

Det ständigt ofullständiga beslutsunderlaget

av Bengt-Åke Wennberg



Denna blogg handlar om att vi i samhället plågas av ett ständigt dåligt beslutsunderlag för olika politiska beslut. Därför blir också de politiska diskussionerna motsägelsefulla och vi hamnar i att diskutera person istället för sak. Orsaken till det dåliga beslutsunderlaget är att utredare och forskare presenterar alltför ytliga och svepande påståenden på ett alltför dåligt underlag. Låt mig ta ett exempel.

Den 24 februari 2012 publicerar Inge Axelsson, professor i medicinsk vetenskap vid Mittuniversitetet och överläkare i barnmedicin vid Östersunds Sjukhus, en artikel i Newsmill med rubriken "Forskning visar att vinstkrav försämrar och fördyrar vården".

Inge Axelsson borde veta. Han har arbetat på Östersunds Sjukhus. Han har arbetat som läkare i över 30 år och han har vårdats som ineliggande patient i 6 månader. Han har arbetat för privata arbetsgivare i USA, Norge, Sudan och Ungern, med och utan vinstkrav. Han vet inte bara något om skillnaden mellan de två inriktningarna i praktiken. Han är också

en seriös forskare som ägnat en stor del av sin yrkesverksamhet till forskning och vetenskapsteori.

Jag har förtroende för honom både som forskare och praktiker. Jag delar i mångt och mycket hans åsikter när han publicerat sig i andra sammanhang. Jag kan dock inte underlåta att kommentera rubriken och texten i artikeln i Newsmill. Dessa illustrerar några grundläggande missförstånd i den allmänna debatten om vad dagens forskning och olika utredningar kan visa och vad de inte kan visa. Det är just sådana missförstånd som gör att analyserna och diskussionerna hos oss lekmän stannar upp och blir missvisande.

Nu handlar det inte om att forskare och utredare skulle vara inkompetenta och okunniga. Inge Axelsson är synnerligen kvalificerad och kunnig. Problemet är att man, för att kunna klargöra och bekräfta det påstående han gör i rubriken, måste referera till andra fenomen än enbart statistik och ekonomi.

Ignatius Semmelweis, den ungerske läkare som förklarade barnsängsfebern med att läkare inte tvättade sina händer innan de efter obduktionen förlöste kvinnorna fick inget gehör bara genom sin statistik. Ingen läkare i hela Europa följde hans råd och Semmelweis blev hånad. Försöken och statistiken var exemplariskt gjorda men förkastades ändå. Det var först när Pasteur påvisade förekomsten av bakterier som det blev självklart att tvätta händerna.

Nå – för att undvika missförstånd så måste jag påpeka att jag håller med Inge Axelsson. Jag menar, också från min egen praktiska erfarenhet, att det är mycket sannolikt att vinstkrav försämrar och fördyrar vården. Men våra gemensamma erfarenheter räcker inte för att dessutom påstå att ett sådant påstående är forskningsmässigt verifierat.

Det är på denna punkt Axelssons artikel kan göra ont värre. Den kan minska forskares trovärdighet och medverka till att politiker och opinionsbildare – precis som Semmelweis belackare – ignorerar våra praktiska erfarenheter – med argumentet att forskningsresultaten i alla fall är osäkra. Varför kan då Axelssons resonemang ifrågasättas – och vad kan man göra istället?

Axelssons redovisning, och det mesta av modern forskning, utgår från jämförelser. Vid så kallad evidensbaserad jämför man exempelvis vad

som händer när man ger en medicin med vad som händer då man inte gör det. Den principiella modellen är att man fastställer förutsättningar och insats och därefter mäter utfall i ett antal fall. Därefter jämför man utfallet i de olika fallen.

Felkällorna i denna procedur är många. Det empiriska material som man använder för ingångsvärden och utfall måste vara relevanta och jämförbara och man måste försäkra sig om att man inte jämför äpplen och päron. En viktig felkälla är också variationen i de fall som studeras. Det finns därför många som skulle kunna hävda att en jämförelse av den typ Axelsson gör i sin artikel skulle behöva ett orimligt stort antal fall – många, många fler än Axelsson refererar till och många fler än vad som är rimligt att undersöka – för att uttalandet i rubriken skall vara trovärdigt. Det var just detta motargument Semmeweis drabbades av. Belackarna kan alltid säga att i just deras fall gäller inte statistiken.

Jag är emellertid inte tveksam till Axelssons vetenskapliga arbete. Eftersom Axelson är professor i medicinsk vetenskap förutsätter jag att han tagit vederbörlig hänsyn till dessa rent vetenskapliga problem. Han kan säkert stå för att jämförelsen är korrekt och statistiskt relevant. Men jag hävdar trots detta att belackarna har rätt och att hans statistik inte räcker som bevis.

Den modell enligt vilken man i normalvetenskapen gör jämförelser mellan utfallen vid olika insatser och betingelser förutsätter nämligen att det skeende som är en konsekvens av dessa, och som man studerar, styrs av lagbundenheter, av typ fysikaliska lagar, och att relationerna mellan variablerna kan beskrivas av algoritmer som är stabila över tiden.

Fallen skall också gå att klassificera entydigt vad gäller det man avser att undersöka – exempelvis vinstmaximering – för att man skall tro att det som visar sig för fallen inom den ena betingelsen inte existerar för fallen inom den andra – och att sambanden inte bara gäller nu utan för all tid. Detta är sällan fallet för vårdverksamheter.

Skeendet i vården styrs av de interaktiva fenomen som uppstår mellan medarbetarna. Dessa interaktiva fenomen är av en sådan natur att de inte kan förutses. De uppträder inte alltid likadant. Variationerna är stora och skeendet påverkas av de berörda människornas uppfattning av vad de för tillfället är med om.

Mänskliga interaktiva mönster har därför ett eget liv. Man kan jämföra skeendet med en svärm. Till synes små förändringar, som att socialdemokraterna får en ny partiledare, kan radikalt ändra svärmens riktning. Det är därför vanligen omöjligt att utifrån gissa sig till varför svärmen agerar som den gör. Vad som är sant i ett ögonblick kan vara osant i nästa.

Axelssons redovisning är således inget "bevis". Det är bara en "observation" som säger att verksamheter i vilka människor agerar utifrån ett vinstintresse verkar ge sämre vård än de som inte lägger samma vikt vid att betona behovet av vinst. Observationen säger ingenting om vad som kan hända om man "tar bort" eller reducerar vinstintresset i verksamheter som har ett sådant eller "introducerar" det i sådana som inte har det. Utfallet och jämförelsen säger heller ingenting om vad som faktiskt händer i de verksamheter det handlar om, eller förklarar hur det faktiskt kommer sig att resultatet blir på det ena eller andra sättet.

För att kunna säga något om just detta måste man vara insatt i vilka interaktiva processer som verkar leda fram till en god och effektiv vård. Inge Axelsson och jag själv har som praktiker en viss aning om detta. Vi kan därför "gissa" att jämförelsen mellan de olika ambitionerna faktiskt visar att introduktionen av ett vinstintresse kan riskera att göra vården sämre – men det är ju bara vad vi tror.

Någon annan – och framför allt en person utan praktisk erfarenhet – kan utan vidare hävda att vi gissar fel. Det finns många osäkerheter. I en framtid när man skall introducera ett vinstintresse kan människorna i vården exempelvis ha ändrat inställning så att man då reagerar helt annorlunda på detta. Då stämmer inte påståendet. Jämför jobbskatteavdraget. Nu kan det inte avskaffas eftersom människor vant sig vid det. Så kan det också vara med vinsten.

"Beviset" för påståendet i rubriken finns i Axelssons och mitt huvud. Hur kan det komma sig att just vi kan tolka jämförelsen så att vi utifrån vår praktiska erfarenhet förstår att ett vinstintresse allvarligt medverkar till att de interaktiva processerna i en verksamhet leder in i en dålig vård? Vad är vårt centrala argument? Vad vet jag och Axelsson som just nu inte är uppenbart för alla andra, och för politiker och beslutsfattare. Vad skulle vi behöva peka på som gör att även de som inte har vår erfarenhet

måste säga. AHA – just så är det förstås. Nu förstår vi varför det blir en skillnad mellan den ena och den andra.

För att kunna svara på denna fråga krävs en forskning som utgår från praktikens erfarenheter. Det som skall studeras är inte statistiska samband utan naturen av de interaktiva processer som skapas av och mellan människor som agerar så klokt de kan utifrån givna förutsättningar. Frågor som då är relevanta är exempelvis

- "Kan det verkligen vara så att vinstintresset som sådant allvarligt påverkar alla de som arbetar i en verksamhet så att de gemensamt deltar i att göra något de själva bedömer som en bristande kvalitet och därmed sviker sina patienter"?
- "Om så är fallet – hur går en sådan påverkan egentligen till?"
- "Skulle en annan inriktning vara mer produktiv – och vilken skulle det då vara och varför?"

Jag tror många, både i vården och utanför den, har sina egna personliga svar på denna typ av frågor. Alla som har någon erfarenhet av vården har sin egen bild av vad det handlar om. Men man beskriver det olika. Ibland har man inte ord för vad man tycker sig veta. Ibland är det bara en känsla.

Kunskapen finns där men den är ännu osynlig och outtalad. För att kunna ligga till grund för gemensamma överväganden och beslut måste den dokumenteras och synliggöras. Detta är den nya forskningsuppgift som måste utföras. Det har blivit vad vi senare kallat diskurskritik. Men det kommer vi att återkomma till.

PS:

Newsmill lades ner senare under 2012.