ikke bliver det (2). Lægemiddelindustrien finansierer betydningsfulde dele af forskningen. Psykologisk og social forskning har langt færre midler og dermed sværere ved at hævde sig.

Forske kan man gøre på mange måder. Valget af forskningsmetode afhænger især af hvilket spørgsmål man vil undersøge.

Forske kan man gøre på mange måder. Valget af forskningsmetode afhænger især af, hvilket spørgsmål man vil undersøge.

Der er en tendens i tiden til at vurdere en bestemt *forsknings*metode højest, den kaldes det randomiserede kontrollerede forsøg eller på engelsk “Randomised Controlled Trial” ofte forkortet RCT.

I ekstreme tilfælde hævdes det, at alene resultater fra sådanne undersøgelser giver viden om, hvad der bør være evidensbaseret *praksis*. I så fald vælger man altså at se bort fra de to andre kilder til evidensbaseret praksis. Det er desuden en mærkelig måde at underkende en betydningsfuld del af den forskning, som bedrives.

Ved et randomiseret, kontrolleret forsøg opdeles forsøgspersoner tilfældigt i to grupper, hvor den ene gruppe får en bestemt indsats og den anden ikke gør. Fordi tilfældet har afgjort, hvilken gruppe personerne havner i, regner man med, at andre faktorer, som kan påvirke resultaterne, vil være ligeligt fordelt i de to grupper. Eventuelle forskelle mellem de to gruppers resultater må derfor anses for at bero på indsatsen.

RCT er en passende metode, når man eksempelvis vil afprøve lægemidler. Den ene gruppe får den medicin, som man vil teste, og den anden gruppe får den medicin, som allerede anvendes til patienter med denne diagnose. Hverken dem, der deler medicinen ud eller patienten/forsøgspersonen ved hvilken gruppe, som får hvilken medicin. Selv forskerne må ikke vide det. Alle er 'blindede' for at undgå, at resultatet påvirkes af deres forhåndsopfattelse.

Hvis flere patienter helbredes uden alt for mange bivirkninger af den nye medicin end af den gamle, så kan man sige, at den nye medicin er mere effektiv end den gamle.

Men det, som kan fungere ved medicinuddeling, lader sig ikke gennemføre, når det eksempelvis gælder psykoterapeutiske eller psykosociale indsatser. Ingen kan være 'blind' i en social situation.

RCT er altså en oplagt forskningsmetode, når det gælder at besvare en række spørgsmål, men der findes mange andre forskningsmetoder, som har leveret betydningsfulde bidrag til vores viden. *Alle* metoder har sine problemer og begrænsninger. Nedenfor koncentrerer vi os om at fremdrage nogle problemer med randomiserede kontrollerede forsøg, netop fordi de af og til udpeges til at være 'The Golden Standard' eller til at rangere højest på 'evidenstrappen' i forskningssammenhæng.

For eksempel er mange sygdomme udryddet ved hjælp af socialpolitiske indsatser, som ikke kunne undersøges ved hjælp af randomiserede kontrollerede forsøg. De socialpolitiske indsatser var effektive længe før, forskerne havde fundet frem til pestens årsager.

Selv når det gælder randomiserede kontrollerede undersøgelser, så er deres resultater modsigelsesfyldte. Forskellige studier når frem til modstridende konklusioner. Det kan der være mange forskellige grunde til:

- At målgruppen defineres forskelligt,
- at de indsatser, man tilbyder, på trods af at de hedder det samme, har forskelligt indhold,
- at faktorer i samfundet omkring brugerne virker ind på resultaterne,
- at man måler indsatsernes resultater med forskellige instrumenter,
- at forskeren er tilhænger af en speciel metode og favoriserer den i sine tolkninger.

Målgruppens definition og afgrænsning: De brugere, der indgår i undersøgelser om eksempelvis depressionsdiagnosen, kan være meget forskellige fra studie til studie. For eksempel udelukker nogle undersøgelser patienter, som har andre diagnoser udover depression, mens de indgår i andre undersøgelser. Diagnostikken kan desuden bygge på forskellige diagnosemanualer og forskellige lokale diagnostiske kulturer.

Et begreb – forskellig betydning: Indsatser, som gives det samme navn, kan i praksis være meget forskellige. Et aktuelt eksempel er den såkaldte ‘case management’, hvor case manageren kan have forskellige opgaver og ansvar for et vidt forskelligt antal brugere.

Samme indsatser i forskellige sammenhænge: Selv om indsatsen i sig selv er den samme, så gives den i forskellige sammenhænge, som påvirker indsatsens betydning og følger. For eksempel adskiller det sociale system i USA, hvor mange studier gennemføres, sig afgørende fra Skandinavien,

hvor studiets resultater skal anvendes. Disse forskelle kan have afgørende betydning for brugernes liv og levned og for indsatsernes effektivitet.

Hvad er en forbedring? Hvordan definerer man en forbedring? Hvor lang tid skal man følge op på de brugere, som har fået en bestemt indsats for at vide, om den virkelig er virksom? Og hvordan måler man forbedring? Skal man medtage brugerens egen bedømmelse eller alene udgå fra validerede måleinstrumenter?

Selv statistiske data skal tolkes: Allerede de måleinstrumenter, som en forskergruppe vælger, hvordan de spørger, og hvad de spørger efter, indvirker på studiets resultat. Og selv statistiske sammenfald kan og må tolkes på forskellige måder. Her spiller forskerens egen stillingtagen en ikke uvæsentlig rolle for hans/hendes tolkninger.

Så ensidigt at forlade sig på randomiserede, kontrollerede undersøgelser er ingen løsning.

Det har også vist sig svært at implementere resultaterne fra sådanne undersøgelser. Det handler sandsynligvis om, at vilkårene ved en videnskabelig undersøgelse adskiller sig markant fra den daglige praksis, vi møder i virkeligheden.

Kun at interessere sig for resultater, som er fremkommet ved hjælp af en bestemt forskningsmetode, er i sig selv problematisk. Gør man det, så udelukker man en stor del af den forskning, som bedrives rundt om i verden og dermed også den viden, som denne forskning frembringer.

Et eksempel på dette er forsøgene på at finde frem til den mest effektive metode til at hjælpe mennesker med en bestemt diagnose i dette tilfælde depression. Der findes mange undersøgelser, hvis resultater peger i forskellige retninger. I et af de mest omfattende studier kom man dog frem til et interessant resultat.

Det ser ud til at alle metoder hjælper lige meget. Nye og gamle antidepressive lægemidler var lige virksomme. Men de var også lige så effektive som kognitiv adfærdsterapi (CBT), som igen viste sig at være lige så effektiv som psykodynamisk psykoterapi. Placebo var stort set lige så effektivt som disse indsatser, undtagen for patienter med de dybeste depressioner (3).

For at forstå, hvad der hjælper, må man tage andre forskningsmetoder i brug og tilkende dem samme status som randomiserede, kontrollerede undersøgelser.

Det ser ud til at være afgørende, at der udvikles en arbejdsalliance mellem brugeren og medarbejderen. Altså ikke bare metoden, men det mellemmenneskelige samspil.

De professionelles erfaringer

Mennesker, som arbejder inden for behandlingssektoren, gør sig erfaringer. Erfaringer som er tæt kobledede til hverdags-virkeligheden på det sted, hvor de arbejder. De møder hver eneste dag mennesker og forsøger at hjælpe dem.

Ud af denne praksis vokser en erfaringsbaseret viden, som er den evidensbaserede praksis' anden kilde.

De professionelles erfaringer bygger altså på det, som det kan lade sig gøre at gøre på deres arbejdsplads. Erfaringerne er ofte solidt forankrede i de rutiner, den viden og de ressourcer, som er til rådighed. En betydningsfuld fordel ved de professionelles erfaringer er, at de ikke kræver implementering – de er allerede i brug.

Medarbejdernes erfaringer kan dog blive stærkt prægede af den arbejdsplads, som danner rammen om dem. Det kan være svært at få lov til at gøre sig erfaringer, som strider mod andres erfaringer.

Mange kan berette om, hvilken forskel det gjorde, og hvilken ny viden de fik, da de begyndte at tage på hjemmebesøg og fik mulighed for at møde brugerne i deres eget miljø. Men det var ikke altid, at der blev taget vel imod deres nyindhøstede indsigter af de kolleger, som stadig befandt sig i de institutionelle rammer.

De professionelles erfaringer er ikke entydige. Køn, alder, fag- og uddannelsesbaggrund spiller en rolle for, hvilke erfaringer en person gør. De professionelles erfaringer er altså individuelle.

Erfaringerne kan altså være modstridende, og der kan opstå manglende forståelse for hinandens erfaringer afhængigt af den professionelle personlige egenskaber, hans/hendes stilling på arbejdspladsen og arbejdspladsens regler, rutiner og ressourcer. Medarbejdere fra den ambulante psykiatri kan komme i modsætning til dem på sengeafdelingerne, psykiatriens ansatte kan komme i et modsætningsforhold til medarbejderne i den sociale sektor, og de pårørende kan være i modsætning til de professionelle. Modsætningerne kan virke lammende, men de kan også være konstruktive. De kan hjælpe os til at se i øjnene, at der ikke findes en sandhed, som gælder for en person. Og endnu mindre en sandhed som gælder for mange personer.

Mange professionelle strukturerer deres erfaringer ved hjælp af forskellige teorier og tilknyttede metoder. Disse hjælper dem til at orientere sig i mødet med brugerne. De bliver en referenceramme og en kilde til viden, som kan bruges til at tolke det, som sker. Risikoen er dog, at når man knytter sig til en bestemt teori og en arbejdsmetode, så har man tendens til at nedvurdere andre. I værste fald kan man ligefrem stræbe efter at fjerne andre teorier og metoder. Det sker i nogle tilfælde med argumentet om, at disse metoder ikke er 'evidensbaserede'. Her tenderer den professionelle erfaringer at blive ekskluderende: Kun 'mine' erfaringer og 'min' viden er gyldige.

Forestillingen om og eftersøgningen af den eneste rette metode modsiges af omfattende forskningsresultater. Denne forskning har analyseret en række faktorer frem, som forekommer i alle vellykkede behandlinger uafhængigt af behandlerens teknik.

Disse fælles faktorer handler først og fremmest om den relation, som etableres mellem bruger og behandler. Det, der ser ud til at være vigtigst i denne relation er, at der udvikles en arbejdsalliance imellem dem (4).

Altså ikke bare metoden, men det mellem menneskelige samspil.

Disse resultater er fremkommet i forhold til forskellige former for psykoterapi. Nyere forskningsfund peger på, at de kan overføres både til almindelig psykiatrisk behandling og til socialt arbejde (5).

Forskning om recovery-processen peger også på betydningen af gensidige relationer mellem brugeren og medarbejdere, venner og familiemedlemmer (6).

Selv når det gælder behandling med lægemidler, er der en voksende viden om relationens betydning for udfaldet (7).

Brugerens erfaringer

De fleste brugere kommer med vigtige erfaringer, når de møder medarbejdere inden for psykiatrien eller i den sociale sektor. Der er dog en lang tradition for at undlade at undersøge og heller ikke tage hensyn til denne erfaringsviden.

Brugerne defineres ofte netop gennem deres mangler, hvor de kommer til kort og i forhold til deres manglende evne til selv at løse deres problemer. De har kognitive og følelsesmæssige forstyrrelser. De har vrangforestillinger og hallucinationer. Hvordan skulle man kunne tage hensyn til så 'syge' menneskers viden og erfaringer?

Det siges, at mange somatiske sygdomme og lettere psykiske problemer kan betegnes som 'jeg-*har*-sygdomme'. Man *er* ikke en hovedpine, man har den.

Mere alvorlige psykiske problemer bliver derimod ofte opfattet som 'jeg-*er*-sygdomme'. Individet reduceres til sin 'sygdom'(8). Hvis det er selve individet, som er forstyrret, så er der ikke meget grund til at lægge vægt på hans/hendes synspunkter eller erfaringer.

Takket være nedlæggelsen af de store, lukkede institutioner og fremvæksten af en selvstændig brugerbevægelse er der sket betydningsfulde forandringer af brugernes stilling i samfundet og inden for psykiatrien og den sociale sektor.

Evidensbaserede indsatser kan ikke forekomme uden brugerens bidrag.

I litteraturen beskrives denne forandring som en udvikling fra patient til person eller til medborger (9).

Den person, som har alvorlige psykiske problemer, har ikke bare psykiske problemer. Han/hun har et liv udover disse problemer. Han/hun reflekterer over sine problemer og prøver at håndtere dem. Sideløbende med dette skal han/hun også forholde sig til komplicerede og indgribende organisationer som psykiatrien, de sociale tilbud, Pensionsafdelingen og Jobcentret med mere.

Disse 'håndteringsstrategier' kan være succesfulde, så de skaber en situation, der fungerer i de fleste tilfælde. De peger dels på brugerens egen evne til at håndtere situationen, og dels på mulighederne for et samarbejde mellem brugeren og hans/hendes omgivelser; inklusive medarbejdere fra psykiatri og socialsektor.

For at kunne nå frem til evidensbaserede indsatser for en bestemt bruger er det altså helt afgørende, at brugeren selv formulerer sine egne erfaringer og viden og får mulighed for at præsentere disse. Uden brugernes bidrag kan evidensbaserede indsatser slet ikke forekomme.

Den enkelte brugers erfaringsbaserede viden kan desuden være udgangspunkt for forskning. Det er også muligt at opnå videnskabelig indsigt ved at studere flere brugeres erfaringer. Dette ses for eksempel ofte inden for recovery-forskningen. Der udspørges brugerne om deres erfaringer i forhold til, hvad der har været vigtigt for dem for at få det bedre og klare sig i livet udover deres tidligere problemer. Resultaterne fra recovery-studier udgør i dag en stadig vigtigere del af fundamentet for metode- og organisationsudvikling rundt om i verden (10).

At arbejde evidensbaseret

At arbejde evidensbaseret betyder, at man som praktiker er nødt til at tage sine egne og kollegernes erfaringer alvorligt; at man aktivt må vende sig mod hver enkelt patient eller bruger for at få del i hans/hendes erfaringer, samt at man må holde sig orienteret om vidensudviklingen inden for det felt, man arbejder inden for.

At arbejde evidensbaseret indebærer ikke at tro på, at svaret på et menneskes problem alene findes i en diagnose, en behandlingsmetode eller en bestemt form for medicin.

At arbejde evidensbaseret indebærer, at man interesserer sig for hver eneste patients eller klients livshistorie og den sammenhæng, som han/hun indgår i.

Hverken forskningen, de ansatte, de pårørende eller brugeren har hele svaret på de problemer, som de står overfor. Et samarbejde med forhandlinger om, hvad problemet overhovedet er, og hvilke mål man skal sætte, og hvilke mulige veje man kan enes om at gå for at nå dem, er selve grundlaget for at kunne arbejde evidensbaseret.

Meget tyder på, at det der virker bedst, er at tilbyde dem, der henvender sig til hjælpesystemet et bredt udvalg af metoder og medarbejdere af mange forskellige slags. Medarbejdere, hvis fortrolighed med deres respektive metoder er en af de vigtigste terapeutiske faktorer.

Hvis den psykiatriske og sociale indsats skal udvikles, så må evidensbegrebet tages alvorligt; det vil sige, at forskningen ikke bare handler om sammenligning af metoder, men at forskningsperspektivet bredes ud til også at omfatte spørgsmål, som kræver andre forskningsmetoder end de randomiserede, kontrollerede undersøgelser, samt at medarbejdernes og brugernes erfaringsbaserede viden tages alvorligt.

Referencer

1) 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.

2) 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.

3) 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*, val 5, 2, pp 260-268.

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.

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

- 5) 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.
- 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.
- 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.
- 6) Denhov, A. (2007) Hjälpande relationer i psykiatrisk vård – en litteraturöversikt. Stockholm: FoU-enheten. Psykiatrins Södra.
- 7) Bergmark, A. Bergmark, Å & Lundström, T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete – Teori, kritik, praktik*, Stockholm: Natur och Kultur
- 8) Estroff, S. (1989) Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject, *Schizophrenia Bulletin*, Vol 15, no 2, pp 189-196.
- 9) Topor, A.(2005) *Fra patient til person. Hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer?* København: Akademisk Forlag
- 10) Topor, A.(2005) *Fra patient til person. Hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer?* København: Akademisk Forlag

Læs videre

Litteratur på svensk:

Bergmark, A. Bergmark, Å & Lundström, T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete – Teori, kritik, praktik*, Stockholm: Natur och Kultur.

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

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.

Topor, A. & Denhov, A. (2011) Evidensbaserade insatser – Vilken och vems evidens? in Sundgren, M. & Topor, A. (red) *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonniers.

Litteratur på dansk:

Buus, Anne Mette m.fl. (2011): *Når Evidens møder den pædagogiske hverdag*.

VIA University College og Aalborg Universitet. Findes her: [http://bupl.dk/iwfile/BALG-8X7FRZ/\\$file/rapport_n%E5r%20evidens%20moeder%20den%20paed%20hverdag.pdf](http://bupl.dk/iwfile/BALG-8X7FRZ/$file/rapport_n%E5r%20evidens%20moeder%20den%20paed%20hverdag.pdf)

Fisher, Mike (2012): Udvikling af et evidensbaseret grundlag for social service. I: *Inkl.*, nr. 1, s.26-27.

- Hede, Anders og Ditte Andersen (2005): *Virker Velfærden? Et debat-oplæg om evidens og velfærd*. Mandag Morgen
- Høgsbro, Kjeld (2013): Evidenslogik og praktisk erfaring indenfor rehabilitering. I: Inge Storgaard Bonfils m.fl.: *Handicapforståelser. Mellem teori, erfaring og virkelighed*. Akademisk Forlag
- Høgsbro, Kjeld (2012): Evidensbegrebet i styringsteknologisk perspektiv. I: Hans Wadskjær: *Metermålsamfundet*. Ålborg Universitetsforlag
- Høgsbro, Kjeld (2011): Evidensbaseret praksis – forhåbninger, begrænsninger og muligheder. I: *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. Nr. 15, 2011: Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet. Findes her: <http://ojs.statsbiblioteket.dk/iaindex.php/sygdomogsamfund/article/view/5737>
- Lihme, Benny (2008): Ikke alt, der tæller, kan tælles. I: Helle Christiansen(red.): *Protesterende, provokerende og solidarisk*, Festskrift til Bjarne Lenau Henriksen. Kirkens Korshær, s.143-157
- Lihme, Benny (2010): Politikerne giver os målerhjerner. I: *Information*. 26.11. s. 22
- Pædagogisk psykologisk tidsskrift, Årg. 49, nr. 3, 2012. Tema: Evidens, et eftersyn.
- Rieper, Olaf og Hanne Foss Hansen (2007): Metodede-batten om evidens, AKF-rapport. Findes her: http://www.kora.dk/media/272233/udgivelser_2007_pdf_metodedebat_evidens.pdf
- Socialstyrelsen (2013): *Viden til Gavn. Politik til udvikling og anvendelse af evidens*.
- Øster, Bodil (2012): Udsat for evidens. Rapport fra et pædagogisk projekt under sundhedsøkonomisk lup. I: *Dansk Pædagogisk Tidsskrift*, nr. 3, s.15-21

Om Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering (selskabet) er et fagprofessionelt selskab, hvis primære formål er at fremme de psykosociale rehabiliteringsindsatser i Danmark, således at mennesker med svære psykosociale problemer kan opnå en selvstændig og meningsfuld tilværelse.

Selskabet arbejder for at fremme psykosociale rehabiliteringsindsatser i Danmark organisatorisk, politisk og for det enkelte individ.

Selskabet arbejder målrettet med at styrke og fremme inklusion af mennesker med psykosociale problemer gennem bedre boligforhold, tilbud om uddannelse og adgang til civilsamfundets tilbud og arbejdsmarkedet.

Selskabet ønsker at påvirke holdninger til mennesker med psykosociale problemer i samfundet og hos politikere og embedsmænd med det sigte at øge tolerancen, fremme inklusion og afstigmatisering af mennesker med alvorlige psykiske problemer.

Selskabet ønsker at understøtte et paradigmeskift fra en tidligere isoleret, individfokuseret praksis til et arbejde med styrkelse af netværk og sociale relationer i lokalsamfundet.

For nærmere information se: www.psykosocialrehabilitering.dk

Interessegruppe for dokumentation af psykosociale indsatser

Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering har bl.a. en faglig interessegruppe, som arbejder med meningsfuld dokumentation, der understøtter recoveryprocesser i den psykosociale rehabiliteringsindsats. Interessegruppen har repræsentanter fra hele landet, som afprøver og udvikler forskellige former for dokumentation, skaber systematisk vidensdeling herom samt om deres erfaringer med forskellige praksisforskningsinitiativer.

For yderligere oplysninger kontakt:

Knud Ramian

knud.ramian@stab.rm.dk

Tlf. 5353 1781

