

Evidensbasering i en rörig värld

Text: Morten Sager

Det finns ingen tvekan om att evidensbasering behövs: Mycket användbar kunskap kommer aldrig – eller med alltför stor fördröjning – patienter, brukare eller elever till godo. Samtidigt visar arbetet med evidensbasering de senaste åren på grundläggande problem.

I denna artikel diskuteras problemet med *diffusionistiska* synsätt på förändringsarbete och styrning. Diffusion innebär här antaganden om att det som fungerat *där* oproblematiskt kommer att fungera *här*. Onödiga problem uppstår när förändringsaktörer bortser från skillnader mellan olika verkligheter inom en verksamhet. För att fullt ut realisera potentialen i evidensbasering behöver en verksamhets skilda fokus, ideal, rutiner och kulturer beaktas och översättas. Och vi behöver inse att själva förändringen kan förändras. Ett exempel från hjärtsjukvården används för att illustrera ett sådant översättningsperspektiv på förändringsarbete.

De senaste 25 åren har evidensbasering blivit allt mer självklart inom hälso- och sjukvården. Grundtanken är att kunskap från forskning ska användas för att öka kvaliteten i olika verksamheter. Det finns ingen tvekan om behoven av mer kunskap. I många fall dröjer det alltför länge innan forskning kommer patienter till del. Flera aktörer, inklusive masterprogram i evidensbasering som jag ansvarar för, strävar efter att öka användningen av ny kunskap. Det finns dock också problem med begreppet evidensbasering.

Forskare från en mängd discipliner visar att ny kunskap från forskning måste kombineras med erfarenhet och klinisk blick för att fungera. Mycket tyder också på att evidensbegreppet behöver inkludera mer än enbart kunskap från randomiserade kontrollerade studier, så kallade

RCTer. Annars finns risken att betydelsen av alla de behandlingar som inte kan undersökas genom RCTer underskattas inom vården. Det skulle i sin tur betyda att kvaliteten inom en stor del av vården (vissa nämner 70 procent) skulle ifrågasättas i onödan. Problemen med en sådan smal kunskapssyn blir ännu mer akuta med tanke på att evidensbasering har blivit viktigt inom så skilda områden som kriminalvård, socialt arbete, pedagogik, management och policy där svårigheterna att skapa placebokontrollerade studier är ännu större än inom hälso- och sjukvården. Som respons på dessa problem har många myndigheter och forskare de senaste åren inkluderat andra studier än RCTer i arbetet med evidensbasering. Dessa problem har diskuterats under lång tid inom hälso- och sjukvården, bland annat i antologin Evidensens många ansikten (Arkiv förlag, 2011).

ETT SYNSÄTT PÅ FÖRÄNDRING: DIFFUSION

Här vill jag ta upp ett annat centralt problem, nämligen vilket synsätt på förändring som uppmuntras genom en strävan efter evidensbasering. Evidensbasering bygger på att något som har tagits fram och undersökts *där* (ofta i en RCT-studie någonstans) ska användas *här* (i en verksamhet där vi vill höja kvaliteten). Därmed finns det en risk att allt mellan *där* och *här* ignoreras eller glöms bort. Och det finns mycket däremellan. En studie görs ofta på en annan plats, men också under andra förutsättningar än vår verksamhet *här*. Ofta är en verksamhet exempelvis rörigare och mindre renodlad än en studie. I strävan efter evidensbasering blir dock (ibland) det viktigaste att kedjan mellan *där* och *här* fungerar så smidigt som möjligt. Störande moment på vägen behö-

cp

REYKJAVÍK

CONFERENCES / EVENTS / INCENTIVES

VELKOMIN
Welcome

SKRÁNING
Registration

Morten Sager var Sveriges
föredragshållare under
LNN-konferensen i
Reykjavík våren 2016.

ver tas bort. Som att det är självklart att det som är bra *där* också är bra *här* (se gärna Cartwright och Hardies *Evidence-based policy*, 2012, för mer om *här* och *där*). Det enda rationella är att de som är *här* gör som vissa gjorde *där*. Om det inte sker är det irrationellt och vittnar om dålig kvalitet. Detta synsätt på förändring benämns ibland diffusion. Ny kunskap ska tas upp och användas helt enkelt för att den är sann.

I detta synsätt på förändring ingår ofta ett antagande om hur världen ser ut och fungerar, ungefär så här: Världen och därmed organisationer är homogena. Idealt så rör sig kunskap som i ett lufttomt rum, som en meteor i rymden. En behandlings evidensstyrka är som meteorens kraft. När en behandlingsmodell har stark evidens ska den röra sig till andra platser, liksom friktionsfritt. Bra och användbar kunskap diffunderar ut till behövande av sig själv. Eller med lite hjälp på traven genom en auktoritativ rapport med hög trovärdighet. Eller riktigt effektivt implementeringsarbete. Detsamma gäller instruktioner från ledningen eller mejl inom verksamheten. Det som skickas iväg tas upp och omsätts i handling. Så här är det enligt diffusionsmodellen.



ETT ALTERNATIVT SYNSÄTT: ÖVERSÄTTNINGSTEORI

Enligt den forskning som ibland benämns "översättningssociologi" eller "översättningsteori" är dock en verksamhet inte ett lufttomt rum där evidens diffunderar friktionsfritt som en meteor i rymden. Diffusion fungerar inte eftersom världen varken är homogen eller lufttom. Världen är rörig och oförutsägbar och består av en mängd grupper och individer som inte alltid gör som det är tänkt. De är intresserade av att läsa mejl eller tillämpa evidensbaserade behandlingar. Saker och ting händer inte – bara. Instruktioner utförs inte – bara. Kommunikation fungerar inte som vi har tänkt – hela tiden. Och även om man genom effektivt implementeringsarbete skulle få folk att göra som man vill är det inte säkert att det blir som man tänkt sig ändå.

Verkligheten är nämligen full av verkligheter med olika hänsyn, uppgifter och prioriteringar som inte alltid stämmer med varandra. Trots dessa olikheter är det, som poeten Emil Jensen säger, "samma värld": en enda värld som ändå är full av olika världar. I förändringsarbete behöver de här verkligheterna mötas och den kunskap som uppstår i en verklighet behöver översättas till en annan på samma sätt som en bok som översätts från ett språk till ett annat. Då räcker det sällan med ett automatiskt program som översätter ord för ord. Den som har läst en automatöversatt instruktionsbok eller hemsida vet hur det ser ut. Översättning kräver deltagande i den verklighet som ska ta emot meddelandet. Ett mejl kan fungera som kommunikation, men ofta är det en bra idé att ringa också eller knacka på hos mottagaren och försäkra sig om att det som avsågs har uppfattats, speciellt om innehållet är känsligt.

DIFFUSION FUNGERAR!

Ändå lever tanken på friktionslös diffusion i mycket av det vi gör, så självklart att när det inte fungerar blir vi arga eller till och med ledsna. Som en trafikolycka på en motorväg som tvingar oss att rulla i snigelfart. Det stör våra planer. Så hade vi inte tänkt det. Det beror på att vi har skapat en värld där en mängd processer verkar fungera genom diffusion. Motorvägar fungerar

ofta så att avståndet mellan här och där kan tillryggaläggas snabbt och utan att allt det som finns däremellan ens behöver märkas (om det inte är en vacker sjö till exempel).

Men, även mer komplexa överföringar fungerar förvånansvärt smidigt. Till exempel skriver jag den här texten på en dator i Göteborg och den kan läsas av en chef i Umeå i en papperstidskrift utan problem. Någon kanske till och med får en aha-upplevelse och känner att "det här har jag tänkt, men inte formulerat för mig själv tidigare" (det hoppas ju jag) utan att jag som skriver någonsin har mött denna person. Det verkar som att diffusion fungerar. Hela tiden. Mediciner som tas fram i ett laboratorium i USA gör att jag här i Sverige blir fri från min halsfluss. En bil som har producerats i Tyskland rullar runt på gatorna nästan helt utan problem. Jag behöver bara vrida runt nyckeln och fylla på gas då och då. Och hoppas på att det rullar på bra på motorvägen utan några trafikolyckor.

ARBETET BAKOM FUNGERANDE DIFFUSION

Nästintill friktionsfri diffusion fungerar när vi har byggt upp gemensamma system som garanterar överföringen. När vi ser till att denna text som kommer från min forskarvärld på Göteborgs universitet använder ord och bilder som är gemensamma med den värld som en chef i Umeå använder och kan leva sig in i. Översättningen är redan gjord. Det är därför den inte syns. Översättningen mellan laboratoriet i USA och min ömma hals har redan gjorts genom ett långt och mödosamt arbete med att kartlägga bakterier och möjliga antibiotika som (än så länge) inte är resistent mot just min stam av halsfluss, vilket kan bekräftas genom ett osynligt men lika mödosamt arbete genom ett snabbt och enkelt prov på min vårdcentral. Min bil fungerar så bra eftersom infrastrukturen i Göteborg och Tyskland är tillräckligt lika. Under decennier har vägsystem, återförsäljare och verkstäder byggts upp. Bilar har successivt givits en mycket hållbar form även för det svenska klimatet. Däremot får just den här typen av gasbil problem i delar av Sveriges inland där det saknas gastankställen. Där blir översättningen bristande (vilket gör mig mycket irriterad).

DIFFUSIONENS ILLUSION

OCH BEHOVET AV ÖVERSÄTTNING

Detta samhälles extrema framgångar när det gäller att strömlinjeforma världen får oss att tro att verkligheten är sådan i grunden. Om vi inte kan dubbelklicka oss friktionsfritt genom en organisation är det något som är fel. Men, tänk om det är tvärtom? Översättningssociologin hävdar att det märkliga är att det ibland fungerar friktionsfritt. Det är just de situationerna som kräver avancerade förklaringar, inte problemsituationerna. Problemen är självklara och beror på hur verkligheten i grunden fungerar. Eller snarare: verkligheterna i grunden fungerar.

Verkligheter syftar i detta fall på skillnader mellan individer eller grupper i fokus, centrala problem och frågor, vardagsrutiner och språk-användning, saker och teknologier, värderingar och ideal. För att kunna förändra – till exempel införa nya behandlingsmetoder utifrån evidens – måste skillnaderna mellan de olika verkligheterna beaktas. Mer än det: De behöver uppvärderas och användas så att en verklig översättning kommer till stånd. De olika verkligheter som utgör en verksamhet finns där nämligen av ett syfte: för att utföra en eller flera uppgifter som behövs inom organisationen. Olika uppgifter kräver ofta olika fokus, kompetenser, normer, rutiner och saker.

EN KROCK I HJÄRTSJUKVÅRDEN

Inom ett landsting ville hjärtläkarna i början på 00-talet införa en implanterbar defibrillator för att förebygga hjärtstopp. Läkarna pekade under flera år på att det fanns evidens, men utan ekonomiskt stöd från administrationen. Det tillsattes inga nya medel för att verksamheten skulle kunna implantera defibrillatorer på bred front. Administrationen beskriver att anledningen till det bristande stödet var bristande evidens. Båda grupperna hänvisar alltså till evidens för att förklara sitt agerande. Är det någon som har fel eller till och med ljuger i beskrivningen av problemen med implementeringen?

VAD GICK FEL?

Med ett diffusionistiskt perspektiv bestämmer vi på förhand vari förändringen består och ser

sedan vilka aktörer som gjort fel. Vad har störst den önskade implementeringen? Utifrån en viss syn på evidens kan vi konstatera alla de tillfällen då grupper eller myndigheter "gör fel". Sedan återstår det bara att få dem att göra rätt.

Med utgångspunkt från läkarnas evidens var administratörerna ett hinder. De var för räddhågsna och såg inte till den starka evidensen och patienternas bästa. Med utgångspunkten från administratörerna är läkarna problematiska, genom att vara för trångsynta och inte se till sjukvården som helhet. Dessutom missar de alla etiska problem med implantering av defibrillatorer.

EN RIKARE VÄRLD

I implementeringen av defibrillatorer fanns det ett diffusionistiskt tänkande hos både administratörerna och läkarna på precis det här sättet, men inte bara. Det uttrycks också en ömsesidig förståelse för de olika roller som de båda yrkesgrupperna hade i hela processen. Då närmar man sig ett översättningsperspektiv. Läkarprofessionen hade i detta fall enskilda patienter för ögonen. Administrationen hade ansvar för flera sjukvårdsområden, inte enbart hjärtsjukvården. Det går att påstå att båda grupperna såg till verksamhetens bästa men utifrån sina respektive verkligheter, vilket också individer inom grupperna ger uttryck för, åtminstone i efterhand.

Med en översättningssociologisk syn på förändring blir vägen mellan där och här rikare och full av alternativa verkligheter som behöver involveras. Då förändras även *det* som ska färdas från där till här. I det här fallet blir det tydligt genom att innebörden i evidensbegreppet förändras och med det också själva insatsen (som alltså utgjordes av de implanterbara defibrillatorerna).

VAD SKULLE EGENTLIGEN IMPLEMENTERAS?

Läkarna prioriterade kunskap från RCTer som visat att defibrillatorerna hade effekt. Administratörerna hade ett större uppdrag och ville därför se ett bredare kunskapsunderlag som också inkluderade etiska överväganden och prioritering mellan sjukvårdsområden. För dem var det inte enbart en apparat som kunde förebygga hjärtstopp utan också en apparat som kunde skapa problem

i livets slutskede och en insats som hotade att tränga ut insatser inom andra sjukvårdsområden.

De skillnaderna återspeglades i två av de myndigheter som ansvarar för kunskapsunderlag, nämligen SBU (dåvarande Statens beredning för medicinsk utvärdering) och Socialstyrelsens dåvarande Enhet för nationella riktlinjer. SBUs verksamhet har varit inriktad på att i första hand söka upp och sammanställa den mest rigorösa forskningen, helst i form av resultat från RCTer. En sådan sammanställning gjordes också kring defibrillatorernas hälsoeffekter.

De nationella riktlinjerna har eftersträvat att – oavsett tillgång på forskningsresultat – besvara kliniska frågor. Det har betytt att de ofta integrerat annan kunskap än RCT-resultat såsom klinisk expertis och etiska överväganden. I detta fall fanns det en etisk problematik: apparaten riskerar att gå på gång återuppliva en patient som dör av andra orsaker än hjärtstopp. För att undvika det behöver apparaten stängas av, vilket i så fall skulle vara liktydigt med att en patient inte längre var värd att rädda från ett hjärtstopp. Administratörerna önskade bättre vägledning i hur detta etiska dilemma skulle hanteras (vilket läkarna inte heller var ointresserade av!).

De frågor som inte bara handlade om hälsoeffekter av defibrillatorn utan också om etik och prioritering kunde inte SBUs kunskapssammanställning besvara. Då behövdes de nationella riktlinjerna och en gemensam process i landsettingen. Från ett diffusionistiskt perspektiv är detta komplikationer som hindrar eller försenar implementeringen. Från ett översättningsperspektiv är det detta som är själva förändringsarbetet, även om det inbegriper att även det som förändras förändras.

FÖRÄNDRINGSARBETETS FÖRÄNDRING

Denna sista punkt får inte glömmas bort. Om en verksamhet – vare sig det är "hälso- och sjukvården", ett helt landsting, ett sjukhus eller en avdelning – uppstår i mötet mellan verkligheter är det på förhand mycket svårt att vara helt säker på vad en planerad förändring innebär. Evidensbaserad är till sin karaktär delvis diffusionistiskt, alltså det bygger på att något ska färdas från en plats till en annan, från forskning till praktik.

Trots att insatser har gjorts *där* som vi skulle vilja upprepa här är det inte säkert att vi vet precis vad det betyder att *upprepa insatserna här, här och här*. Enligt översättningsteori är det precis det som framträder under ett förändringsarbete när olika verkligheter beaktas och involveras (för en enkel introduktion till översättningsteori på svenska, se gärna Czarniawskas *En teori om organisering*, Studentlitteratur, 2015).

EVIDENS I SKILDA VÄRLDAR

Allt arbete som strävar efter effektiv och realistisk evidensbaserad verksamhet behöver därför beakta både värdet av ny evidens och de verkligheter där förändringar ska göras. Först då kan betydelsen av evidensen *där* för dessa verkligheter *här* blir tydlig. Det finns fall där ett system redan är uppbyggt så att en gammal medicin enkelt kan bytas ut mot en ny, men även då finns det en risk att små skillnader förbises vilket i förlängningen kan skapa allvarliga problem med exempelvis biverkningar.

I fallet med den implanterbara defibrillatorn gavs slutligen utrymme för både läkare och administratörer att agera utifrån sina förutsättningar. En mer fullödig koordinering mellan deras världar kom till stånd efter några år. Vid en viss tidpunkt, 2007-2008, samordnades de och deras olika intressen kunde jämkas samman så att finansieringen av vården i slutet av 00-talet motsvarade den faktiska vården.



Foto: privat

MORTEN SAGER

är universitetslektor i vetenskapsteori och ansvarig för masterprogrammet i evidensbaserad verksamhet vid Göteborgs universitet. Han forskar om hur forskning tas fram och används inom beslutsfattande och verksamhetsförändring. Ett exempel på den forskningen är antologin *Evidensens många ansikten*, Arkiv förlag, 2012, som nämns i texten.

CHEFER  LEDARE
I VÅRDEN

Vill du prenumerera på tidskriften Chefer och Ledare i vården?



Kontakta: Malin Larsson
Klara Johansons gata 3,
302 26 Halmstad

Via mail:
malin.larsson@regionhalland.se