

Evidensbaserad verksamhet?

Av Monica Hane

I alla år som yrkesarbetande med en forskarutbildning i psykologi i bagaget har jag protesterat mot att använda ordet metod i de sammanhang jag deltagit. Jag kan köpa att man kan säga mätmetod. Jag kan se att standardiserade enkäter är en mätmetod – även om den har stora metodologiska svagheter. Men begreppet forskningsmetod har alltid förbryllat mig. Jag vet vad designandet av en studie innebär. Och jag kan beskriva och motivera den procedur vi använt för att generera det empiriska underlaget för en studie. Varje sommar sedan 1987 har jag tänkt att NU skall jag skriva ner mina reflektioner kring ”forskningsmetodik” – men vips är sommaren över.

När metodstudier kommit på tal i akademiska sammanhang har mina protester bara resulterat i att jag blivit betraktad som ”besvärlig hårklyvare”. Jag har dessutom trots min ständiga protest hela tiden tvingats krypa till korset när det har dragit ihop sig till att formulera titeln på en rapport med mina reflektioner. Egentligen har jag aldrig lyckats lansera ett relevant alternativt ord.

Till exempel –

Fokusinspektion. En arbetsmetod för tillsyn av organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågor i ett arbetsliv i förändring.

Metodologisk plattform för vår användning av fokusgrupper.

Forskning för praktiker om praktiken – om grunderna för vetenskaplig metod och om metod på vetenskaplig grund

Eftersom jag också genom åren varit handledare (eller i alla fall bollplank) för olika uppsats- och avhandlingsprojekt har jag många gånger vändats inför frågan vad det skall stå i ett ”metodkapitel”.

Det faktum att det inte blivit någon rapport om ”forskningsmetodik” tror jag beror på det vi i SD Open 2008 kallar ”diskursens makt”. Jag har helt enkelt inte hittat ingången. Det är inte bara att sommaren varit kort – mitt tänkande glider liksom undan när jag försöker fånga det på papper. Jag brukar kunna samtala om någorlunda om mina protester – men när de skall formuleras i text blir det bara cykelpedal. Det som sägs i ”debatten” går inte att säga emot och ändå är det 180 grader fel. Mycket irriterande!

Läsandet av G Lakoff¹ har gett ett uppslag – dvs att försöka fånga ”metaforin”. Försöka lyfta fram i ljuset de tankefigurer som vi tror ligger under de vanliga utsagorna. Och försöka betrakta deras relevans för den problematik man vill komma till tals om.

Hans analyser skrämmer också. Insikten att vi även när vi protesterar mot ett resonemang så stärker vi den grundläggande metaforen. Konsten är alltså att ”reframa” – alltså flytta hela resonemanget till en annan arena där man knyter an till helt andra grundmetaforer, som man finner mera adekvata att stärka.

Många av de projekt jag varit handledare för har handlat om interventioner i vård och omsorg. Den nu kraftiga betoningen på EVIDENSBASERING har lett fram till att det är angeläget att göra ett försök att få fram vad det är som jag tycker är fel. Och skälet är att jag menar att diskursen ”krav på evidensbaserings” gör vården allt sämre. Den driver fram organisatorisk stor-drift och objektifiering av patienter – tvärt emot den samtidiga diskursen om nödvändigheten att bli ”sedd och hörd” och om personligt anpassat bemötande. Kravet på evidens fungerar som effektiv och konserverande sköld mot att nya insikter och nya kompetenser kan etableras och erbjudas patienter och brukare.

Många av de uppsatsskrivare, som jag tänker på, har varit synnerligen duktiga praktiker som stångat sin panna blodig för att försöka ”vetenskapligt bevisa” värdet och nyttan av den metod de själva ”med egna ögon” sett fungera väl. Vårt samarbete med arbetsterapeutförbundet är ett sådant exempel. De riskerar att rationaliseras bort på många ställen därför att deras interventionsmetoder inte är evidensbaserade. FSA har därför gjort en studiecirkel kring hur de skall göra för att ”evidensbasera sig” efter konstens alla regler. Vi menar att detta inte kommer att hjälpa dem. Snarare tvärt om – de resultat de kommer att presentera från sina studier kommer bara att riskera att misskreditera dem ytterligare och trivialisera deras insatser. Och vad gör vi då?

Det är vad jag hoppas få hjälp med under SD Open 2008.

Så här ser jag problemet med evidensbaserings. Det bygger på en tankefigur att en intervention kan manualiseras – dvs man kan beskriva en räcka handgrepp som skall utföras i en viss ordning oberoende av vilket gensvar som den andre ger. Bara man följer manualen så kan i princip vilken utförare som helst utlova den en gång demonstrerade effekten. Man försöker hantera problemet med ”att människor är olika” genom att dela upp ”målgruppen” i olika underavdelningar – t.ex olika diagnosgrupper; olika utbildningsnivåer; skilja på kvinnor och män osv – och därefter föreskriva en delvis olikartad procedur för varje undergrupp. Men hur blir det då om interventionens utfall handlar om kvaliteter i en interaktiv process mellan människor (ofta betydligt fler än två) .

¹ Lakoff G (2008): The Political Mind. Why You Can't Understand 21st-century American Politics with an 18th-Century Brain. London: Penguin Books.

Några exempel:

Före förra SD OPEN hade jag just varit opponent på en avhandling på KTH av Lotta Victor. ”Konsten att vårda och ge omsorg”. Hennes stora poäng var att de kvalitetssystem, som äldre vården använder och utvärderas genom, inte tar hänsyn till de agerande personernas skicklighet att interagera med vårdtagaren. Och genom en räkka exempel visar hon att det just är skickligheten att interagera som skapar den kvalitet man talar om.

Nöjda brukare/patienter/klienter osv är ett mått som är bra att känna till men är ett synnerligen tveksamt mått på kvalitet. SJÄLVKLART – säger alla – så är det skickligheten att anpassa sina egna steg och insatser till gensvaret från den andre avgörande som har den avgörande betydelsen för kvaliteten! Och ändå fortsätter alla att lägga oerhört mycket tid på att sammanställa och redovisa efterfrågade men meningslösa uppgifter som sammanställs i dessa kvalitetssystem.

Vad är det egentligen som kvalitetssäkrats? Verksamheten vid äldreboendet? Knappast.

Ett annat exempel:

För 13 år sedan deltog jag i en studie av hur anorektiska tjejer uppfattade vitsen med att de som en del i sin behandling fick rida ett par gånger i veckan. Ridningen organiserades som ett försöksprojekt vid sidan av den ordinarie behandlingen vid den psykiatriska verksamheten och leddes av en sjukgymnast Maggan Håkanson, som själv var en erfaren ryttare.

Erfarenheterna var översvallande positiva. 11 tjejer och en kille som deltog hade lust att också berätta om hur de såg på ridandets betydelse för deras tillfrisknande. Några gick inte att få tag på och någon var vid tiden för utvärderingen för sjuk för att man över huvud taget skulle fråga om hon ville vara med i en utvärdering och berätta.

Summan av dessa 12 berättelser kommenterades sedan i en serie fokusgrupper med olika personalgrupper, som på olika sätt kände till de aktuella patienterna. Varje grupp fick försöka beskriva hur de utifrån sitt professionella paradig kunde ”höra” det som berättades och göra troligt varför ridning i respektive fall bidragit positivt.

Sedan dess har Maggan på olika sätt och framför allt genom att följa världslitteraturen om ” effekter av djur i vården” skaffat sig en mycket stabil bas för att beskriva varför hästen i vissa fall skulle kunna övervägas som ett terapeutisk medium. Och i april i år lade hon fram detta som en lic-avhandling. Och summerar både sina egna erfarenheter och litteraturen i en mycket komplex bild.

Ridande kan förväntas inverka positivt via en väldig massa olika men samverkande mekanismer. Allt från att hästen utgör ett rörligt underlag som är bra när man skall träna upp motoriska reflexer till att hästen har i det närmaste mytiska egenskaper i vår kultur. Detta gillade opponenter. De såg det som ett ganska unikt konkret exempel på vad ett helhetsperspektiv innebär.

Avhandlingen blev godkänd – till och med prisad för sin fantastiska vetenskapliga metodik – men trots detta märkte jag av frågorna från betygskommittén att man absolut inte visste hur man skall betrakta avhandlingen. Vad är det egentligen för sorts studie? Är det en utvärdering? Eller är det en normerande metodbeskrivning? Visar den att ridterapi är en bra metod i vården. Bättre än vadå? Eller är det en beskrivning av hur man bör göra? Och den fungerar ju inte på tjejer och killar som är rädda för hästar. Bara de patienter som redan var positiva till att delta i ridverksamheten ingår i studien – hur kan man då avgöra nyttan? Och ”metoden” kan bara utföras av den som själv är kunnig med hästar?

Och då tänker jag – vadå ”metoden ridterapi”? En viktig aspekt i alla patienternas berättelser är att relationen till Maggan var väsentlig. Man säger saker som att man för första gången blev bemött som en ”vanlig och frisk människa”. De flesta av dem som valde att delta hade ridit förut – innan de utvecklade sin anorexia – och berättade att de på detta sätt återknöt till en tidigare ”frisk identitet”. För andra var det en dröm att kunna rida – en dröm att kunna kommunicera med detta gigantiskt stora djur. Man delade dessutom ett intresse med en person som Maggan – ett intresse som engagerade och gav mening i tillvaron. Är det inte självklart för alla att detta är hjälpsamt för ett tillfrisknande – ?????? Kan det krävas forskning för att visa det?

Identitetsbildningen blir alltså väldigt framträdande i alla berättelserna. Identitet skapas i kommunikationen med ”betydelsefulla andra”. Och självklart är det att bygga upp en önskad identitet som är målet med all rehabilitering – att kunna bli den person man vill vara. Troligen är Maggan väldigt skicklig partner i denna identitetsskapande process. Och eftersom hon kan hästar kan hon använda sig av hästar. Och ett samarbete kring en häst fungerar bra för vissa patienter men självklart inte för andra.

Just nu är ”grön rehab” på modet. Jag tror att de som lyckas där gör samma sak som Maggan men utifrån sitt trädgårdsintresse.

Självklart är inte identitetsbildningen den enda viktiga aspekten. Det finns förstås andra aspekter som också är viktiga att uppmärksamma – en skicklighet att förmedla vad som är relevant träning av otränade muskler när det gäller sjukgymnastik; eller att kunna lära ut hur man själv kan uppmärksamma att vissa muskler snarare är övertränade; förberedda övningar för att visa en elev att denna kan lära sig mer än man tror; att kunna översätta aktuella och kända principer till den aktuella situationen osv. Men diskursen om ”evidensbaserad” osynliggör att det handlar om skickligheten hos den professionelle aktören att delta i en interaktiv process.

Varken ridterapi eller grön rehab eller arbetsterapeuternas interventioner för att ”få människor ur sängen” betraktas som särskilt starkt evidensbaserade. De får kämpa hårt för att bli accepterade. Detta gäller också de sedan 100 år praktiserade psykoteraformerna. Väljer de att gå in i evidensdiskursen så riskerar de att komma ut med ett synnerligen trivialt resultat. Väljer de att strunta i den kommer de inte att kunna komma till tals med beslutsfattare och kan inte motivera sin kompetens i teamet.

Så här skriver Statens beredning för medicinsk utvärdering:

Målet med EBM är att vården använder de metoder som gör störst nytta. Varför behövs evidens och utvärdering? Idag är det inte alltid de bästa metoderna som används i vården. Många rutinmetoder är föråldrade och ineffektiva. Nya metoder får snabb spridning utan att vare sig nyttan, riskerna eller kostnaderna har granskats kritiskt. Samtidigt finns det andra metoder som verkligen snabbt borde få större användning eftersom forskningen visat att de är bra och kostnadseffektiva. För att slå fast vilka metoder som är bäst behövs vetenskaplig utvärdering – både av etablerade metoder och av innovationer.

För att kunna göra en tillförlitlig utvärdering – en samlad analys av metodernas medicinska, ekonomiska, etiska och sociala effekter – tar SBU fram evidens om metoderna. Evidens innebär det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat, som skall uppfylla speciella krav på tillförlitlighet.

SBU granskar nytta, risker och kostnader för de metoder som används i vårdbetbetet. Rapporterna kan visa vilken metod som är bäst. Men lika viktigt är att peka på metoder som inte har effekt eller inte är kostnadseffektiva. ... för att kunna satsa resurser på de allra bästa metoderna.

Vem kan säga emot detta. Men det är tydligt hur diskursen utgår från tankefiguren att det är metoderna som är problemet. Inte skickligheten att delta i en process. Detta blir ändå tydligare när man läser den rekommenderade mallen för att ta ställning till en studie.

Mall för kritisk granskning:

1. Är resultaten tillförlitliga? Randomiserades patienterna till de olika behandlingsalternativen? Var grupperna likvärdiga vid studiens start? Följdes alla patienter som randomiserades upp? Var både patienter och behandlingspersonal "blindade"? Behandlades grupperna likvärdigt ur alla andra aspekter?
2. Vad visade studien? Hur stor var behandlingseffekten? Hur precis var skattningen av behandlingseffekten?
3. Bidrar resultaten till att ge mina patienter bättre sjukvård? Kan resultaten appliceras på mina patienter? Redovisas studien klinisk relevanta effektmått dvs patientrelaterade sådana? Är den sannolika nyttan större än den potentiella skadan och kostnaderna?

Evidens kan bara uppnås (eller snarare de tankefigurer som mallen förstärker) när det gäller metoder som kan manualiseras (och därmed utföras oberoende av vem som applicerar metoden) och där interventionen kan blindas. Får diskursen om evidensbaserad fortsätta så tror jag att just denna typ av manualiserade interventioner kommer att utvecklas och dominera vår-

den. De interaktiva processer som jag tror är kärnan i en lyckat intervention och avgörande för patientens tillfrisknande kommer att göras allt mera osynliga.

SBU kommer nu att arbeta vidare med att också göra mallar som passar för kvalitativa studier. Detta tröstar många skickliga praktiker. Men det är förstås inte skillnader mellan kvalitativa och kvantitativa studier som är det grundläggande problemet.

Vad är då alternativet? Jag tror att det är att kunna pröva de överväganden som den professionelle aktören gör och kritiskt granska hur denne därvid beskriver sina ställningstaganden. Är dessa överväganden ”välgrundade” – dvs. förenliga och i linje med det jag vet och är bekant med – då kan jag känna mig trygg med att det blir kvalitet i den process som ligger framför oss. Då kan jag också komma till tals med kolleger om den verksamhet vi gemensamt skapar.

En annan av våra vänner i forskarbyn – Maria Andrén – disputerade i mars på avhandlingen ”Det pedagogiska övervägandet”. Där uppmärksammar hon oss på att lärare (gäller möjligen flera yrkesgrupper) sällan talar med varandra om de överväganden de gör i sitt yrkesutövande. Möjligen talar de om handlingens mål men väldigt sällan om vad vi vill skall känneteckna handlingen medan den pågår. I Marias bok finns mycket att inspireras av som ett alternativ till vanliga utvärderingar – men även under denna disputation kunde man höra att opponenterna inte riktigt kunde frigöra sig från evidenstanken.

Ett problem är att det alternativ för kvalitetssäkring som jag ser framför mig är ett betydligt mera krävande arbete för alla berörda – inte minst för en beslutsfattare som nu bara har att ta ställning till om det genomförts randomiserade studier eller inte. Finns det inte några sådana studier – ” ja då lägger vi naturligtvis ner den verksamheten. Vi använder självklart bara metoder som står stabilt på vetenskaplig grund”.