



report

Leading Health Care nr 7 2012

Att söka *sanningen*

Om kunskapsstyrning och gränsarbete
i systematiska litteraturöversikter

Författare: Francis Lee





...medlemsforhold
...medlemsforhold
...medlemsforhold

...medlemsforhold
...medlemsforhold
...medlemsforhold

...medlemsforhold
...medlemsforhold
...medlemsforhold

...medlemsforhold
...medlemsforhold
...medlemsforhold

Att söka *sanningen*

*Om kunskapsstyrning och gränsarbete
i systematiska litteraturöversikter*

Francis Lee
*Tema Teknik och social förändring,
Linköpings universitet*

Förord

Stiftelsen Leading Health Care har under 2011-2012 haft i uppdrag av Socialstyrelsen att med forskningens glasögon närmare studera och begrunda förutsättningarna för styrning med koppling till föreskrifterna för ledningssystem för kvalitet i vården.

I arbetet med samhällsvetenskaplig och organisationsinriktad analys av vårdens komplexa verksamheter har vi ofta hittat luckor i de vetenskapliga underlagen. I denna rapport, ”Att söka sanningen” författad av Francis Lee vid Linköpings Universitet, sätts strålkastaren på det sätt vi hämtar in vetenskapliga underlag för evidensbaserad. Francis Lee vrider på sökarmen för att undersöka både det vi hittar och det vi avgränsar oss från att hitta genom vedertagen urvalsmetodik.

Författaren lämnar ett bidrag till hur vi kan bredda kunskapsbasen för att bättre förstå komplexa skeenden, och på så sätt kunna utveckla såväl bättre policies som förutsättningar för det lokala ledarskapet.

Tack till Karin Fernler, Handelshögskolan i Stockholm, som lämnade kloka synpunkter på ett utkast till rapporten.

Trevlig läsning!

Stockholm i december 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Anna Krohwinkel Karlsson, Ek Dr
Forskningsledare
Stiftelsen Leading Health Care

Sammanfattning

Trenden mot evidensbaserad forskning gör att vetenskapliga underlag för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården får alltmer genomslag. Detta gäller även frågor som inte är strikt medicinska, exempelvis hur vården ska styras och organiseras. Det gör det viktigt att diskutera hur kunskapsunderlagen inom dessa områden kommer till. Den här rapporten diskuterar hur en av de vanligaste metoderna för att definiera kunskapsläget - den systematiska litteratursökningen - tenderar att utformas på ett sätt som utesluter samhällsvetenskaplig organisationsforskning.

Rapporten visar, genom en exempelrapport från SBU, hur gränser mellan relevant och icke-relevant forskning dras i praktiken, och konstaterar att uteslutning av den samhällsvetenskapliga forskningen sker på flera nivåer i systematiska litteraturöversikter. Uteslutningen sker framförallt genom: 1) ett fokus på medicinsk-vetenskapliga databaser; 2) användning av vårdcentrerade sökord istället för generiska termer; 3) begränsning till kvantitativa studier; 4) begränsning till studier publicerade i vetenskapliga tidskrifter; 5) uteslutning av studier av andra verksamheter än vården. Slutsatsen är att det sker ett starkt gränsarbete som definierar bort organisationsforskningen när det vetenskapliga underlaget för kunskapsstyrning produceras – även när det gäller uttalade organiseringsfrågor.

Avslutningsvis diskuterar rapporten hur arbetet med att ta fram kunskapsöversikter skulle kunna förändras för att kunna inkludera samhällsvetenskaplig forskning om styrning och organisering. En rekommendation är att den involverade expertisen borde breddas samt att kriterierna för urval borde förändras, både när det gäller underlagen och dess bedömningskriterier. Slutligen ställs frågan om systematiska litteraturöversikter kan och bör vara den enda basen för att kunskapsstyra hälso- och sjukvårdens verksamhet?

Innehåll

Kunskap, gränsarbete och ”relevant forskning”	9
Empiriskt underlag	12
Från en fullständig och objektiv kartläggning...	14
...till de logiska och praktiska urvalen	15
<i>Urval av databaser</i>	16
<i>Urval av sökord</i>	19
<i>Kvalitativa kontra kvantitativa avgränsningar</i>	20
<i>Om ”få studier” som gränsarbete</i>	22
<i>Lean eller inte? Om jämförbara verksamheter</i>	22
En avslutande diskussion om gränsarbete och kunskapsstyrning	27
Referenser	30
Om Leading Health Care	31
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	31
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	31
LHC:s publikationer	32







Kunskap, gränsarbete och ”relevant forskning”

Hälso- och sjukvårdens verksamhet står i centrum för många människors intresse. Dessa olika intressen kan förknippas med en stark önskan om att ge en god vård, och med att många aktörer har en ambition att på olika sätt förändra vården i olika riktningar. En viktig grund för sådana ambitioner är kunskap om vården, om dess behandlingar, dess organisering, och dess ekonomi. De senaste decenniernas rörelse mot kunskapsstyrning och en evidensbaserad hälso- och sjukvård praktik förstärker kunskapens betydelse. Det gör det viktigt att diskutera vad som karakteriserar kunskap och kunskapsutveckling. En central utgångspunkt för den diskussionen är att kunskap aldrig kan utgöra en ren avspeglning av verkligheten. Modern vetenskapshistoria och vetenskaps sociologi har med eftertryck konstaterat att all vetenskaplig kunskap är föränderlig (Kuhn, 1962), att vetenskaplig kunskap formas av våra sociala och kulturella föreställningar och praktiker (Oudshoorn, 1994; Shapin & Schaffer, 1985), och att sättet att värdera vad som är att betrakta som kunskap utvecklas och förändras över tid och rum (Daston & Galison, 2007). I en tid där evidens och evidensbaserad styrning får alltmer genomslag (Bohlin & Sager, 2011; Fernler, 2012; Timmermans & Berg, 2003) är detta särskilt viktigt att påminna sig om, inte bara som kunskapsproducent utan minst lika mycket som utövare av kunskapsstyrning, särskilt inom kunskapsintensiva sektorer som vård och omsorg.

Ett huvudsyfte med den här rapporten är därför att bidra till att förbättra möjligheterna till god kunskapsstyrning genom att påminna om vad som utmärker kunskap och kunskapsutveckling. Särskilt kommer jag att diskutera hur innehållet i kunskapssammanställningar och kunskapsbaserade rekommendationer och standarder etableras. Även den mest ambitiösa och rigorösa kunskapssammanställning förutsätter att kunskapsanspråk väljs ut och väljs bort. Det finns olika tekniker för att åstadkomma ett sådant urval. En metod är att begränsa sökandet efter kunskap till vissa källor, exempelvis vissa publikationsdatabaser. En annan möjlighet är att sätta upp regler för vad som är att betrakta som kunskap. Inom hälso- och sjukvårdssektorn, där den medicinska vetenskapens kunskapssyn dominerar, intar exempelvis resultat från randomiserade kontrollerade studier en särställning. Detta har konsekvenser. En konsekvens är att kunskap som produceras inom andra vetenskapliga discipliner där andra vetenskapsteoretiska synsätt och andra metoder dominerar tenderar att ges mycket begränsad, om ens någon plats, när kunskap om vården ska sammanställas.

I den här rapporten kommer jag särskilt att diskutera hur sammanställningar av kunskap om ledning och styrning av hälso- och sjukvården påverkas av specifika förståelser av vad som är ”relevant forskning”, och hur olika kunskapsläget kan te sig beroende på hur ”relevant forskning” definieras. Man kan utgå från att all forskning om styrning är relevant som underlag till att förändra vårdens organisering. Men vad betyder detta påstående i praktiken? Vad är ”relevant forskning”? Den frågan måste besvaras när en kunskapssammanställning ska göras. Och svaret är inte objektivt givet. Det är resultatet av ett antal aktiva val som får specifika konsekvenser för vad som ses som relevant. I den här rapporten illustreras hur till synes operativa, tekniska val i urvalet av ”relevant forskning” är centrala i kunskapsproduktionen

om hälso- och sjukvården i allmänhet – och för ledning och styrning av vårdverksamheter i synnerhet. Frågor som belyses är hur olika val bestämmer vilken kunskap som är relevant för styrning av vården, vilken kunskap som därmed utesluts, och vilka effekter olika definitioner av relevans får för bilden av kunskapsläget. En viktig poäng med denna övning är att visa att den inom hälso- och sjukvården dominerande synen på ”relevant kunskap” reducerar samhällsvetenskapens potential att bidra till kunskapsstyrningen av vården.

Analysen tar sin utgångspunkt i en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) med titeln ”Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt” (Asplund m fl., 2010), fortsättningsvis kallad Triagerapporten. Rapporten är vald på grund av att den representerar ett ambitiöst och reflekterande försök att bredda hälso- och sjukvårdens evidenskriterier i syfte att föra in kunskap från organisations- och managementområdet i evidensbaserade kunskapssammanställningar. Detta försök att inkludera andra former av kunskap är dock en komplex uppgift. De val som görs av databaser, sökord och kvalitetskriterier privilegierar vissa kunskapsanspråk som utvecklats inom vissa kunskapsparadigm. Som jag ska visa räcker det med små justeringar av exempelvis val av databaser för att kunskapsläget ska bli ett annat.

Rapportens första del illustrerar en väl etablerad vetenskapsteoretisk och vetenskapssociologisk tes: Att kunskap, exempelvis i form av kunskapssammanställningar, endast avspeglar en praktiskt utvald del av kunskapsläget inom ett visst område. I rapportens avslutning diskuterar jag hur man som användare av kunskap kan förhålla sig till denna situation. Särskilt fokuserar jag på hur policyaktörer som har ambitionen att påverka hälso- och sjukvårdens organisering kan hantera kunskapssammanställningar som produceras inom denna samhällssektor. Två tänkbara förhållningssätt diskuteras: att försöka påverka produktionen av evidensbaserade kunskapssammanställningar mot ett bredare urval, eller att komplettera sådana kunskapssammanställningar med andra kunskapskällor och andra sätt att tillgodogöra sig forskningsresultat.

Ett teoretiskt begrepp som återkommer i rapporten är gränsarbete. Begreppet har utvecklats av vetenskapshistorikern Thomas Gieryn (1983, 1995) i syfte att beskriva de revirstrider som pågår inom vetenskapen kring vad som är forskning/icke-forskning eller ”relevant”/”icke-relevant” forskning. I vetenskapshistoriska studier beskriver begreppet det arbete som sker då olika typer av gränser eller skiljelinjer dras, försvaras, anfalls eller förstärks mellan olika kunskapsfält. Dessa strider är av förklarliga skäl ofta mycket viktiga för dem som är involverade i att definiera dem, eftersom gränsdragningarna påverkar vem som får rätt att uttala sig och inte i relation till en fråga. Sådana revirstrider berör därför i hög grad olika forskares makt och sociala status. Kunskapen ses därmed som situerad i ett specifikt sammanhang, som involverar specifika aktörer, i en specifik tid (Haraway, 1988; Mol, 1999, 2002).

Det är viktigt att poängtera att begreppet gränsarbete fokuserar på det arbete som görs för att skapa och upprätthålla gränser och inte på att beskriva vilka som är de riktiga gränserna eller vilka forskare som har rätt. På motsvarande sätt syftar inte denna rapport till att bedöma sanningshalten i de specifika kunskapsanspråk som diskuteras i Triagerapporten. Syftet är snarare att peka på de gränser som dras upp för relevant forskning, och att visa att de inte är objektivt givna. Därmed är det också möjligt att dra gränserna på andra sätt, vilket med all sannolikhet skulle få konsekvenser för definitionen av ”relevant kunskap” – exempelvis i arbetet med att styra hälso- och sjukvården.

Empiriskt underlag

Empiriskt grundar sig den här rapportens diskussion på en analys av SBU:s rapport ”Triage och flödesprocesser på akuten: en systematisk litteraturoversikt” (Asplund m fl., 2010) och på enkla kontrafaktiska litteratursökningar i vetenskapliga databaser. Syftet med dessa sökningar är inte att presentera en alternativ systematisk litteratursökning, utan att visa på att mycket små justeringar i val av bland annat databaser och sökord kan ge en helt annan kunskapsgrund att utgå från. Tanken med denna kontrafaktiska strategi är att ge konkreta illustrationer av hur olika definitioner av relevant forskning betonar vissa typer av kunskap, men utesluter andra typer, som skulle kunna ses om relevanta (Mol, 1999).

Valet av Triagerapporten har gjorts utifrån två kriterier. Ett första kriterium är SBU:s mycket starka och legitima ställning som oberoende kunskapsproducent inom den svenska hälso- och sjukvården. SBU är en statlig myndighet som har i uppdrag att ”utvärdera metoder i hälso- och sjukvården ur ett medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv” och att sprida denna kunskap via sammanställningar så att hälso- och sjukvårdens aktörer – både vårdpersonal och policyaktörer – kan tillägna sig kunskapen och anpassa sig till den. SBU tar alltså fram underlag för kunskapsstyrning och myndighetens arbete är en del i rörelsen mot en evidensbaserad praktik (Fernler, 2012).

I en enkätundersökning som SBU själv gjort, angav i det närmaste 100 procent av landstingsdirektörer, chefsläkare, hälso- och sjukvårdsdirektörer samt verksamhetschefer att de hade stort förtroende för SBU:s rapporter. En övervägande majoritet tyckte också att de hade haft praktisk nytta av resultaten (SBU, 2012). Även om SBU inte har något formellt mandat att säkerställa att dess rekommendationer implementeras i vårdpraktiken ses alltså myndigheten som en viktig aktör för att skapa kunskap om och för hälso- och sjukvården, vilket gör att de kunskaper som produceras av myndigheten kan antas bli viktiga för organiseringen och styrningen av vården.

SBU:s kunskapsammanställningar tas oftast fram av projektgrupper bestående av sakkunniga representanter för ”bland annat medicin, omvårdnad, tandvård, hälsoekonomi, etik och epidemiologi” (från SBU:s hemsida). I arbetet utgår man uttalat från de kriterier som brukar framhållas som centrala för evidensbaserad medicin. Till dessa hör en tydligt specificerad forskningsfråga som är möjlig att besvara, transparens i val av sökord och databaser, och bedömningar av vetenskapliga studier utifrån på förhand uppställda kriterier. Detta arbetssätt är starkt normerande för hur kunskap om hälso- och sjukvården ”bör” tas fram. Att metodiken beskrivs så tydligt underlättar den här rapportens syfte att visa på hur gränsdragningar mellan olika kunskaper går till, vad dessa gränsdragningar får för konsekvenser för (evidensrörelsens) definitioner av ”relevant forskning” och hur små förändringar i dessa kriterier kan påverka vad som definieras som relevant kunskap.

Att SBU använder sig av sakkunniga från olika discipliner pekar på att ambitionen är att ha en tvärvetenskaplig ansats. Det arbetssätt som SBU har valt för att ta fram kunskapsunderlag på olika områden tenderar dock likafullt att utesluta många samhällsvetenskapliga studier.

Ett ytterligare skäl för att välja rapporten om triage och flödesprocesser på akutmottagningen är att denna kunskapssammanställning försökte motverka den tendensen. Detta genom bland annat genom ett bredare val av litteraturlödbaser och en avslutande reflekterande diskussion kring hur samhällsvetenskaplig forskning – som har sin grund i andra kunskaps-teoretiska traditioner än den medicinska – ska kunna föras in i traditionella evidensbaserade kunskapssammanställningar.

Därigenom illustrerar Triagerapporten hur även medvetna och reflexiva processer för att skapa en inkluderande kunskapsbas begränsar den kunskap som definieras som relevant. Detta har särskild betydelse när det gäller ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvården, eftersom forskning om dessa frågor till stor del ligger utanför det medicinska området. En utmaning med detta är också att organisationsforskningen ofta har sin grund i andra vetenskapsteoretiska och metodologiska traditioner än medicinen. Valet av Triagerapporten har styrts av en önskan att finna en SBU-rapport som strävar efter en bred definition av relevant kunskap, och inte en rapport som är representativ för myndighetens samman-tagna produktion. Detta innebär att tendenser till att exkludera vissa former av kunskap kan antas vara minst lika starka, sannolikt ännu starkare i andra SBU-rapporter.

Ett vedertaget sätt att finna ”relevant forskning”, som också används i Triagerapporten, är att söka i vetenskapliga databaser. En praktisk fråga är vilka sökord man ska använda. Dessa val är en central del i arbetet med att definiera ”relevant forskning” och därmed en del av de makt- och intressekamper som förs kring denna kunskap. I en rapport om sjukvårdens organisering kan ”sjukvård” framstå som en självklar utgångspunkt för att avgränsa litteraturmängden: via databaser, sökord, och evidenskriterier. Men om det finns en uppsjö forskning utanför den vårdcenterade forskningen som också behandlar den organiseringsfråga man vill belysa?

För att visa hur olika definitioner av relevant kunskap påverkar vilken kunskap som bedöms som relevant kontrasterar jag, som tidigare nämnts, de litteratursökningar som gjorts i Triagerapporten med några exempel på hur små förändringar i källor eller val av sökord ger andra resultat. De kontrafaktiska sökningarna kan huvudsakligen varieras i två dimensioner: (i) var man söker – dvs. vilka databaser man använder sig av, och (ii) hur man söker – utifrån vilka begränsningar man konstruerar söksträngar. I texten nedan testar jag tre kontrafaktiska kombinationer av dessa dimensioner: Variation i databas, variation i sökord, och variation i båda. Jag använder dessa sökningar för att diskutera olika typer av ”gränsdragningsarbete” och vilka implikationer det kan få för att göra urvalet av ”relevant forskning” på ett annat sätt. Det är viktigt att påpeka att de kontrafaktiska sökningarna inte utgör en alternativ, ”bättre” systematisk litteraturgenomgång av sakområdet.

Från en fullständig och objektiv kartläggning...

Det ursprungliga uppdraget var att göra en systematisk översikt av det vetenskapliga underlaget för triage i snäv betydelse, dvs. sortering av patienter på akutmottagning utifrån riskbedömning. Projektgruppen har gått igenom det vetenskapliga underlaget för dels de vitalparametrar och sökorsaker som ingår i triageskalorna, dels triageskalornas reproducerbarhet och tillförlitlighet. Expertgruppen har dessutom undersökt det vetenskapliga underlaget för insatser riktade att påverka patientflöden/processer på akutmottagningen. (Triagerapporten, s. 18)

Syftet med att ta fram rapporten ”Triage och flödesprocesser på akutmottagningen” (Triagerapporten) var att sammanställa existerande forskning kring så kallat triage, det vill säga patientsortering utifrån riskbedömning av patientens medicinska tillstånd. Det primära syftet var alltså att undersöka det medicinvetenskapliga underlaget för att patienter på en akutmottagning systematiskt delas in i mer eller mindre prioriterade kategorier utifrån medicinsk angelägenhetsgrad. Ett undersyfte var dock att undersöka hur patientflödet påverkas av tillämpning av triage, det vill säga en organisatorisk frågeställning (Triagerapporten, s. 15). I den här rapporten fokuserar jag på detta andra syfte.

Enligt rapporten var intresset för att sammanställa kunskap om triage och flödesprocesser grundat i en vilja att förbättra och effektivisera både det medicinska omhändertagandet och organiseringen av patientflödet på sjukvårdens akutmottagningar. I metodavsnittet i Triagerapporten kommenterade man övergripande hur den sammanställningen av kunskap hade gått till:

Rapporten baseras på en systematisk granskning av den vetenskapliga dokumentationen inom ämnesområdet. Med systematisk avses att samtliga för frågeställningarna relevanta vetenskapliga studier identifieras och kvalitetsgranskas med avseende på tillförlitlighet (intern validitet) och precision. Dessutom tas hänsyn till tillämpbarheten av de internationella studieresultaten till svenska förhållanden (extern validitet). Syftet är att uppnå en objektiv och fullständig kartläggning av kunskapsläget. (Triagerapporten, s. 72)

Enligt rapportens författare hade man alltså gjort en ”systematisk granskning” av ”samtliga relevanta vetenskapliga studier” i syfte att uppnå en ”objektiv och fullständig” kartläggning av ”ämnesområdet”. Denna ideala bild av kunskap och kunskapsarbete är eftersträvarvärd, men den representerar en mycket idealistisk syn på kunskap och dess utveckling.

...till de logiska och praktiska urvalen

Avgränsning av ”relevant forskning” är ett praktiskt arbete. Oavsett vetenskapliga ideal så måste Triagerapporten praktiskt svara på frågan om vilken forskning som är ”relevant” för ett visst ämnesområde. Metoderna som används för att svara på denna fråga skapar oundvikligen gränser mellan relevant och icke-relevant forskning. En grundläggande gränsdragning för all forskning är hur ämnesområdet ska definieras. Ska kunskap om såväl alla existerande, som alla i litteraturen teoretiskt föreslagna modeller för triage och flödesprocesser samlas in och analyseras? Eller ska rapporten avgränsas till ett begränsat antal metoder? I Triagerapporten väljer man det sistnämnda alternativet, att fokusera på att avgränsa kunskapsläget till nytta och risker med tre system för triage och flödesprocesser som i dagsläget används kliniskt i Sverige:

Med de två systemen att införa ett förbättrat system för patientbedömning (inriktat på patientsäkerhet) och att förbättra processerna på akutmottagningen (inriktat på patientflöden) har det i Sverige utvecklats två olika system för triage och flödesprocesser, dvs METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) och ADAPT (Adaptivt process-triage). Groot använder cirka en tredjedel av sjukhusen idag METTS, en tredjedel ADAPT och en tredjedel det brittiska Manchester Triage Scale (MTS) alternativt lokalt framtagna triageskalor. Kring nytta och risk med dessa metoder råder osäkerhet. (Triagerapporten, s. 17)

I Triagerapporten förklaras avgränsningen med hänvisning till ”praktiska och logiska skäl”. Praktiska och logiska orsaker, som det nuvarande kunskapsläget i form av vilka studier som finns tillgängliga, ger man också som förklaring till två andra avgränsningar av ämnesområdet i rapporten:

Av praktiska och logiska skäl har följande avgränsningar gjorts av material hörande till den systematiska litteraturöversikten som således inkluderar:

- Samtliga metoder som är i kliniskt bruk
- Samtliga somatiska discipliner
- Sjukdoms- och symtomspecifikt triage (exempelvis astma och bröstsmärtor) ingår i de fall där studier av oselektad population saknas. (Triagerapporten, s. 71)

Poängen är att forskare alltid, oberoende av disciplinär tillhörighet, måste göra ett logiskt och praktiskt urval av den forskning som finns tillgänglig. Utan ett sådant urval blir arbetsuppgiften ohanterlig. Däremot är detta urval av relevant forskning varken objektivt eller fullständigt. Även om syftet med Triagerapporten är att ”uppnå en objektiv och fullständig kartläggning av kunskapsläget” (Triagerapporten, s. 72), så kan ett sådant syfte aldrig bli mer än en önskvärd strävan. Detta är forskare medvetna om, vilket illustreras i Triagerapportens hänvisningar till praktiska och logiska avgränsningar. Men det är inte bara ämnesområdet som måste avgränsas. Ett annat gränsarbete berör val av kunskapskällor.

Urval av databaser

Ett tydligt uttryck för praktiska val i arbetet med Triagerapporten finns i det urval av databaser man gjort för att söka efter relevant forskning på området. Dessa strategier beskrivs detaljerat i en bilaga till rapporten: "Bilaga 2. Sökstrategier". Här beskrivs hur olika litteratursökningar har utformats och därmed hur man arbetat för att definiera relevant och icke-relevant forskning. Bland annat beskrivs vilka databaser som man i Triagerapporten använder sig av för att identifiera relevanta publikationer. De är följande:

- PubMed
- CINAHL
- EMBASE
- British Nursing Index (BNI)
- The Cochrane Library (CL)
- Science Direct (SD)
- ProQuest ABI (PQABI)
- Business Source Premier (BSP)

Brett kan man dela upp dessa databaser i två grupper. De som handlar om medicinska frågor i bred mening och de som handlar om "organisations- och managementforskning" (Triagerapporten, s. 33-68). De fem första databaserna i listan ovan är medicinskt orienterade, och de tre sista är samhällsvetenskapligt eller organisationsvetenskapligt inriktade. De databaser som ägnas mest utrymme i rapporten tillhör den grupp som hanterar litteratur som behandlar en sjukvårdskontext. Mer specifikt ägnas bilagans 34 första sidor åt att behandla de fem medicinska databaserna ovan. Endast den sista sidan behandlar de tre databaserna som täcker "organisations- och managementforskning". Givet Triagerapportens huvudsyfte, att undersöka det medicinska värdet av triage, är fokuseringen på medicinska databaser rimlig. Men sökningarna i dessa databaser är inte begränsade till strikt medicinska frågor. Dessa databaser prioriteras också vid sökningar kring mer samhällsvetenskapliga frågeställningar.

Mer praktiskt är sökningarna i Triagerapporten uppdelade i rubriker som "Triage system" eller "Triage patientflöden". Under varje rubrik beskrivs de sökningar (sökord och logiska operatörer) som man gjort och vilka databaser som använts. Exempelvis beskrivs sökningen under rubriken "Triage system" i PubMed från april 2009 så här:

Tabell 1: Originalsökning avseende triagesystem

Triage system					
PubMed					
				Cohort studies (Me)	
				Evaluation studies (PT)	
				Validation studies (PT)	
				Comparative study (PT)	
		Triage (MeTiAb)		Controlled clinical trial (PT)	
		Emergency nursing (MeTiAb)		Randomized controlled trial (PT)	
Emergency service, hospital (Me)		Emergency care (TiAb)		Controlled (Ti)	
Emergency medical services (Me)	A	ATS (TiAb)	A	Random (Ti)	N Military (Ti)
Emergency department (TiAb)	N	CTAS (TiAb)	N	Randomly (Ti)	O Disaster (Ti)
Emergency room (TiAb)	D	MTS (TiAb)	D	Randomized (Ti)	T Disasters (Ti)
Accident and emergency (TiAb)		ESI (TiAb)		Observational (Ti)	
Trauma center* (TiAb)		CTS (TiAb)		Longitudinal (Ti)	
		METTS (TiAb)		Prospective (Ti)	
				Systematic (SB)	
				Patient satisfaction (MeTiAb)	
				Agreement (TiAb)	
<p>((("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR "emergency medical services"[MeSH Terms] OR "emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency room"[Title/Abstract] OR "accident and emergency"[Title/Abstract] OR trauma center*[Title/Abstract]) AND ("triage"[MeSH Terms] OR "emergency nursing"[MeSH Terms] OR "emergency care"[Title/Abstract] OR "triage"[Title/Abstract] OR "emergency nursing"[Title/Abstract] OR "ats"[Title/Abstract] OR "ctas"[Title/Abstract] OR "mts"[Title/Abstract] OR "esi"[Title/Abstract] OR "cts"[Title/Abstract] OR "metts"[Title/Abstract])) NOT ("military"[Title] OR "disaster"[Title] OR "disasters"[Title])) AND ("cohort studies"[MeSH Terms] OR "evaluation studies"[Publication Type] OR "validation studies"[Publication Type] OR "comparative study"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled"[Title] OR "random"[Title] OR "randomly"[Title] OR "randomized"[Title] OR "observational"[Title] OR "longitudinal"[Title] OR "prospective"[Title] OR systematic[SB] OR "patient satisfaction"[MeSH Terms] OR "patient satisfaction"[Title/Abstract] OR "agreement"[Title/Abstract])</p>					

Källa: Triagerapporten, s. 34-35.

I tabellen ovan kan vi utläsa först vilken rubrik som satts på sökningen, ”Triage system”; vilken databas som sökningen åsyftar, i exemplet ovan ”PubMed”, samt vilka sökord som använts och i vilka sökfält. I nedre delen av tabellen finner man själva söksträngen. Bilagan innehåller totalt nio sådana sökrubriker, och för varje rubrik anges de databaser som valts ut som relevanta att söka i. Detta urval av källor kan ge en första inblick i hur man dragit gränser mellan relevant och icke-relevant forskning:

Tabell 2: Sökrubriker och använda databaser

	Pub-Med	CINA HL	EM-BASE	BNI	CL	SD	PQ-ABI	BSP
Triage system	X	X	X	X	X			
Triage patientflöden	X	X	X	X	X			
Triage prognos vital signs	X	X	X		X			
Triage prognos chief complaints	X	X	X		X			
Triage hälsoekonomi patientflöden	X							
Triage hälsoekonomi vital signs	X							
Triage hälsoekonomi chief complaints	X							
Triage hälsoekonomi system	X							
Organisations- och managementforskning						X	X	X

Källa: Triagerapporten, Bilaga 2.

Som framgår av tabellen ovan används inte alla databaser för att söka litteratur under alla nio rubriker. Databasen PubMed, som fokuserar på medicinsk forskning i bred mening inklusive vissa hälsoekonomiska studier, är den till övervägande delen mest använda databasen. De sökningar som görs i PubMed täcker alla rubriker utom organisations- och managementforskning. Organisations- och managementforskning är den enda rubrik där man söker i samhällsvetenskapliga databaser. En förvånande aspekt av sökningarna är att sökrubriker som är generella och tydligt orienterade mot organisatoriska frågor, såsom exempelvis ”Triage, hälsoekonomi, och patientflöden” eller ”Triage, hälsoekonomi, system”, inte används för att söka i de samhällsvetenskapliga databaser man valt ut.

Det finns ett mycket stort antal akademiska databaser som kan innehålla artiklar och information om ett ämnesområde. Att välja ut databaser för litteratursökningar är ingen problematisk uppgift. Därför är det också en central uppgift när kunskap ska sammanställas – eftersom valet styr bilden av kunskapsläget. I fallet med Triagerapporten innebar beslutet att använda medicinskt inriktade databaser för sökningar efter övergripande organisatorisk och hälsoekonomisk forskning att stora delar av den mer samhällsvetenskapligt orienterade organisationsforskningen gjordes icke-relevant – även för att förstå icke-medicinska aspekter av hälsoekonomi och flödesorientering i vården.

Vad skulle då hända om man gjorde en kontrafaktisk sökning i en annan databas utifrån de sökparametrar som användes under rubriken Triage system (tabell 1 ovan)? Jag har gjort en, i möjligaste mån, identisk sökning i den bredare databasen Science Direct:

Tabell 3: Att bredda urvalet genom att söka i andra databaser

	Träffar i PubMed	Träffar i Science Direct
Triage system	4 025	138

Not: Sökningen genomfördes 2012-11-26. Söksträngarna var följande:

PubMed: jmf tabell 1.

Science Direct: tak({emergency department} OR {emergency room} OR {accident and emergency} OR "trauma center*") AND tak({emergency care} OR {triage} OR {emergency nursing} OR {ats} OR {ctas} OR {mts} OR {esi} OR {cts} OR {metts}) AND (title({controlled} OR {random} OR {randomly} OR {randomized} OR {observational} OR {longitudinal} OR {prospective} OR {systematic}) OR tak ({patient satisfaction} OR {agreement})). Me, PT och subset parametrar exkluderas pga skillnader i möjliga sökfält i Science Direct jämfört med PubMed.

Om man jämför antalet träffar får man 3 988 träffar i PubMed och 138 träffar i den bredare Science Direct (se tabell 3). Och träffarna är naturligtvis medicinska – eftersom sökorden är medicinska. Här kan man alltså konstatera att organisationsforskningen inte skulle ha inkluderats även om man sökte i samhällsvetenskapliga databaser – givet att man använde samma starkt medicinskt orienterade sökord.

Urval av sökord

Förutom att avgränsa sökningar till vissa databaser görs också sökordsavgränsningar i Triagerapporten. Dessa är föredömligt dokumenterade i den tidigare nämnda bilagan till rapporten. Låt oss återigen ta sökningarna som gjordes i databasen PubMed i april år 2009 under sökgruppen "Triage system" som exempel (tabell 1). Dessa sökord avgränsar den litteratur som söks till hälso- och sjukvården, till studier av triage och till statistiska undersökningar. Sökningarna är också formulerade för att utesluta forskning som berör försvaret eller katastrofer.

Dessa sökningar ger en tydlig bild av hur man gör praktiskt hanterbara urval i Triagerapporten. Genom sökorden avgränsar man "relevant forskning" som akutsjukvårdsinriktad och som baserad på specifika kvantitativa metoder. Gör man en enkel kontrafaktisk sökning genom att bredda dessa sökord och söka i den i Triagerapporten mest använda databasen PubMed ges en mycket annorlunda bild av kunskapsläget i form av mängden litteratur:

Tabell 4: Att bredda urvalet genom att öppna mot andra verksamhetsområden

	Träffar i PubMed	Skillnad
Triage system	4 025	±0
Utan begränsning till akutsjukvården	7 349	+ 3 324
Utan begränsning gentemot katastrofer och försvaret	4 099	+ 74

Not: Sökningen genomfördes 2012-11-26. Söksträngarna var följande:

Triage system: jmf. tabell 1.

Utan akutsjukvårdsbegränsning: (((("triage"[MeSH Terms] "triage"[Title/Abstract] OR "ats"[Title/Abstract] OR "ctas"[Title/Abstract] OR "mts"[Title/Abstract] OR "esi"[Title/Abstract] OR "cts"[Title/Abstract] OR "metts"[Title/Abstract])) NOT ("military"[Title] OR "disaster"[Title] OR "disasters"[Title])) AND ("cohort studies"[MeSH Terms] OR "evaluation studies"[Publication Type] OR "validation studies"[Publication Type] OR "comparative study"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled"[Title] OR "random"[Title] OR "randomly"[Title] OR "randomized"[Title] OR "observational"[Title] OR "longitudinal"[Title] OR "prospective"[Title] OR systematic[sb] OR "patient satisfaction"[MeSH Terms] OR "patient satisfaction"[title/abstract] OR "agreement"[title/abstract])).

Utan begränsning gentemot katastrofer och försvaret: ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR "emergency medical services"[MeSH Terms] OR "emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency room"[Title/Abstract] OR "accident and emergency"[Title/Abstract] OR trauma center*[Title/Abstract]) AND ("triage"[MeSH Terms] OR "emergency nursing"[MeSH Terms] OR "emergency care"[Title/Abstract] OR "triage"[Title/Abstract] OR "emergency nursing"[Title/Abstract] OR "ats"[Title/Abstract] OR "ctas"[Title/Abstract] OR "mts"[Title/Abstract] OR "esi"[Title/Abstract] OR "cts"[Title/Abstract] OR "metts"[Title/Abstract]) AND ("cohort studies"[MeSH Terms] OR "evaluation studies"[Publication Type] OR "validation studies"[Publication Type] OR "comparative study"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled"[Title] OR "random"[Title] OR "randomly"[Title] OR "randomized"[Title] OR "observational"[Title] OR "longitudinal"[Title] OR "prospective"[Title] OR systematic[sb] OR "patient satisfaction"[MeSH Terms] OR "patient satisfaction"[title/abstract] OR "agreement"[title/abstract])).

Återigen, avgränsningar är inte objektivt givna. En kunskapssammanställning som säger sig behandla ett och samma område kan, beroende på val av söktermer definiera relevant respektive icke-relevant forskning på mycket skilda sätt och därmed ge skilda bilder av kunskapsläget. De exempel som hittills getts på hur relevant kunskap kan avgränsas har fokuserat på val av databaser och söktermer. En annan metod för att avgränsa relevant kunskap är att sätta upp regler för vad som är att betrakta som kunskap av ”rätt sort”.

Kvalitativa kontra kvantitativa avgränsningar

Från andra källor, exempelvis referenslistor, tillkom ytterligare 36 artiklar efter så kallad ”snowballing”. Antalet artiklar som befanns beskriva problem kring patientflöden på akutmottagningen var stort, dock var redovisningarna i flertalet fall av deskriptiv art vilket medförde exkludering. (Triagerapporten, s. 146)

Ett annat tydligt gränsarbete som görs i Triagerapporten är fokuseringen på kvantitativa metoder. Skillnaden i antal studier som identifieras om man begränsar sökningar av litteratur till vissa metoder, kontra om man söker utan metodfokus är slående:

Tabell 5: Att bredda urvalet genom att öppna mot andra forskningsmetoder

	Träffar i PubMed	Skillnad
Triage system	4 025	±0
Utan fokus på kvantitativa studier	12 581	+ 8 556

Not: Sökningen genomfördes 2012-11-26. Söksträngarna var följande:

Triage system: jmf. tabell 1.

Utan fokus på kvantitativa studier: (((“emergency service, hospital”[MeSH Terms] OR “emergency medical services”[MeSH Terms] OR “emergency department”[Title/Abstract] OR “emergency room”[Title/Abstract] OR “accident and emergency”[Title/Abstract] OR trauma center*[Title/Abstract]) AND (“triage”[MeSH Terms] OR “emergency nursing”[MeSH Terms] OR “emergency care”[Title/Abstract] OR “triage”[Title/Abstract] OR “emergency nursing”[Title/Abstract] OR “ats”[Title/Abstract] OR “ctas”[Title/Abstract] OR “mts”[Title/Abstract] OR “esi”[Title/Abstract] OR “cts”[Title/Abstract] OR “metts”[Title/Abstract])) NOT (“military”[Title] OR “disaster”[Title] OR “disasters”[Title]))

I den kontrafaktiska sökningen i PubMed blev skillnaden en nästan 200-procentig ökning av antalet publicerade rapporter. I Triagerapporten görs dock en entydig avgränsning till kvantitativ forskning. Även när man använder sig av den kvalitativa ”snöbollsmetoden”, som innebär att man via referenslistor försöker hitta andra relevanta artiklar, utesluter man artiklar på sakområdet som baseras på kvalitativa studier. Kvalitativt grundad kunskap görs därför konsekvent till ”icke-relevant” forskning. Följden är att den organisatoriskt inriktade samhällsvetenskapen får svårt att vinna hävd i relation till den medicinska vetenskapen – eftersom mycket organisationsforskning är kvalitativ.

Att kvantitativ forskning har en speciell status inom stora delar av vetenskapen är väl belagt inom vetenskapssociologin. Kvantitativa metoder är också, som Thoresson (2011, s. 28) pekat på ”generellt [är] attraktiva och efterfrågade i offentlig administration”. I relation till hälso- och sjukvården har evidensrörelsen förstärkt denna tendens, både vad gäller forskning och mer praktisk administrativ kunskapsproduktion. När vetenskapsteoretiker ska förklara kvantitativa studiers dominans är svaret inte att kvantitativa metoder åstadkommer bättre avspieglingar av verkligheten. Däremot medför kvantitativa metoder att kunskapsproduktionen standardiseras, att det skapas en regelstyrd ”mekanisk objektivitet” (Daston & Galison, 1992, 2007; Porter, 1995). En fördel med att standardisera kunskapsproduktionen är att det blir lättare att jämföra och sammanställa resultat från olika studier. Samtidigt är regeln att standardiserade metoder ”osynliggör antaganden och annat som uppfattas som subjektivitet eller godtycklighet” (Thoresson, 2011, s. 28). Sådana antaganden kan i princip öppnas upp och synliggöras, men i praktiken sker det relativt sällan, särskilt inte i den praktiska användningen av kunskap. I sådana sammanhang skapar kvantitativa metoder en bild av en objektiv kunskap där praktiska och subjektiva urval döljs.

Om ”få studier” som gränsarbete

I Triagerapporten konstateras också att ”inom organisations- och managementfältet finns det få studier gjorda på akutmottagningar” (Triagerapporten, s. 90). Referenser till antalet studier används alltså som ett sätt att definiera organisationsforskningen som marginell i förhållande till antalet publicerade artiklar inom sjukvårdens organisering. Vad rapportförfattarna konstaterar är emellertid endast att man funnit få studier inom organisations- och managementfältet, i de sökningar som man har valt att göra, i det begränsade antal databaser som man har valt att söka i, med de sökord som man har valt. Men detta sägs inte uttryckligen, utan man använder språket till att skifta modalitet, från ”få träffar i de begränsade sökningar vi gjort” till påståendet att det finns ”få studier gjorda”, vilket är ett uttalande om verklighetens beskaffenhet (jmf. Latour & Woolgar, 1986; Latour, 1987).

Att använda antalet studier som ett mått på hur stort eller relevant ett forskningsfält är dessutom problematiskt på flera sätt. Detta diskuteras intensivt i en bredare internationell bibliometrisk debatt om olika traditioners publiceringsmönster. En central fråga i denna debatt handlar om hur man ska bedöma forskning utifrån sökningar i databaser (KI, 2008; Hansen & Lindblad, 2010; Hicks, 2004). Dilemmat är att det finns stora skillnader i publikationsmönster mellan olika discipliner och mellan olika vetenskapstraditioner. Att jämföra naturvetenskap och humaniora när det gäller antalet publikationer är exempelvis mycket problematiskt, bland annat på grund av olika traditioner i vad som ska utmärka en publikation, var de publiceras, och i vilka former som de görs tillgängliga. I organisationsforskningen publiceras ofta studier i andra former än i vetenskapliga tidskrifter såsom offentligt beställda utredningar eller utvärderingar. Då är ju också frågan om databaser som indexerar vetenskapliga tidskrifter täcker in den forskning man är intresserad av att ta del av.

Att använda mängden publikationer i ett antal utvalda databaser är ett sätt att begränsa vad som är ”relevant forskning” som en kunskapssammanställning bör ta hänsyn till. Och det är ett tveksamt mått på hur mycket forskning som finns inom ett område: Dels för att man inte kan utgå ifrån att antalet publikationer över huvud taget är ett bra mått på hur mycket produktion som pågår inom alla vetenskapliga discipliner och sub-discipliner. Dels på grund av att det är lätt att missa stora delar av den forskning som är relevant för ett område på grund av valet av databaser och sökord.

Lean eller inte? Om jämförbara verksamheter

Val av sökord är särskilt komplicerat i relation till delar av den samhällsvetenskapliga forskningen. Inom samhällsvetenskapen kan olika begrepp användas för att fånga liknande fenomen. Samtidigt kan ett och samma begrepp ha olika innebörd beroende på vilken disciplin eller teoritradition som använder begreppet. Vidare finns det ofta anledning att dra paralleller mellan olika fenomen, exempelvis finns det många organisatoriska lösningar som utgör varianter på en och samma generiska lösning. Ett exempel på det senare är just begreppet triage som är en variant av begreppet lean.

Införandet av triage och nya flödesprocesser på svenska akutmottagningar har i flera fall varit inspirerat av lean, ett brett koncept och ursprungligen från japanska bilindustrin. De bärande principerna i lean handlar om flödesorientering, reducering av onödiga arbetsmoment, ständigt förbättringsarbete samt alla medarbetares medverkan. Flödesorienteringen flyttar fokus från effektiva enheter och utnyttjande av produktionsresurser till snabbt och enkelt flöde av exempelvis patienter. Flödesorientering kan vara särskilt lämplig för elektiv eller planerad vård som karakteriseras av relativt höga volymer av snarlika patienter. Men efter anpassning skulle flödesorientering kunna fungera väl också när belastningen varierar kraftigt, som i akutsjukvården. (Triage-rapporten, s. 17-18)

Redan i Triagerapportens sammanfattning poängteras att lean är en viktig inspirationskälla till införandet av triage och flödesprocesser i svensk akutsjukvård. Att rapportförfattarna är medvetna om denna koppling mellan triage och den bredare organiseringsrörelsen är även synlig i själva rapporten, där det finns ett särskilt avsnitt som behandlar lean. I de litteratursökningar som gjorts lyser däremot ordet lean med sin frånvaro. Triagerapportens författare definierar alltså lean som relevant för rapportens innehåll, men inte som relevant för den specifika litteratursökningen.

En förklaring till att Triagerapporten beskriver lean som en inspirationskälla för triage, men som alltför främmande för att försöka lära sig något av, kan vara att denna avgränsning är ett uttryck för att det finns en kamp mellan olika sorters expertis om vem som ska definieras som relevant för sjukvårdens organisering. Är det företrädare för organisationsforskningen om lean som har mest kunskap om process- och flödesorientering – också i form av triage? Eller är det experter vars kompetens är begränsad till hälso- och sjukvårdens organisering som har denna kunskap? Är hälso- och sjukvården så väsensskild från andra verksamheter att akutsjukvården har lite att lära av den omfattande forskning som finns om processorientering inom andra samhällssektorer? Eller är de grundläggande principerna så likartade att det viktigaste är att söka den kvalitativt bästa kunskapen om hur verksamheter ska processorienteras? Oberoende av det gränsarbete som faktiskt görs i Triagerapporten visar detta på en central aspekt i kunskapsproduktion: Att göra (eller inte göra) fenomen jämförbara (Espeland & Stevens, 1998).

Triagerapportens författare avgränsar den relevanta forskningen till undergruppen triage inom en samhällssektor; hälso- och sjukvården. Däremot görs t ex ingen avgränsning mot andra nationella kontexter än de svenska, vilket kunde varit en rimlig avgränsning givet de organisatoriska skillnader som finns mellan olika länders hälso- och sjukvårdssystem. Exempelvis i form av varierande hierarkiska strukturer, professionella ansvarsområden eller ekonomiska ersättningssystem. Trots att sådana nationella kulturella skillnader kan ha stor betydelse för arbetet med att flödesorientera en verksamhet gör Triagerapportens författare studier från olika nationella kontexter jämförbara, men inte studier från olika samhällssektorer. Jämförbarhetskapande arbete är ännu ett exempel på hur relevant kunskap görs i relation till en viss fråga eller ett visst område inte är av naturen givna. Det är resultatet av ett gränsarbete som bland annat involverar definitioner av ämnesområdet, val av kunskapskällor, val av sökord och konstruktion av likhet/olikhet.

Utifrån ovanstående kan man dra slutsatsen att för att inkludera organisationsforskningen i systematiska litteraturoversikter på vårdområdet, skulle i de flesta fall antagligen både sökord och källor behöva förändras. En kontrafaktisk sökning utifrån begreppet "lean" (som alltså inte ingick i de ursprungliga sökningarna i Triagerapporten) och olika akutsjukvårdsbegrepp kan illustrera poängen.

Tabell 6: Kvalitativ semisystematisk sökning i flera databaser

	Träffar i PubMed	Träffar i Science Direct	Träffar i Google Scholar
Lean inom akutsjukvården	70	0	17 300

Not: Sökningen genomfördes 2012-11-26. Söksträngarna var följande:

PubMed: (lean[Title/Abstract]) AND ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR "emergency medical services"[MeSH Terms] OR "emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency room"[Title/Abstract] OR "accident and emergency"[Title/Abstract] OR trauma center*[Title/Abstract] OR "emergency nursing"[MeSH Terms] OR "emergency care"[Title/Abstract] OR "emergency nursing"[Title/Abstract])

Science Direct: tak({lean}) AND tak("emergency service, hospital" OR "emergency medical services" OR "emergency department" OR "emergency room" OR "accident and emergency" OR «trauma center» OR «emergency nursing" OR "emergency care")

Google Scholar: lean "emergency service, hospital" OR "emergency medical services" OR "emergency department" OR "emergency room" OR "accident and emergency" OR «trauma center» OR "emergency nursing" OR "emergency care"

Som framgår av tabellen genereras väldigt olika resultat beroende på vilken källa man väljer - antalet artiklar från tre till över fyra tusen. Noteras bör dock att eftersom databaserna har så olika sökmöjligheter – i PubMed och Science Direct kan man begränsa sökningen till title/abstract abstract respektive title/abstract/keywords, medan Google Scholar endast tillåter sökning i fulltext – blir också sökningarna väldigt olika. Resultaten är med andra ord inte jämförbara kvantitativt, men ger ändå en indikation på variationen i täckning mellan olika typer av databaser.

Vi kan snabbt konstatera att vi i PubMed får ett begränsat antal träffar, i Science Direct inga träffar alls, medans fulltextsökningen i Google Scholar genererar 17 300 träffar. Om vi ögnar träffarna vi fått i PubMed och Google Scholar kan vi också konstatera att det verkligen är fråga om forskning om lean i sjukvården:

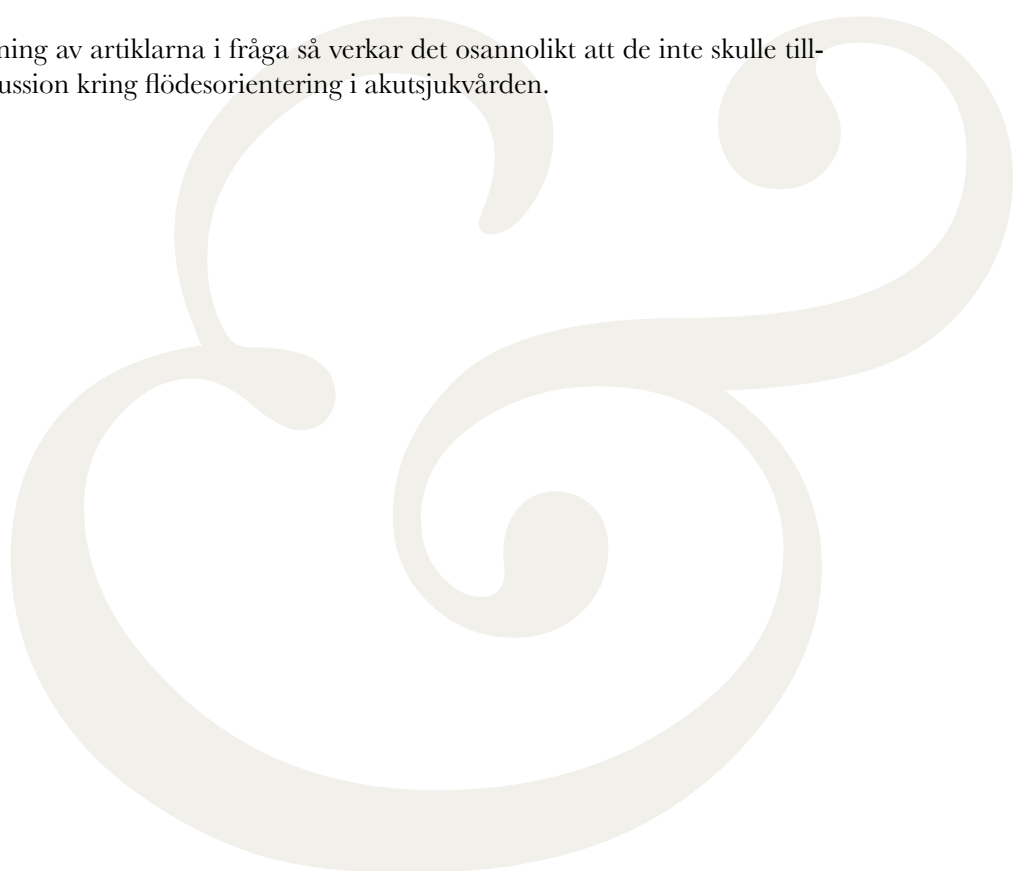
Ett axplock av träffar från PubMed:

- Lean-driven improvements slash wait times, drive up patient satisfaction scores.
- Doing more with less: applying lean methodology to EMS.
- How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden
- A Structured Approach to Transforming a Large Public Hospital Emergency Department via Lean Methodologies.

De fem första träffarna från Google Scholar:

- Redesigning emergency department patient flows: application of Lean Thinking to health care
- Application of lean manufacturing techniques in the emergency department
- Use of lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals
- Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department
- Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre

Utan en närmare läsning av artiklarna i fråga så verkar det osannolikt att de inte skulle tillföra något till en diskussion kring flödesorientering i akutsjukvården.





En avslutande diskussion om gränsarbete och kunskapsstyrning

Syftet med den här rapporten har inte varit att argumentera för att de kunskapsval som gjordes i Triagerapporten var felaktiga. Syftet har varit att påminna om att inte ens den mest rigoröst framställda kunskapssammanställning är en avspeglning av praktiska urval. En bild av ett kunskapsläge förutsätter att det görs ett antal pragmatiskt och praktiskt grundade val. En nödvändig uppgift i detta är att avgränsa vad som är ”relevant forskning”. Ett sådant gränsdragningsarbete är lokalt situerat i tid och rum, det vill säga kunskapen görs till relevant av specifika aktörer i en specifik situation.

I Triagerapporten kan vi finna spår av gränsdragningsarbetet som särskiljer ”relevant” och ”icke-relevant” forskning via flera metoder: Avgränsningen av ämnesområdet till bland annat tre kliniskt använda triagesystem, fokuseringen på medicinska snarare än samhällsvetenskapliga databaser, valet av vårdcentrerade sökord i stället för generiska termer, uteslutning av kvalitativ forskning, ensidig fokusering på vissa publiceringstraditioner och jämförhetskapande arbete bland annat i relation till nationell kontext, där hälso- och sjukvårdssektorn konstruerades som unik, medan den nationella kontexten konstruerades som oviktig. Tillsammans upprättar detta gränsarbete en mångfald gränser mellan medicinsk och organisationsvetenskaplig kunskap om styrning. Gemensamt är dock att organisationsforskning på olika sätt bortdefinieras som ”icke-relevant” och dess bidrag marginaliseras.

En central slutsats i denna studie är att sökstrategierna som definierar ”relevant forskning” måste breddas för att organisationsforskningen ska kunna inkluderas i litteraturöversikter och sammanställningar av forskningsläget. Frågan är dessutom om systematisk litteratursökning är den rätta metoden för att finna relevant forskning? Vi har genom kontrafaktiska sökningar ovan konstaterat att variationen i antal studier som identifieras är mycket stor när sökvariabler (sökord, databaser, sökfält) varieras. Frågan är om andra, mer kvalitativa, sökstrategier måste tillämpas för att kunna inkludera organisationsforskningen och sortera ut de ”relevanta” studierna? Troligen är det så.

Som nämndes i inledningen var ett skäl till valet att utgå från Triagerapporten i denna studie att det fanns en ambition hos SBU att inkludera organisationsforskning i sammanställningen av kunskap. Sedermera kom den systematiska litteraturöversikten dock att begränsas till medicinskt inriktad forskning om hälso- och sjukvården. Organisationsforskning om lean och en mer övergripande diskussion om hur organisationsforskningen ska kunna bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdens organisering placerades i separata avsnitt, som bihang till rapportens kärna.

Vilka implikationer har då detta för dem som via kunskapsstyrning vill förbättra vårdens ledning och organisering, och för dem som i egenskap av användare av dessa sammanställningar är tänkta att formas av styrsignalerna? Helt centralt är att ständigt påminna sig om att ”relevant forskning” inte är en självklar sanning som har tagits fram enligt några självskrivna kriterier. Bilden av kunskapsläget är ett resultat av ett aktivt och praktiskt urval där de ur-

valskriterier som förhandlas fram i processen varken ger någon ”fullständig” eller ”objektiv” kunskap. I den här rapporten har jag särskilt betonat hur formeringen av urvalskriterier utgjorde en del av en gränsdragningsprocess mellan medicinsk och organisatorisk kunskap, där den sistnämnda kom att uteslutas. I Triagerapporten argumenterade författarna för att det finns två vägar att gå i relation till organisationsteoretisk forskning:

Samtidigt som det kan krävas en anpassning av SBU:s arbetssätt om organisations- och managementforskningen ska kunna täckas in, är det uppenbart att organisations- och managementforskningen har ett behov att anpassa sig till den kultur som råder inom hälso- och sjukvården. Det finns inom vården en utbredd skepsis mot denna typ av forskning och forskarna har inte själva förmått att minska misstron. De behöver oftare än idag visa den praktiska nyttan för vardagssjukvården av sina forskningsframsteg. (Triagerapporten, s. 36)

Även om det finns en öppenhet för att också den medicinska vetenskapstraditionen måste vidga sitt perspektiv, dras än en gång en gräns mellan relevant och icke-relevant forskning. Denna innebär att organisationsforskningen marginaliseras genom att krav ställs på att den forskningstraditionen ska förändras för att bland annat visa den ”praktiska nyttan för vardagssjukvården av sina forskningsframsteg”. Därigenom skapas en sorts omvänd bevisbörda för organisationsforskningen där ansvaret inte ligger på de medicinska experterna i att ta reda på vilken forskning som kan vara relevant för organiseringen av sjukvården. I stället måste de forskare som vill betraktas som relevanta anpassa sig till hälso- och sjukvårdskulturen.

Jag menar dock att detta argument inte kan motiveras utifrån att det finns fundamentalt olika förutsättningar för kunskapsproduktion inom naturvetenskapen och samhällsvetenskapen. Snarare har vetenskapshistorien visat att de medicinska vetenskaperna, precis som samhällsvetenskaperna, ”bedriver studier av objekt som förändras över tid” (Triagerapporten, s. 263). Ett exempel på detta är upptäckten av DNA-molekylen – som tidigare inte funnits som vetenskapligt objekt. Denna upptäckt ledde till att nya forskningsfält, begrepp, teorier, metoder, och inriktningar etablerades. Precis som samhället, organisationer, eller relationer är i ständig förändring är också de naturvetenskapliga objekten och kunskaperna i ständig förändring. Detta konstaterande är centralt, eftersom det är en återkommande tankefigur att samhällsvetenskapen är mycket annorlunda till sin natur jämfört med naturvetenskapen, vilket också anses göra det svårt att föra samman kunskaper från de olika områdena (jmf. Triagerapporten, s. 263; Fernler, 2012). Utifrån ett vetenskapssociologiskt perspektiv har detta ”problem” alltså inte sin grund i de olika vetenskapernas radikalt olika karaktär, utan har med gränsarbete att göra. Det jag vill poängtera med detta resonemang är att de påstådda skillnaderna mellan olika vetenskapstyper också är en typ av gränsarbete som får effekten att man utesluter samhällsvetenskaplig kunskap som har stor relevans för styrning, ledning och organisering av hälso- och sjukvården.

En möjlighet för att förbättra förutsättningarna för att inkludera organisationsforskningen är att förändra metoderna och kriterierna för hur systematiska kunskapssammanställningar genomförs. Ska man inkludera andra vetenskaper innebär det ett behov av att radikalt bredda såväl kompetensen hos de involverade experterna, karaktären på forskningsunderlagen såväl som kriterierna för hur forskningen ska bedömas. Frågan är om systematiska litteraturöversikter kan och bör vara den enda basen för att kunskapsstyra hälso- och sjukvårdens verksamhet? De systematiska kunskapsöversikterna bör nog istället ses som en bild av kunskapsläget bland flera. Den kunskapsbild som systematiska kunskapssammanställningar producerar behöver därför också kompletteras med andra metoder för kunskapsinhämtning för att kunna få en mer heltäckande bild av kunskapsläget. Praktiskt och pragmatiskt är detta sannolikt den rimligaste vägen att gå. Ska detta genomföras krävs också här ett systematiskt tillvägagångssätt. En grundförutsättning för detta arbete är en ökad förståelse för olika vetenskapliga traditioner och den kunskap som de producerar. I detta ingår förståelsen för hur olika typer av kunskap kan användas praktiskt, till exempel för att kunskapsstyra.

Referenser

- Asplund, K., Castrén, M., Ehrenberg, A., Farrokhnia, N., Göransson, K., Jonsson, H. K., et al. (2010). Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Bohlin, I., & Sager, M. (2011). Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv.
- Daston, L., & Galison, P. (1992). The image of objectivity. *Representations* (40), 81-128.
- Daston, L., & Galison, P. (2007). *Objectivity*. New York: Zone Books.
- Espeland, W., & Stevens, M. (1998). Commensuration as a social process. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 313-343.
- Fernler, K. (2012). Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete. I LHC report 2012:2. Stockholm: Leading Health Care.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781-795.
- Gieryn, T. F. (1995). Boundaries of Science. In S. Jasanoff, G. E. Markle, J. C. Peterson & T. J. Pinch (Eds.), *Handbook of Science and Technology Studies* (s. 393-443). London: Sage.
- Hansen, M., & Lindblad, S. (2010). Forskningskommunikation och publiceringsmönster inom utbildningsvetenskap: en studie av svensk utbildningsvetenskaplig forskning vid tre lärosäten Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Hicks, D. (2004). The Four literatures of Social Science. I H. F. Moed, W. Glänzel & U. Schmoch (red.), *Handbook of quantitative science and technology research: the use of publication and patent statistics in studies of S & T systems* (s. 473-496). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- KI (2008). Bibliometri: publikationsmätning för forskningsanalyser. Stockholm: Projektgruppen för bibliometri vid Karolinska Institutet, Karolinska Institutets Universitetsbibliotek.
- Kuhn, T. (1962). The Historical Structure of Scientific Discovery. *Science*(136), 760-764.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts* (2nd ed.). Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.
- Latour, B. (1987). *Science in Action*. Cambridge, MA: Harvard UP.
- Mol, A. (1999). Ontological Politics: a Word and Some Questions. I J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor-Network Theory and After* (s. 74-89). Oxford: Blackwell.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke UP.
- Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the natural body: An archeology of sex hormones*. London: Routledge.
- Porter, T. M. (1995). *Trust in Numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton: Princeton UP.
- SBU (2012). SBU påverkar vården: ett försök att värdera effekterna av kunskapsspridning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Shapin, S., & Schaffer, S. (1985). *Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the experimental life*. Princeton: Princeton UP.
- Thoreson, K. (2011). Att beräkna det goda samhället: samhällsekonomiska analyser och gränslandet expertis-politik inom transportområdet. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för TEMA.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Vem arbetar för SBU. Hämtad 1 Nov, 2012, från <http://sbu.se/sv/Om-SBU/Organisation/>

Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningsetik. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Tyrstrup, Mats: *Styrning med förhinder: Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor.* LHC Report Nr 6 2012.

Hagbjer, Eva: *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningsystemens utformning.* LHC Report Nr 5 2012.

Brattström, Anna: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling.* LHC Report Nr 4 2012.

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra.* LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar.* LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre.* LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningsystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldrevården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: Lika vård för alla? *En studie av vårdkedjan för prostatacancer*. LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen*. LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value*. Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: Heart Center Varde. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång*. Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL och EFI.





 *Leading Health Care*