



Københavns Universitet

Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet

Johansen, Katrine Schepelern; Jansbøl, Kåre; Kousgaard, Lars Marius Brostrøm

Published in:

Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund

Publication date:

2011

Document version

Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

Johansen, K. S., Jansbøl, K., & Kousgaard, L. M. B. (2011). Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, (15), 5-10.

Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 15, 2011

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 15: *Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet*

© 2011 forfatterne og udgiverne

Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Susanne Reventlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

Gæsteredaktører:

Ulf Kåre Jansbøl, Dansk Sundhedsinstitut, København
Katrine Schepelern Johansen, Institut for Antropologi, Københavns Universitet
Marius Brostrøm Kousgaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet

Peer review foretages af et tværvidenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

Proof: Emil Mølgaard Morell

Layout og prepress: Ea Rasmussen

Tryk: Werk Offset, Højbjerg

Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg

Bestilling og abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg
Torsdag kl. 13.00-16.00, tlf. 89424597
Email: sydomogsamfund@hum.au.dk
Hjemmeside: ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sydomogsamfund

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

Formål:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

Aims and scopes

The Journal for Research in Sickness and Society is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

Indhold

Kåre Jansbøl, Katrine Schepelern Johansen & Marius Brostrøm Kousgaard

Introduktion 5

Kjeld Høgsbro

Evidensbaseret praksis – forhåbninger, begrænsninger og muligheder 11

Morten Hulvej Rod

Evidenssproget: Om sprog, viden og virkning i forebyggelse 31

Nichlas Permin Berger & Karsten Vrangbæk

Kan MTV styrkes ved brug af realistisk evaluering?

– Udfordringer, barrierer og muligheder ved brug af realistisk evaluering til vurdering af komplekse behandlingsteknologier 55

Katrine Schepelern Johansen & Kathrine Louise Bro Ludvigsen

Antropologiske evalueringer af misbrugsbehandling

– viden om kompleksitet, relationer og hverdagspraksis 77

Maria Laura Lippert

Kvalitetsmålinger i almen praksis: ny teknologi og gamle logikker 97

Morten Knudsen

Om grænser for kvalitetsteknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem 121

Peter Dahler-Larsen

Om evalueringsbølgens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer 149

Abstracts in English 165

Forfatterliste 171

Skrivevejledning 173

Beskrivelse af nr. 16 176

Kvalitative perspektiver på evalueringer i sundhedsvæsenet

Kåre Jansbøl, Katrine Schepelern Johansen & Marius Brostrøm
Kousgaard

I 1924 iværksatte Adolf Meyer – leder af USA's førende psykiatriske forskningsafdeling på Johns Hopkins Medical School – en evaluering af behandlingen på et psykiatrisk statshospital i New Jersey. Hospitalet blev ledet af Meyers kollega og tidligere medarbejder Henry Cotton. Cotton hævdede, at hele 85% af patienter med alvorlige psykiske lidelser kunne helbredes med de metoder, som han havde udviklet og anvendt på New Jersey Statshospital. Cotton gav dermed patienter, pårørende, læger, politikere og skatteborgere håb, idet almindelig behandling af lignende lidelser dengang primært bestod i dyr forvaring. Cottons behandlingsregime lå i forlængelse af den bakteriologiske revolution. I 1913 havde man opdaget den syfilitiske organisme, som var årsagen til den farlige mentale sygdom GPI (General Paralysis of the Insane). Cotton drog vidtrækkende konsekvenser af den bakteriologiske tilgang og mente, at sindssygdomme i det væsentlige skyldtes infektioner. Cottons behandlingsregime bestod derfor i fjernelse og forebyggelse af betændelsestilstande. Hospitalet fjernede patienters tænder, tyktarme, tonsiller, livmoderhalse samt foretog kirurgiske rensninger af kroppens hulrum (f.eks. næse og øre).

Evaluatoren, Phyllis Greenacre, opdagede hurtigt, at der var rod i journalerne fra Cottons hospital. Bl.a. vidste man ikke, om patienter blev genindlagt, og definitionen af 'rask' var tilfældig og skønsmæssigt anslået. Greenacre vurderede også, at ca. 45% af patienterne døde som følge af behandlingen. Hun informerede hurtigt Meyer om dette, og Meyer overbragte Cotton de nedslående evalueringresultater. Cotton godtog dem imidlertid ikke, og da Meyer ikke ville lade evalu-

eringen publicere mod Cottons ønske, fortsatte Cotton sin behandling. Kort tid efter begyndte offentligheden dog at interessere sig for de mange dødsfald blandt patienterne på sindssygehospitalet, men på trods af en turbulent og kritisk periode, som omfattede en offentlig undersøgelseskommision, kunne Cotton fortsætte behandlingen, indtil han trak sig tilbage i 1930. Den nye overlæge fortsatte ikke den kontroversielle behandlingsform.¹

Historien om Henry Cotton rummer flere væsentlige pointer og problemstillinger med relation til artiklerne i dette temanummer om evalueringer i sundhedsvæsenet:

Evalueringemetoder og evidenshierarkier

For det første angår historien en sundhedsskadelig behandlingsform, som fik lov at fortsætte alt for længe. Lægefagets historie rummer flere lignende tilfælde, der ofte fremhæves som eksempler på, hvor galt det kan gå, når nye behandlingsprincipper indføres uden en grundig evaluering af deres effekt, eller man fortsætter en behandling uden evidens. På denne baggrund fremstår evalueringer af nye og eksisterende behandlingsformer efterhånden som selvindlysende nødvendige i det moderne sundhedsvæsen. Her er den foretrukne metode (guld standarden) blevet det randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) samt metaanalyser af sådanne forsøg. RCTens og metaanalysens særlige status i sundhedsvæsenets 'evidenshierarki' er dog ikke ukontroversiel. Flere af artiklerne i temanummeret fokuserer på forskellige typer af begrænsninger og mulige bivirkninger ved de måder, som evidens opfattes og produceres på i sundhedsvæsenets evalueringer.

Kjeld Høgsbro beskriver og analyserer produktionen af randomiserede kontrollerede forsøg og meta-analyser. Han viser bl.a., at meta-analyserne – på grund af det enorme omfang af undersøgelser – nødvendigvis må fravælge mange evalueringer. Dette sker ved hjælp af et formelt evidenshierarki, hvor visse undersøgelsestyper vægtes højere end andre (f.eks. vægtes randomiseret forsøg højt og kvalitativ deltagerobservation lavt). Høgsbro argumenterer imod dette og for en evidensstypologi, hvor forskellige aspekter undersøges med forskellige metoder (f.eks. undersøges effekt med RCT og kontekst med deltagerobservation). Hvor evidenshierarkiet er relativt simpelt, er Høgsbros evidensstypologi mere kompleks. Den forudsætter således, at evaluatorene kan identificere forskellige problemstillinger indenfor en evaluering og operationalisere en sådan identifikation ved at anvende relevante metoder til de forskellige problemstillinger.

Morten Hulvej Rod analyserer i sin artikel, hvad der sker, når idealer om evidensbaseret praksis møder politiske krav om handling i en situation, hvor den foreliggende evidens er mangelfuld.

I Rods case om forebyggelsesindsatser i kommunerne eksisterer der således ikke evalueringer, der kan bidrage med evidensbaseret viden om, hvilke kommunale forebyggelsestiltag, der virker. Men samtidig er det politisk uacceptabelt ikke at forebygge – hvilket ellers burde være den logiske konsekvens af den manglende evidens. Derfor diskuterer man på det kommunale forebyggelsesområde, om der findes forskellige former for evidens (jf. Høgsbros diskussion). Ifølge Rod betyder dette, at det bliver uklart for en del af aktørerne i feltet, hvad der egentlig menes med evidens. Brugen af det, som Rod kalder “evidens-sproget”, slører, at der er betydelig usikkerhed om, hvilke forebyggende tiltag man kan tillade sig at igangsætte. Artiklen illustrerer dermed, hvordan politiske krav kan påvirke og begrænse evidenskravets magt.

Ligesom Høgsbro tager Karsten Vrangbæk og Nichlas Permin Berger i deres artikel udgangspunkt i nogle af begrænsningerne ved de dominerende kvantitative metoder til produktion af evidens i sundhedsvæsenet. Vrangbæk og Berger sætter denne kritik i relation til Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV), og argumenterer for, at inddragelsen af såkaldt “realistisk evaluering” i MTV kan øge forståelsen af virkningsmekanismerne i komplekse interventioner. Dette skyldes, at realistisk evaluering sætter et skarpt fokus på de kontekstuelle forholds betydning for interventioners effekter. Vrangbæk og Berger vurderer, at denne type viden vil give god mening for lokale beslutningstagere, mens den umiddelbart kan være sværere at håndtere “for beslutningstagere på højere niveau, som skal træffe beslutninger med gyldighed på tværs af forskellige lokaliteter.”

Evaluerings anvendelse og evaluators rolle

Et andet vigtigt spørgsmål Cotton-historien rejser, drejer sig om evalueringers anvendelse og evaluators rolle. Den negative evaluering af Cottons behandlingsregime fik således ikke direkte betydning for hospitalets praksis. Meyers tro på teoretisk pluralisme, hans kollegiale forhold til Cotton samt overlægerens nærmest enerådende position på “deres” hospitaler i 1920erne var sandsynligvis medvirkende til evalueringens manglende gennemslagskraft. For at forstå og vurdere evalueringer og deres anvendelse er det således nødvendigt at sætte dem ind i deres historiske, institutionelle og kulturelle sammenhæng, hvilket også har været

et centralt tema i nyere evalueringsforskning (f.eks. Dahler-Larsen & Krogstrup 2001, Pawson 2006). Relateret til anvendelsesproblematikken er spørgsmålet om, hvor tæt man som evaluator bør være på de organisationer og interventioner, som man evaluerer. I Cotton-casen var evaluatoren principielt en ekstern evaluator, men hun havde ikke den uafhængighed, der i dette tilfælde ville have været nødvendig for at kunne offentliggøre resultaterne. Man kan argumentere både for og imod interne og eksterne evaluators. En fordel ved den interne evaluator er, at vedkommende har en større viden om organisationen, hvilket en tidsbegrænset evaluering kan drage nytte af. Ulemperne kan dog dels være at visse forhold ikke bliver undersøgt, fordi de forbliver implicite for evaluatoren, dels at evaluator vil være mere bundet af organisationens ønsker til evalueringsresultaterne. Dette tema berøres i artiklerne af hhv. Katrine Johansen & Kathrine Ludvigsen og Laura Lippert. Johansen og Ludvigsen fokuserer i deres artikel om evalueringer af misbrugsbehandling primært på fordelene og viser, hvad organisationer kan opnå ved at ansætte evaluators til at udføre interne evalueringer. De viser, at den interne evaluator – på grund af deres tætte kontakt til de ansatte og den deraf følgende tillid mellem evaluator og ansatte – på nogle områder opnår klinisk relevant viden, som sandsynligvis ikke ville være tilgængelig for en ekstern evaluator.

Lippert fokuserer i sin artikel om kvalitetsmåling som evalueringsteknologi i almen praksis på nogle af de problematiske aspekter ved evalueringer, hvor skellet mellem det interne og det eksterne er mindre klart. Hun viser således, hvordan praktiserende lægers rolle som både evalueringssubjekt, dataindsamler og – i nogle tilfælde – evaluator slører formålet med den evaluering, som de deltager i, samt rejser spørgsmål om evalueringens kvalitet. Lippert peger på, at et af disse områder, hvor dette særligt kommer til udtryk, er i spørgsmålet om, hvorvidt en evaluering primært skal bruges til at sikre læring for de involverede, eller om der også er elementer af kontrol indbygget i evalueringen.

Nye evalueringsvilkår og nye evalueringsformer

Som et tredje punkt peger casen fra New Jersey Statshospital på betydningen af de datamæssige og metodiske vilkår for at gennemføre evalueringer. I casen var forudsætningerne for at gennemføre en – med nutidens øjne solid evaluering – således ikke umiddelbart til stede bl.a. pga. usystematisk og unøjagtig dokumentation samt utilstrækkelig statistisk viden. De datamæssige og metodiske vilkår for at foretage evalueringer ændrer sig løbende. Udviklingen af systematisk journalfø-

ring og indførelsen af moderne statistiske metoder fremstår i den henseende som milepæle i sundhedsvæsenets evalueringshistorie. Men også gennem de sidste årtier er der sket markante forandringer i evalueringsvilkårene, idet nye informationsteknologier og øgede dokumentationskrav til de sundhedsfaglige enheder har muliggjort fremkomsten af nye typer af evalueringer. Dette har bl.a. resulteret i institutionaliseringen af en række teknologier til mere kontinuerlig monitorering og evaluering af den eksisterende praksis i de kliniske enheder. To af artiklerne i temanummeret fokuserer netop på sådanne evalueringsteknologier. Lipperts artikel om kvalitetsmåling i almen praksis, er kort introduceret ovenfor. Den anden artikel af Morten Knudsen analyserer de forskellige typer af begrænsninger, der er knyttet til de kvalitetsstandarder, der udgør en central bestanddel i evalueringsteknologier som akkreditering og den danske kvalitets model. Han argumenterer for, at der i disse evalueringsteknologier ikke er indbygget en tilstrækkelig opmærksomhed omkring, hvad kvalitetsstandarder ikke kan og hvad de ikke indfanger, og konkluderer på denne baggrund at en øget opmærksomhed omkring disse begrænsninger vil styrke det løbende kvalitetsarbejde.

I temanummerets sidste artikel løfter Peter Dahler-Larsen spørgsmålet om vilkårene for evaluering ind i et bredere samfundsmæssigt perspektiv. Dahler-Larsen opstiller således to idealtypiske samfundskonfigurationer, der med hver deres grundlæggende antagelser om mål, midler og nytte præstrukturer evalueringslandskabet på forskellig vis. Den første konfiguration er 'den refleksive modernitet', hvis evalueringsformer har fokus på organisationers og individers læring samt på inddragelsen af mange forskellige interessentperspektiver. Den anden samfundskonfiguration er 'revisionssamfundet', hvis evalueringsformer er obligatoriske og kontinuerlige med kontrol, transparens og minimering af risici for øje. Dahler-Larsens skitserer en udvikling, hvor problemerne med den refleksive modernitets evalueringsformer har skabt grobund for, at revisionssamfundets evalueringsformer i stigende grad har vundet indpas. Samtidigt peger Dahler-Larsen på, at disse mere bureaukratiske evalueringsformer også har problemer med at håndtere kompleksiteten i de moderne organisationer og deres omgivelser.

Temanummerets artikler fokuserer på centrale problemstillinger i bestræbelserne på at udvikle evalueringer, der både er præcise, kontekstfølsomme, og relevante for klinikere og politiske beslutningstagere. Fælles for artiklerne er, at de anlægger et kvalitativt perspektiv på evalueringerne, enten ved at beskrive de kvalitative metoders bidrag til bestemte evalueringsformer eller ved at analysere mere kvantitative evalueringsformer med et kvalitativt perspektiv. Artiklerne antyder hvilke problemer, der optager kvalitativt arbejdende forskere indenfor

evalueringsfeltet, samt hvilke løsninger de ser. Dermed kan temanummeret forhåbentlig bidrage konstruktivt til diskussionen af aktuelle evalueringsmæssige problemstillinger samt medvirke til den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenets evalueringer gennem bedre inddragelse af de kvalitative metoder, hvor dette er relevant.

Noter

1: Historien om Cotton kan læses i alle sine skræmmende detaljer i Scull (2005).

Litteratur

- Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H.K. (red) (2001). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London: Sage publications.
- Scull, A. (2005). *Madhouse: A Tragic Tale of Megalomania and Modern Medicine*. New Haven and London: Yale University Press.