

Vetenskaplighetens dunkla subjektivitet

Om en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen

ALAIN TOPOR

Kraven på ett evidensbaserat socialt arbete har ofta hänvisat till det medicinska fältet, något som gör det intressant att undersöka hur Socialstyrelsen och svensk psykiatri tillämpar de egna kraven på evidens. En granskning av Socialstyrelsens kunskapsöversikt av »schizofrenin« visar att dessa krav används på ett subjektivt sätt, vilket förstärker en ensidig biomedicinsk syn på schizofreni.

Evidensens olika innebörder

Under lång tid präglades de professionella kraven inom psykiatrin av dess dubbla karaktär av praktik och teori. Kriterierna för en god praktik angavs som grundade på »vetenskap och beprövad erfarenhet«. På senare tid har den beprövade erfarenheten fått en försvagad ställning i psykiatrins diskursiva praktik och vetenskapen har smalnats av i sin betydelse till »evidensbaserad medicin«. Evidens är dock inget entydigt begrepp i forskningssammanhang. Vad som

Alain Topor, chef för FoU-enheten, Psykiatrin Södra, SLSO, SLL och fil.dr./universitetslektor vid institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.

är att betrakta som evident och de metoder som kan användas för att uppnå det är beroende på dels de frågor som studien skall besvara och dels på studiens objekt.

En kunskapsöversyn

I det följande kommer jag att granska psykiatrins förhållande till evidensbaserad kunskap och praktik utifrån en text publicerad av Socialstyrelsen (2003). Rapporten »Vård och stöd till patienter med schizofreni« har underrubriken »en kunskapsöversikt«. Rapporten måste därmed förhålla sig till den presenterade forskningens evidens.

Genom att undersöka hur frågan om

evidensbaserade kunskaper hanteras i kunskapsöversikten blir det möjligt att undersöka hur de egna kraven på att bygga en praktik på evidensbaserade kunskaper hanteras inom psykiatrins fält.

Denna artikel utgör inte någon kritik av schizofrenibegreppet eller behovet av evidensbaserade kunskaper i sig. Jag har dock sett mig tvungen att konkretisera vissa kritiska synpunkter på Socialstyrelsens kunskapsöversikt med hjälp av exempel där andra tolkningar av de data som förekommer i översikten presenteras.

Valet av dokument för denna undersökning bygger på att det dels utarbetats av personer med ledande ställning inom det psykiatriska fältet och dels givits ut av en nationell myndighet med ansvar för hälsofrågor. Detta ger dokumentet både en administrativ och en vetenskaplig tyngd.

Kunskapsöversikten har sammanställts av en arbetsgrupp på Socialstyrelsen bestående av läkare.

Arbetsgruppen har haft en Referensgrupp till sitt förfogande. Referensgruppens sammansättning återspeglar olika yrkes- och intressegrupper (däribland delar av brukarrörelsen) som är verksamma inom psykiatrins fält. Utöver dessa två grupper har ett antal medarbetare inom Socialstyrelsens medicinska enheter ansvarat för kunskapsöversikten. »Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt« har alltså hela Socialstyrelsens tyngd bakom sig och är därmed ett viktigt nationellt dokument som bland annat vägleder arbetet med att ta fram lokala vårdprogram.

Rapporten inleds med ett vetenskapsteoretiskt ställningstagande vad gäller det

urval av forskningsresultat den presenterar. Rapporten går sedan igenom definitioner och etiologiska frågor. Den innehåller även kapitel om behandling och andra insatser riktade till brukargruppen och deras anhöriga. Rapporten innehåller dessutom två avvikande kapitel, som verkar vara skrivna av medlemmar i Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (brukarrörelsen) respektive Schizofreniförbundet (anhörigrörelsen). Båda kapitlen betecknas som »Synpunkter från« respektive rörelse och det är därmed oklart om arbetsgruppen, referensgruppen och Socialstyrelsen ställer sig bakom dessa kapitel eller ej. Är de »synpunkter« eller »kunskap»? Har de samma status, som de övriga kapitlen, introduceras en komplikation då de kunskaper som de presenterar till viss del står i strid med det som tas upp i de andra kapitlen.

Följande framställning fokuserar på de kapitel som skrivits av arbetsgruppen. Inledningsvis presenteras arbetsgruppens val av en snäv definition av evidensbegreppet och hur den tillämpar sitt eget val i rapporten. Därefter undersöks vetenskapligheten i kunskapsöversikten med avseende på slutsatserna vad gäller behandling, översiktens objekt och dess reliabilitet och validitet. Slutligen diskuteras den bristande konsistensen mellan arbetsgruppens uppdrag och uttalade avsikter och dess praktik.

En kunskapsöversikt – men vilken kunskap?

»Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt« inleds med att författarna betonar att deras genom-

gång »baseras på vetenskaplig litteratur« (s. 21). När de sedan skall specificera denna vetenskapliga litteratur nämns först källor som »Metaanalyser, State of the art och Cochrane Collaboration utvärderingar« (s. 21).¹

Författarna till kunskapsöversikten ansluter sig därmed till en snäv syn på definitionen av evidens. Denna snäva syn reducerar evidens till resultaten från randomiserade kontrollerade studier (RCT – Randomised Controlled Trial) och helst slutsatser från metastudier av sådana studier. I rapporten förekommer ingen motivering till valet av en snäv definition och inte heller till orsaken att »state of the art« blandas med RCT.

Kunskapsöversiktens vetenskapliga anspråk kompliceras ytterligare av att texten baseras inte enbart på de källor som arbetsgruppen anger som »vetenskaplig litteratur«. Senare i texten introducerar arbetsgruppen ytterligare källor till sin kunskapsöversikt:

»I de fall *där vetenskaplig bakgrund saknas* har försök gjorts att tydliggöra 'Good Medicine Practice' byggd på klinisk erfarenhet« (s. 21, min kurs.).

Medlemmarna i arbetsgruppen redovisar därmed att deras översikt egentligen bygger på en högst varierad kunskapsbas, men problematiserar inte detta. Material från »vetenskaplig litteratur« blandas med material utan vetenskaplig »bakgrund«. Läser man kunskapssammanställningen vidare hittar man ytterligare källor, med

varierande former av evidens. Sammanfattningsvis förekommer följande källor:

1. Randomiserade kontrollerade studier (enstaka studier och metastudier).
2. Enskilda studier med varierande men oklar metodologi.
3. Koncensusuttalanden.
4. »God medicinsk praktik«.
5. »Erfarenhet«. I avsnittet om »Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi« skriver arbetsgruppen att: »Den teoretiska bakgrunden bygger på erfarenheter att såväl tidiga som senare traumatiska upplevelser, liksom bristande emotionellt stöd under barndomen, bidrar till att minska personlighetens motståndskraft inför livspåfrestningar« (s. 64). I detta fall påpekar arbetsgruppen att: »Forskningen är dock otillräcklig för ett evidensbaserat ställningstagande« (s. 64).
6. Fallbeskrivningar tas upp i samband med avsnittet om ECT: »... fallbeskrivningar talar för att ECT i kombination med antipsykotiska kan ha en god effekt« (s. 69).²
7. »Program som i viss utsträckning är utvärderade« (s. 76). Här är det oklart om alla de program som ligger till grund för framställningen är utvärderade i samma utsträckning och i så fall med vilka metoder.
8. »Ingår i de flesta program« (s. 76). Här tas upp principer vid rehabilitering. Det verkar som att urvalsprincipen för framställningen är att de principer

1 Det är värt att notera den nära nog totala anglosaxiska centreringsen i denna kunskapsöversikt.

2 ECT: Electroconvulsive therapy, vanligtvis kallade »el-chocker«.

som omnämns förekommer i »de flesta program«. Vi får dock inte reda på vilka kriterier som legat till grund för urvalet av de studerade programmen och vad »de flesta« innebär.

9. »I verkligheten« (s. 77). Denna hänvisning till »verkligheten« som kriterium kan ses som ett eget urvalskriterium, men det förblir oklart hur denna verklighet har trätt fram.

Kunskapsöversikten utgörs alltså av en sammanställning av data med ett sammansatt och utomordentligt varierat vetenskapligt innehåll. Det finns förstås inga hinder att ta upp forskningsresultat som bygger på olika metoder i en kunskapsöversikt. Det kräver dock någon öppen redovisad systematik kring vilken typ av studier som tas med och vilka som utesluts.

Ograderad evidens?

Arbetsgruppen skriver om sin genomgång att »... dokumentationen *inte* bygger på den regelrätta systematiska kunskapsöversikten...« (s. 19, min kurs.). Vad har Socialstyrelsen givit ut enligt egen utsago? Om så, vad bygger »osystematiken« på? Läsaren har rätt att få veta i vilka fall man har ansett att »vetenskaplig bakgrund saknas« och ändå tagit med en »kunskap« och när har man inte gjort det.

Arbetsgruppen verkar hänvisa till en systematisk kunskapsgenomgång (»... *den* regelrätta systematiska kunskapsöversikten«). Har arbetsgruppen gjort en sådan översikt och i så fall, varför publiceras inte den? Hur urskiljer arbetsgruppen graden av

evidens i sina olika källor? I översikten kan man läsa:

»Expertgruppen uppger vidare att den har valt att *inte* evidensgradera sina påståenden *eller* rekommendationer eftersom dokumentationen inte bygger på den regelrätta systematiska kunskapsöversikten utan hänvisar istället till givna referenser eller uttrycker evidens i vissa fall såsom 'det finns ett starkt vetenskapligt stöd', 'det finns ett vetenskapligt stöd' etc. Dessa värderingar bygger på expertgruppens subjektiva bedömningar i de enskilda fallen där ett sådant påpekande ges« (s. 19, min kurs.).

Detta innebär att:

1. Läsaren inte skall förvänta sig någon »evidensgradering« i texten.
2. Evidensen kommer ändå att graderas ibland, dock oklart när och varför, via meningar som »ett starkt«, eller »ett vetenskapligt stöd« eller inget omdöme alls.
3. Det finns därmed en tydlig, men osystematisk evidensgradering i det vetenskapliga material som presenteras.
4. Vi får inte veta vilka kriterier som denna gradering bygger på.

Då graderingen inte presenteras på ett systematiskt sätt uppstår ändå frågan om det inte finns någon form av systematik. Gruppens eget svar på den frågan är problematiskt: Den uppger själv att en sådan gradering förekommer efter »expertgruppens subjektiva bedömningar«. Det är i sig ett märkligt påstående i en text som skall presentera kunskapsläget om »schizofrenin«.

Här hänvisas vi till en grupps subjekti-

vitet. En sådan hänvisning i en kunskapsöversikt väcker en rad frågor: Hur har denna »gruppsubjektivitet« vuxit fram och på vilka bevekelsegrunder?

Problematisera konsekvenser

Socialstyrelsens kunskapsöversikt ograde-
rade men ändå graderade subjektivitet blir,
mot en sådan bakgrund, motsatsen till de
krav man bör kunna ställa på en kunskaps-
översikt med vetenskapliga anspråk produ-
cerad och publicerad av en nationell myn-
dighet. Samtidigt återspeglar detta otydliga
bruk av källor ett problem med en snäv
definition av evidensbegreppet. Få studier
motsvarar de uppställda kriterierna, under-
laget blir därmed bristfälligt och det blir
svårt att dra några praktiska konsekvenser
av forskningen. I en sådan situation finns en
risk att andra former av forskning inklude-
ras antingen på ett godtyckligt eller på ett
systematiskt skevt sätt. Det får allvarliga
konsekvenser.

Ett exempel på denna problematisera
subjektivitet finner vi i arbetsgruppens
genomgång av Kognitiv Beteende Terapi
(KBT) respektive Psykodynamiska Terapier
(s. 63 – 65). Om KBT konstaterar arbets-
gruppen att:

»Det finns en växande mängd evidensba-
serad kunskap kring KBT, men ytterligare
kunskap behövs för att säkerställa denna
kunskap samt belysa vilka insatser som är
mest effektiva för olika symtombilder och
behandlingskombinationer« (s. 63).

Om de psykodynamiska psykoterapierna skriver arbetsgruppen: »Forskningen är dock otillräcklig för ett evidensbaserat

ställningstagande« (s. 64). Men psykodyna-
miska terapier saknar inte helt evidens. Det
pågår även ett arbete för att evidensbasera
dessa terapiers resultat. Det finns alltså
även »en växande mängd evidensbaserad
kunskap kring« psykodynamiska psykote-
rapier. Skrivningen som används för KBT,
skulle därmed kunna passa även för dem.
Men så sker inte. I båda fallen anser arbets-
gruppen att det behövs mer forskning. Men
detta uttrycks på helt olika sätt.

Ett annat exempel ser vi i kunskaps-
översiktens skrivning om ECT. Om enstaka
»fallbeskrivningar« var tillräckliga när
det gäller »ECT« (se ovan, punkt 6.), så
torde många metoder kunna uppfylla en
sådan evidensnivå. Det är möjligt att olika
behandlingsmetoder lämpar sig för olika
undersökningsmetoder när det gäller att
undersöka deras evidens, men detta bör
specificeras och diskuteras. Beaktas det,
som fallet är med ECT, så bör det beaktas
även för andra behandlingsformer. Otydlig-
heten i Socialstyrelsens kunskapsöversikt
gäller inte enbart frågan om graden av evi-
dens. En brist på kritisk distans gäller även
andra delar av framställningen.

Kunskapsöversiktens osäkra objekt

Socialstyrelsens arbetsgrupp anger »schi-
zofreni« som översiktens objekt. Vi kan
därmed tänka oss att vi står inför ett enhet-
ligt fenomen som utgör kunskapsgenom-
gångens fokus. Men psykiatriska diagnoser
är problematisera företeelser.

Kraepelin, som spelar en betydande roll
för psykiatrins nuvarande sjukdomsklass-

ifikation, menade att de sjukdomar han upptäckte och namngav var avgränsade från varandra genom sina orsaker, tecken/symptom och förlopp (för en genomgång av Kraepelins utveckling, se Garrabé 2003). Arbetsgruppen placerar sig i Kraepelins tradition när den skriver om schizofreni: »Diagnosen är således grundad på symtom, funktion och förlopp« (s. 21). Av det följer att andra symtom, funktioner och förlopp tyder på andra sjukdomar, andra diagnoser och därmed andra behandlingsinsatser. Men arbetsgruppen skriver samtidigt att:

»Även om det råder enighet om hur schizofreni skall diagnostiseras har diagnosen begränsad betydelse för att förutsäga prognos, behandlingsbehov och grad av funktionsnedsättning hos den enskilde patienten« (s. 21).

Här verkar arbetsgruppen motsäga sig själv. Först »grundar« sig diagnosen på symtom, funktion och förlopp. Sedan, några rader senare anges de ha »begränsad betydelse« för samma fenomen. Stycket avslutas dessutom med att:

»Mycket av den kunskap som gäller för schizofreni kan dock även tillämpas vid andra tillstånd med psykotiska symtom« (s. 19).

Arbetsgruppen presenterar inte i sin text meningsskiljaktigheterna kring sitt kärnbegrepp, schizofreni. Istället beskrivs den nuvarande situationen i termer av »enighet«. Men arbetsgruppens egen framställning visar att denna enighet inte existerar och gruppen bryter själv vid ett flertal tillfällen mot den enighet som den hävdar.

Författarna till den diagnosklassifikation som arbetsgruppen hänvisar till som »enighetsskapande« har valt att avstå från sjukdomsbegreppet till förmån för begreppet »störning« (»disorder«). Den amerikanska psykiatriska föreningen (APA), som utvecklat en *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) har inte ansett sig kunna ta ställning till de psykiska problemens etiologi då det saknas vetenskapligt underlag för de hypoteser som förekommer (se vidare nedan). Det är därför märkligt att arbetsgruppen bryter mot denna enighet om osäkerheten om schizofrenins »väsen« genom att bruka begreppet »sjukdom« som det inte råder någon enighet om.

Det är även oklart vilka gränser som arbetsgruppen sätter för sitt objekt. »Schizofreni« anges på titelbladet, men kunskapsgenomgången förefaller i stora stycken även handla om »schizofreniliknande tillstånd« (s. 71). Det är oklart vilka dessa tillstånd är och på vilka sätt de liknar »schizofreni« och på vilka sätt de skiljer sig från den. Det är även oklart vilka avsnitt som är relevanta för dessa tillstånd i kunskapsöversikten. Kunskapsgenomgången handlar till vissa stycken även om »psykos«, som är ett betydligt vidare begrepp som innefattar en rad diagnoser, däribland »schizofreni«.

Osäker diagnostisk grund

Oklarheterna kring den psykiatriska diagnostiken visar att variationen i den bedömda förekomsten av personer med en psykiatrisk diagnos som schizofreni varierar starkt mellan olika studier, olika länder och olika tidpunkter. Garrabé (2003)

nämner en variation från 0,2 till 1 procent av befolkningen, alltså en spännvidd på 1 till 5 (se även Hegarty et al. 1994).

DSM-IV (APA 1994) är uppbyggd på en rad kriterier. En patient som får en viss diagnos bör visa upp ett antal av dessa kriterier och inte motsvara ett antal andra kriterier. Detta sätt att diagnostisera innebär att en patient bland annat behöver uppvisa två av följande kriterier för att få en schizofrenidiagnos: »vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal, påtagligt desorganiserat eller katatont beteende samt negativa symtom«. Därmed finns det 15 olika sätt att uppfylla dessa kriterier för en schizofrenidiagnos.

Ingen av de angivna kriterierna är entydiga. Till exempel deltog 50 erfarna amerikanska psykiatrer (eng: »senior USA psychiatrists«) i en studie om bedömares interreliabilitet vad gäller att skilja »vanföreställningar« (eng: »bizarre delusions«) från »icke vanföreställningar«. Resultatet var nedslående och forskarnas slutsats var att: »... the symptom of bizarre delusions does not have adequate reliability« (citerat i Read 2004a, s. 46).

En konstruerad enighet

Denna oklarhet i avgränsningarna blir än mer problematisk när arbetsgruppen går in i avsnittet om »Epidemiologi och hypotetiska orsaker«. Det inleds med följande rader:

»Det råder sedan länge enighet om att schizofreni är en allvarlig, och ofta kronisk sjukdom som kan medföra svåra handikapp. Däremot har det funnits många åsikter om hur

schizofreni skall diagnostiseras och avgränsas från andra psykosjukdomar« (s. 27).

I samma kunskapsöversikt kunde man läsa några sidor tidigare att »... det råder enighet om hur schizofreni skall diagnostiseras...« (s. 21). Nu uppges att det »har funnits många åsikter om hur schizofrenin skall diagnostiseras...«. Läsaren bringas uppfattningen att den oenighet som tidigare funnits idag inte längre finns. Det finns anledning att ifrågasätta ett sådant påstående.

Här finns flera glidningar. Å ena sidan anger arbetsgruppen en »enighet« och, å andra sidan, »åsikter«. Utgör »enigheten«, den vetenskapliga basen och »åsikterna« ovidkommande tyckanden? Hur kommer det sig att arbetsgruppen inte heller redovisar den omfattande vetenskapliga litteraturen som problematiserar begreppet schizofreni (se exempelvis Boyle 2002)?

Åsikterna om diagnostiken är dock avgörande för giltigheten i »enigheten« om »schizofrenins« karaktär som »allvarlig och ofta kronisk sjukdom«.

Inom den psykiatriska diagnostiken finns två huvudsakliga traditioner. Den ena, i Kraepelins efterföljd, utgår i sin diagnostik från schizofrenins kroniska karaktär och skapar kriterier för att utesluta patienter vars problematik får en positiv utveckling till andra diagnoser som »schizofreniform psykos« m. fl. rubriceringar. Den andra betonar inte lika starkt det kroniska förloppet som ett avgörande kriterium för diagnosen.

Denna skillnad kan noteras mellan de två diagnostiska manualer som arbetsgruppen tar upp. I den amerikanska psykiatriska föreningens DSM IV (APA 1994) skall patienten ha uppvisat besvär i minst sex månader innan han kan komma i fråga för diagnosen.

I WHO:s ICD-10 (Socialstyrelsen 1996) räcker det med en månad. Detta kan inte förnekas av Arbetsgruppen som, istället för att problematisera oenigheten, skriver:

»Sjukdomstecken skall dessutom pågå under minst 1 – 6 månader innan diagnosen kan övervägas« (s.21, min kurs.).

Men det är inte frågan om »minst 1 [till] 6 månader«, utan att enligt den ena manualen skall patienterna uppvisa symtom i minst en månad och enligt den andra manualen minst sex månader. Denna skillnad mellan manualerna får omfattande följder för vilka patienter som får diagnosen och hur det går för dem (förloppet). Konsekvenser som berör frågan om hur kronisk diagnosen schizofreni skall anses vara och vilka funktionshinder som skall anses vara kopplade till den (se Topor 2001).

Hegarty et al. (1994) visar i sin metastudie att de olika diagnostiska trenderna som avlöst varandra, och inte nya behandlingsinsatser, kan förklara skillnaderna i andelen patienter som återhämtar sig från diagnosen schizofreni under olika tider. Deras slutsats är att den diagnostiska praktiken, och inte behandlingarna, avgör utfallet.

Den typen av enighet som Arbetsgruppen önskar finns alltså inte. Som vi sett ovan finns det bestående skillnader mellan de två klassifikationssystemen. Dessutom får vi inte veta hur många andra system som brukas av psykiatriker runt om i världen. 1983 fanns, enligt psykiatriernas världsorganisation, 16 olika sådana system (Garrabé 2003).

Ett naturfenomen

Ett sätt att försöka befästa föreställningen

om att det finns en enighet kring ett begrepp är att placera statistiska uppgifter i texten som ger en känsla av objektiva fakta. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt förekommer sådana uppgifter:

»I Sverige insjuknar årligen 1500 – 2000 personer i en psykos. En mindre andel av dessa får diagnosen schizofreni. Livstidsrisken för att insjukna i schizofreni är omkring 0,8 procent, vilket betyder att omkring 70 000 svenskar någon gång kommer att insjukna i schizofreni« (s. 11).

I detta citat förekommer ett flertal otydligheter. Vi har å ena sidan en omfattande osäkerhetsmarginal i antalet personer som »insjuknar i psykos«. Å andra sidan har vi ett okänt, men mindre antal människor som »får diagnosen schizofreni«. Dock får vi en synbarligen exakt siffra på 0,8 procent när det gäller livstidsrisken att »insjukna i schizofreni«, även om denna exakta uppgift föregås av ordet »omkring«, som torde innefatta en osäkerhetsmarginal som inte specificeras. Inga referenser eller problematiserande resonemang anges. Vilken »schizofreni« är det frågan om; ICDs eller DSMs?

Vi har sedan en språklig glidning mellan »[att få] diagnosen schizofreni«, som är en social handling som är beroende av definitionen av diagnosen vid tidpunkten för bedömningen och av den diagnosställande psykiaterns teoretiska utgångspunkter, vilken diagnosmanual han/hon brukar och sammanhanget för mötet mellan psykiatern och patienten och »att insjukna i schizofreni«, som återspeglar en föreställning att det rör sig om ett objektivet fenomen, som att bryta ett ben.

Vi har också en oklarhet bakom den

sista meningen i citatet. Vad betyder det att: »... omkring 70 000 svenskar någon gång kommer att insjukna i schizofreni? Vilka svenskar? Vilken period täcker denna »någon gång«? Insjuknandet framställs som en naturgiven händelse som inte kan påverkas av yttre händelser.

Senare i texten skriver arbetsgruppen:

»Idag finns det i Sverige 30 000 – 40 000 personer som behöver samhällets insatser pga. schizofreni eller liknande psykosjukdom« (s. 27).

Granskar vi detta citat så ser vi att det förekommer ett ganska stort mått av osäkerhet. Antalet berörda personer varierar med 25 procent. Vilka dessa personer är förblir dunkelt. Är inte en bedömning av antalet personer som kan vara beroende av samhällets insatser i sin tur beroende av vilka insatser ett samhälle kan erbjuda? I ett industrialiserat välfärdssamhälle torde antalet personer som bedöms vara i behov av insatser från samhällets sida vara högre än i ett annat, präglad av avsaknad av välfärdssystem eller där agrara produktionsformer dominerar.

En entydig etiologi?

Frågan om etiologin spelar en viktig roll i definitionen av schizofreni som en »sjukdom« och bör undersökas vidare. Arbetsgruppen tar upp orsaksfrågan under rubriken »Hypotetiska orsaker«, en titel som på ett hedervärdigt sätt pekar på de stora kunskapsluckor som finns inom detta fält. Ett antal hypoteser presenteras. Rubrikerna

är »Genetik«, »Hjärnans utseende – strukturella förändringar«, »Hjärnans funktion – kognitiva störningar«, »Signalsystem och signalsubstanser« samt »Stress och miljöfaktorer« (s. 28–31).

Det som presenteras under rubriken »Stress och miljöfaktorer« är en speciell variant av »stress-sårbarhetshypotesen«, som ursprungligen formulerats av Zubin och Spring (1977, se även Zubin et al. 1983). I kunskapsöversiktens redogörelse anges att:

»Sårbarheten kan ha olika bakgrund; genetiska faktorer, hjärnskador under foster- och nyföddhetsperioden och störningar i hjärnans utveckling...« (s. 12).

Zubin och hans medarbetare betonar däremot att upplevelser och erfarenheter under uppväxtåren också kunde vara bidragande orsaker till en individs sårbarhet (se även Cullberg 2000). Men arbetsgruppen nämner varken det sociala samspelet under uppväxtåren eller andra psykosociala faktorer. Till och med »miljöfaktorerna« som tas upp i kunskapsöversikten saknar socialpsykologiska och sociala moment. De exempel på sådana faktorer som presenteras är att:

»... det är känt att fysiologisk överbelastning, t.ex. sömnbrist eller näringsbrist, ökar risken för psykos. Alkohol eller drogmissbruk, endokrin sjukdom eller annan systemsjukdom kan också vara utlösande faktorer« (s. 31).

Arbetslöshet, kön, fattigdom, etnicitet nämns inte i detta sammanhang eller någon annanstans inom kunskapsöversiktens pärmar, trots att en rad studier har visat

deras betydelse (se Read 2004b, Markowitz 2003).

Warners metastudie (1985) av forskningen om förloppet för patienter med en schizofrenidiagnos pekar på ett samband mellan återhämtningens och arbetslöshetens omfattning. Även WHO schizofreni-studie (1979) har lett till hypoteser om en relation mellan familjestruktur, lokala tros-system samt arbetsmarknad och förloppet för patienter med en schizofrenidiagnos i olika kulturer.

Förhållandet mellan socioekonomisk status (socialgrupp och klass), psykisk hälsa och behandlingsinsatser som erbjuds har tagits upp i en rad studier (Hollingshead & Redlich 1958, Eliasson & Nygren 1981, Halldin 1985).

Etnicitet verkar spela en viktig roll vid diagnostisering. Strakowski et al. (1993) fann exempelvis att svarta amerikaner fick sju gånger oftare än vita en schizofrenidiagnos vid sin första kontakt med psykiatri för psykotiska problem. I England var sannolikheten för patienter från landets etniska minoritet att få en schizofrenidiagnos 3,6 gånger högre än för vita (King et al. 1994).

Dessa, och många andra studier, visar att den entydiga bilden som arbetsgruppen försöker skapa i sin kunskapsöversikt inte är hållbar.

En problematisk kunskapsöversikt

Arbetsgruppen presenterar en del fakta i målet som tydligt visar att det inte råder någon enighet, samtidigt som den fortsätter att hävda att det finns en enighet och att

om denna enighet inte finns, så spelar det ingen större roll.

Kunskapsöversikten handlar alltså om någonting som vetenskapsmännen dels är eniga om att det rör sig om en »sjukdom«, dels »inte vet vad [den] är«. En sådan utgångspunkt gör det svårt att tala om validiteten för schizofrenibegreppet. Vad är basen för den diagnos som ändå fokuseras i rapporten?

- Definitionen och inkluderingskriterierna och deras tolkning varierar.
- Orsaken är okänd.
- Prognosen är osäker och det råder ingen enighet om prognostiska faktorer.
- Uttrycken för sjukdomen/tillståndet är många och skilda från patient till patient.
- Patienters svar på samma behandling varierar.
- Förloppen kan vara många, oberoende behandlingsinsatserna.
- Utfallen (outcome) är mycket varierad.

Mot en sådan bakgrund finns en del forskare som anser att det inte råder någon enighet av det slag som Arbetsgruppen nämner. Flera forskare menar till och med att schizofrenibegreppet är oanvändbart. Bentall (1988), till exempel, skriver:

»Schizophrenia' is not a useful scientific category and that for all these years researchers have been pursuing a ghost within the body of psychiatry« (s. 318).

En kunskapsöversikt med vetenskapliga ambitioner måste presentera en överskådlig bild av det fält som den fokuserar. Detta saknas i Socialstyrelsens översikt. Flera

centrala och problematiska frågor tas inte alls upp:

- För det första har vi flera diagnostiska system och hur mycket deras upphovsmän än arbetar för att de skall vara kompatibla, så fortlever de olika systemen, som återspeglar någon form av oenighet.
- För det andra finns forskare som inte anser att dessa system är adekvata. Att de diagnostiska system som vi har tillgång till medför att det sammansatta i en psykiskt lidande person plockas undan i diagnostiseringen (Strauss et al. 1979, Strauss 1991, Bentall 2003, Read 2004a).
- För det tredje så består en del av den omtalade enigheten av en enighet under galgen. För att publiceras i medicinska vetenskapliga tidskrifter måste något av dessa system användas. Artiklar skrivna utan hänvisning till något av de två dominerande klassifikationssystemen blir knappast antagna.
- För det fjärde ändras dessa diagnosystem regelbundet och dagens definitioner är varken gårdagens eller morgondagens (se exempelvis Boyles (2002) och Garrabés (2003) genomgångar). Mellan de olika upplagorna förändras kriterierna för och därmed avgränsningarna och definitionen av de olika diagnoserna, så att forskning som gjordes under en tidigare klassifikation blir svår att använda i nya tider. Problematiskt är också att forskningens roll i klassifikationssystemens utveckling är begränsad (se exempelvis Kirk & Kutchins 1992).
- För det femte betraktar många forskare dessa system som olika sätt att underlätta kommunikationen mellan varandra

inom en någorlunda accepterad språkram. Det innebär inte att språkramen duger i förhållande till patienterna, utan att den kan brukas i förhållande till administrationer, försäkringskassor och andra forskare.

- För det sjätte har den enighet som uppnått betalats med ett högt, vissa forskare anser för högt, pris. Grundläggande frågor där forskare är djupt oeniga, som till exempel »sjukdomens« orsaker/etiologi har undvikits i dessa system. Kvar finns kluster av symptom, utan någon tydlig orsak och utan någon allmänt erkänd förståelseram för vad som inverkar på deras utveckling.

En organiserad subjektivitet?

Socialstyrelsens kunskapsöversikt lider av en rad allvarliga problem.

Dess objekt är oklart definierat. Det material som den presenterar uppges ha valts utan systematik. Presentationen av materialet sker också osystematiskt, så att resultaten från metastudier av randomiserade kontrollerade studier blandas med iakttagelser under fallstudier.

Kanske mest problematisk är ändå att kunskapsöversikten inte lever upp till vanliga vetenskapliga krav genom att, åtminstone, ta upp sina egna förutsättningar och problematisera dem.

En granskning av kunskapsöversikten visar dock att bakom den synliga bristen på systematik, döljer sig en systematik som gör det möjligt för arbetsgruppen att, å ena sidan utesluta forskningsresultat och undersökningar som är problematiska för framställ-

ningen och, å andra sidan, presentera forskningsresultat och tyckande som inte motsvarar den form av evidens som arbetsgruppen framhäver, när det gynnar framställningen.

Mest problematisk ur ett vetenskapligt perspektiv är att arbetsgruppens godtycke inte är slumpmässigt utan har en tydligt bias mot biomedicinsk forskning *i snäv bemärkelse*.

I arbetsgruppens kunskapsöversikt skrivs det om »expertgruppens subjektiva bedömningar« (s. 21) som urvalskriteriet för det presenterade materialet. Att denna subjektivitet kunde få problematiska konsekvenser har tidigare visats. Det kan dock vara intressant att fördjupa sig i hur denna subjektivitet byggs upp.

Gruppens sammansättning innebär en tydlig medicinsk bias, som återspeglas i dess tillvägagångssätt. Den litteraturoversikt som genomförts har gjorts på »Pub Med«, en i huvudsak medicinsk databas. Inga sökningar har gjorts i psykologiska, sociala och sociologiska databaser. Men även inom den medicinska forskningen finns olika teoretiska ansatser och arbetsgruppen brister i sitt uppdrag genom att inte nämna och redovisa medicinska forskares resultat som skulle kunna ifrågasätta det synsätt den företräder. Det innebär en oväntad systematisk ensidighet i urvalet av vetenskaplig litteratur. Denna systematiska ensidighet, »Expertgruppens subjektiva bedömningar«, sätter sin prägel på framställningen inte bara i urvalet av de forskningsresultat som presenteras, utan även när det gäller tolkningen av deras relevans och evidens.

Resultatet blir att psykiatrin framställs som en snäv medicinsk specialitet och vetenskap och att inom detta fält finns en

grundläggande enighet där ingen enighet finns. Genom att suddas ut konflikterna inom det psykiatriska fältet skapar arbetsgruppen en berättelse om psykiatrin som enbart en medicinsk specialitet.

Sociologisk, socialpsykiatrisk, psykodynamisk och psykosocial forskning är osynliggjord i arbetsgruppens rapport, trots att det existerar en sådan forskning och att den producerar evidensbaserade resultat om kunskapsöversiktens objekt (utöver tidigare citerade verk, se exempelvis Breier & Strauss 1984, Strauss 1992, 1994, Davidson & Stayner 1997, Markowitz 2003, Lambert 2004).

Från evidens till praktik?

Arbetsgruppens arbete sker mot bakgrunden av en föreställning om utvecklingen som en linjär process från okunnighet till evidensbaserad kunskap och metoder.

Den historiska framställningen bygger upp en tydlig utvecklingslinje där tidigare tiders dispyter och meningsskiljaktigheter är på väg att lösas upp under forskningsresultatens tryck. Begreppen är entydiga, behandlingsmetoderna bygger på forskningsresultat. Nya forskningsresultat håller på att lösa de få och mindre oklara områden som återstår.

Det uttalade valet av en snäv definition av evidens ingår i en sådan strategi. Det utgår från ett resonemang om »evidenshierarkier«. Två exempel på sådana »evidenshierarkier« tas upp i Thornicroft och Tansella (2002) och i Willians (2002). Båda framställer metaanalyser av randomiserade kontrollerade studier som den högsta form av evidens, följd av enstaka randomiserade

kontrollerade studier, »väldeignade« kontrollerade studier utan randomisering och kvasiexperimentella studier. Längre ner i dessa hierarkier finns komparativa studier, korrelationsstudier och andra utan experimentell design samt rapporter från expertkommittéer samt kliniska erfarenheter från »respekterade experter« (s. 91). Sådana värdehierarkier framställs att gälla alla forskningsområden och forskningsfrågor, men är inte självklara. Upshur och Tracy (2004) tar upp att det inte finns någon evidens på vilken hierarki som är mer evident:

»... a greater irony exists because the entire edifice of evidences hierarchies is not based on systematic research at all, but on expert judgment or consensus« (s. 200).

Många forskare har betonat att vad som är bästa metoden att nå evident kunskap är beroende av frågeställningen och det studerade objektet. Till exempel tar Månsson (2003) upp svårigheten att isolera en behandlingsinsats från andra faktorer i individens liv. Thornicroft och Tansella (2002) tar upp begränsningarna av RCT när det gäller utvärderingen av psykiatriska verksamheters arbete då många insatser ofta genomförs samtidigt och de vanliga patienternas problematik är sammansatt och olika symptom inte låter sig isoleras.

RCT och metastudier av RCT är behäftade med en rad svårigheter, och även resultaten av RCT måste tolkas och tolkas ofta olika. Två exempel från psykiatrin fält kan illustrera detta. I Sverige har olika grupper försökt att lansera »Case management« och »Assertive Community Treatment« (ACT) som evidensbaserade enligt olika RCT stu-

dier. En genomgång av litteraturen visar dock att forskarna drar skilda slutsatser ur studierna. ACT beskrivs i följande ordalag i en nyutgiven bok:

»ACT-modellen har ett mycket starkt vetenskapligt stöd. I sammanfattande värderingar av flera studier (metaanalyser) visas att på flera viktiga mått var ACT-modellen mer framgångsrik« (Lundin 2004 s. 10).

James och Burns (2002) skriver å sin sida: »Despite the sheer volume of studies, controversy still reigns around the therapeutic value and cost benefits of these approaches« (s. 35).

Case management har också förklarats vara evidensbaserat när den introducerats i Sverige. Marschall (2002) tar upp risken med studier där interventionen som undersöks är dåligt definierad eller där olika definitioner tillämpas i olika studier av insatser som getts samma namn. Han listar ett antal slutsatser om case management. Listan innehåller bland andra följande uttalanden från olika experter som uttalat sig under perioden 1991-1995:

»Much of the evidence is inconclusive and somewhat contradictory«.

»The evidence seems to indicate that case management is most effective in reducing the number of rehospitalizations and reducing the length of stay«.

»A great del more research is required«.

»Despite the extensive research available,

only tentative and qualified conclusions can be made« (s. 70).

Marshall's slutsats är att: »In the end the reviewers' conclusions were primarily determined by whether they were pessimists or optimists...« (s. 70).

En slutsats som ligger långt ifrån de förhoppningar på entydiga slutsatser när det gäller att styra det kliniska arbetet som många hyser.

Upshur och Tracy (2004) problematiserar därför tendensen att likställa evidens med sanningen:

»Evidence derived from clinical studies is provisional, defeasible, emergent, incomplete, constrained (by ethical, economic and computational forces) collective in nature, asymmetrically distributed across help disciplines, historically limited, and influenced by markets« (s. 201).

Metaanalyser är problematiska och dessa problem bör inte underskattas. De forskningsresultat som sammanställs bygger på studier som sällan brukar samma begreppsdefinitioner, avgränsningar av patientpopulation, metoder, uppföljningsperioder mm. Att därutöver sätta samman resultaten från olika metaanalyser innebär svårigheter som borde problematiseras i en kunskapsöversikt.³

Oberoende av vilket synsätt forskare och praktiker har på evidensbegreppet är det viktigt att tydligt definiera sitt ställ-

ningstagande så att läsaren görs medveten om vilken forskning som inkluderas respektive exkluderas i olika kunskapsgenomgångar. Därför är det betydelsefullt att granska de centrala begreppen som brukas och utveckla ett medvetet förhållningssätt när det gäller forskares tendens att gynna resultat och tolkningar som ligger i samklang med deras förutfattade ståndpunkter, s.k. »allegience« (Wampold 2001).

Upplägget för arbetsgruppens rapport verkar motsvara det som Boyle (2002) betecknar som »narrative of progress« (s. 213). Boyle tar upp tre vägar att bygga upp en sådan berättelse:

1. Skapandet av en linjär framåtgående historia.
2. Presentationen av sekundära källor. På så sätt kan man undvika de problem som de primära källorna redovisade när det gällde metodfrågor och hur deras resultat kan tolkas. De förenklade presentationerna möjliggör dels att man kan spela på läsarens beredskap att »accept association as causation« (s. 214) och dels att skillnader mellan olika grupper i en experimentell situation omvandlas till egenskaper hos medlemmarna i dessa grupper.
3. Framåtskridande jämföras med att definitionen av schizofrenin som en biologisk störning vinner herravälde.

Diskontinuiteten, brottytor, konflikter skulle hota berättelsen om den snäva vetenskapsuppfattningens seger på psykiatrins fält. Förbiseendet av forskning som »inte passar« innebär ett okritiskt förhållningssätt som utgör motsatsen till de vetenskap-

3 Att metaanalyser inte är problemfria framgår av Bergmarks (2001) granskning av SBU:s rapport om missbrukarvården (2001).

liga kriterierna som forskarvärlden brukar ange för god forskningssed och därmed för en kunskapsöversikt.

Det är möjligt att arbetsgruppen lever upp till sin egen beteckning av sig själv: som en »expertgrupp«, men en expertgrupp med kunskaper som är begränsade

till enbart en mindre del av det fält som de hade i uppdrag att samla kunskaper om. Det förblir dock problematiskt när en sådan bristfällig »kunskapsöversikt« publiceras av en statlig myndighet i en tid då vetenskaplighet och tvärvetenskaplighet anses vara en nödvändig grund.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Edition)*. Washington: APA.
- Bental R.P., Jackson H.F. & Pilgrim D. (1988) Abandoning the concept of schizophrenia; some implications of validity arguments from psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology* 27, s. 303-324.
- Bentall, R.P. (2003) *Madness explained. Psychosis and human nature*. St Ives: Allen Lane.
- Bergmark, A. (2001) Om den evidensbaserade missbrukarvårdens retorik och praktik. *Nordisk alkohol och narkotikatidskrift*, vol 18, nr 2, s. 175 – 180.
- Boyle, M. (2002) *Schizophrenia – A scientific delusion? 2nd edition*. London: Routledge.
- Breier, A. & Strauss, J.S. (1984) »The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders«. *American Journal of Psychiatry*, 141:8. Pp 949-955.
- Cullberg, J. (2000) *Psykosor – ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Davidson, L. & Stayner, D. (1997) »Loss, loneliness, and the desire for love: Perspectives on the social lives of people with schizophrenia«. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol 20, nr 3, pp 3-12.
- Eliasson, R. & Nygren, P. (1981) *Psykiatrisk verksamhet 1. Samhälle, människosyn och modern själavård*. Malmö: Prisma.
- Garrabé, J. (2003) *La schizophrénie – un siècle pour comprendre*. Paris: Les Empêcheur de Penser en Rond.
- Hallidin, J. (1985) »Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and immigration«. *Acta psychiatr. Scand.* 71, pp 117-127.
- Hegarty J, Baldessarini R, Tohen M, Waternaux C & Oepen G (1994) »One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature«. *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, no 11, pp 1409-1416.
- Hollingshead, A. & Redlich, F. (1958) *Social class and mental illness: a community study*. New York: John Wiley & Sons.
- James, P. & Burns, T. (2002) »The influence of evidence on mental health care developments in the UK since 1980«. I S Priebe & M Slade (eds.) *Evidence in mental health care*. Hove and New-York: Brunner-Routledge.
- King M, Coker E, Leavy G, Hoare A & Johnson-Sabine E (1994) »Incidence of psychotic illness in London; comparison of ethnic groups«. *British Medical Journal* 309, pp 1115-1119.
- Kirk, S. & Kutchins, H. (1992) *The selling of the DSM. The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Walter de Gruyter.
- Lambert, M.J. (2004) *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (Fifth edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Lundin, L. (2004) Förord till den svenska upplagan. L Stein & A Santos *Psykiatriskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Markowitz, F.E. (2003) »Sociological models of

- recovery». I R O Ralph & P W Corrigan(eds) *Recovery in mental illness – Broadening our understanding of wellness*. Washington DC: American Psychological Association.
- Marshall, M. (2002) »Randomised controlled trials – misunderstanding, fraud and spin«. I Priebe, S. & Slade, M. (eds.) *Evidence in mental health care*. Hove and New-York: Brunner-Routledge.
- Månsson, S-A. (2003) »Att förstå sociala insatsers värde«. *Nordisk Socialt Arbeit*, nr 2, s. 74-79.
- Read, J. (2004a) »Does »schizophrenia« exist? Reliability and validity«. I Read J, Mosher L R & Bentall RP (eds.) *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Read, J. (2004b) »Poverty, ethnicity and gender«. I Read J, Mosher L R & Bentall RP (eds.) *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotika-problem. En evidensbaserad kunskapsöversikt*. Stockholm: SBU.
- Socialstyrelsen (1996) *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 – svensk version av International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Uppsala: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003) *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strakowski S M, Shelton R C & Kolbrener M L (1993) »The effect of rare and comorbidity on diagnosis in patients with psychosis.« *Journal of Clinical Psychiatry* 54:3, pp 96-102.
- Strauss, J.S. (1991) »The meaning of schizophrenia compared to what?« I W Flack, D Miller & M Wiener (eds.) *What is schizophrenia*. New York: Springer-Verlag.
- Strauss, J.S. (1992) »The person – Key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry, III«. *British Journal of Psychiatry*, vol 161 (suppl. 18) pp 19-26.
- Strauss, J.S. (1994) »The person with schizophrenia as a person II Approaches to the subjective and complex«. *British Journal of Psychiatry*, vol 164 (suppl. 23) pp 103-107.
- Strauss JS, Gabriel R, Kokes R, Ritzler B, Vanord A & Tamara E (1979) »Do psychiatric patients fit their diagnoses? – Patterns of symptomatology as described with the biplot«. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol 167, no2, pp 105 – 113.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002) »Mental health services research«. I S Priebe & M Slade (eds.) *Evidence in mental health care*. Hove and New-York: Brunner-Routledge.
- Topor, A. (2001) *Managing the contradictions – Recovery from severe mental disorders*. Stockholm, Stockholms University, Dep of Social Work, SSSW no 18.
- Upshur, R. & Tracy, S. (2004) »Legitimacy, authority and hierarchy: Critical challenges for evidence-based medicine«. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, Vol 4, No 3, pp 197-204.
- Wampold BE. (2001) *The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Warner, R. (1985) *Recovery from schizophrenia – Psychiatry and political economy*. New-York: Routledge & Kegan Paul.
- WHO (1997) *Schizophrenia – an international follow-up study*. Chichester: John Wiley & sons.
- Williams, B. (2002) »The role of qualitative research methods in evidence based mental health care«. I S Priebe & M Slade (eds.) *Evidence in mental health care*. Hove and New-York: Brunner-Routledge.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977) »Vulnerability - a new view of schizophrenia«. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 86, no 2, pp 103-126.
- Zubin J, Magaziner J & Steinhauer S R (1983) »The metamorphosis of schizophrenia. From chronicity to vulnerability«. *Psychological Medicine*, no. 13, pp 551-571.

Summary

The obscure subjectivity of science: Comments on a knowledge review published by the Swedish National Board of Health and Welfare

Reference to medical science is often used to support the call for evidence-based social work. Indeed, evidence-based knowledge is often regarded as being equivalent to the findings of randomized controlled studies. Psychiatry can be seen as the medical speciality that lies closest to social work. The article scrutinizes how well the Swedish National Board of Health and Welfare, in its recently published knowledge review, complies with its own criteria for what constitutes the presentation of knowledge on scientific grounds. To give some examples: the concepts used in the knowledge review are left largely unexamined. Although the differences in »schizophrenia« and »psychosis« are emphasized in the »review«, these concepts are used interchangeably throughout. The rigorous critical examination these concepts have been subjected to in both the sociological and psychiatric literature is never mentioned. Furthermore, the results obtained from studies on social factors and how they relate to the onset and course of serious mental disorders are consistently ignored. And although »environmental factors« are presented in the section on aetiological hypotheses, they are consistently reduced to bio-chemical factors.

The picture that emerges from the review is that there is a growing consensus in psychiatry that it is moving away from an ideological base towards one that rests on scientific inquiry and application. To strengthen this picture, the ongoing controversies that characterize the field of psychiatry are passed over in silence.

The requirements for a scientific approach as presented in the review are applied indiscriminately. In practice, it cloaks in darkness any knowledge that falls outside a narrowly defined medical framework. The stringent criteria for what constitutes evidence are applied to other sources of knowledge, but are circumvented when it comes to biological-medical studies.

The fact that the National Board of Health and Welfare has undertaken to spread this »knowledge review« gives the review an official stamp of approval. This contributes to the dissemination of a nebulous view of knowledge that is in sharp contrast to the criteria for evidence-based knowledge. The debates and controversies taking place in the field of psychiatry and the difficulties this field has in living up to the requirements pertaining to such a narrow definition of evidence-based knowledge should be relevant for social work.