

KLINISK FORSKNING – TANKAR KRING EN FORSKNINGSANSATS

Mats Agurén

2021

INTRODUKTION I FEBRUARI 2026

Det har sagts att den som först nämner "antidemokrat" i en debatt har förlorat den. Andra kort som måste spelas med varsamhet i diskussionen är att till exempel kalla någon fanatiker eller översittare. Men en omvänd logik gäller för det retoriska knepet att kalla sin debattmotståndare för "teoretiker": "det du säger kanske fungerar i teorin, men i praktiken ...". Ridå! Praktikens män och kvinnor handlar, teoretikerna tänker. Praktiker får något gjort, teoretiker tittar i naveln ...

Att ställa teori och praktik i motsatsförhållande till varandra är en nästan självklar dikotomi.

Och ändå – gränserna är inte så entydiga, i alla fall inte om vi till de två begreppen praktik och teori också fogar ett tredje, som kan binda samman dem: lärande. När vi lär oss förflyttar vi oss mellan det praktiska handlandet och det teoretiska tänkandet, reflektionen.

När jag för mer än tio år sedan skrev min doktorsavhandling, hade jag anledning att fundera över de här sakerna. Det ingår nämligen i avhandlingsarbetet att formulera sin forskningsansats; hur man ser på kunskap, hur man förvärvar den och hur man tänker gå tillväga i det egna avhandlingsprojektet.

Ett begrepp som hade följt mig ända sedan min grundexamen och första yrkeserfarenhet var "klinisk forskning". För mig verkade den ansatsen på något sätt föra samman det här med praktik och teori. Men jag lyckades inte hitta några tillräckligt tydliga referenser, metodhandledningar eller förebilder. Det fanns visserligen andra begrepp, som "action learning" och "aktionsforskning", men de

verkade inte heller vara helt enkla att tillämpa¹. Till slut lämnade jag allt detta utanför avhandlingsarbetet.

Men några år efter att jag disputerat kom begreppet inom synhåll för mig igen, då i samband med ett par skrifter som en tidigare kollega, Tommy Bergqvist, publicerade och också inbjöd till diskussion av. Tommy och jag arbetade samtidigt några år på 1980-talet på Scandinavian Institute for Administrative Research (SIAR), han som senior konsult och jag som "young professional". I hans två böckerna, den ena om management-konsulter och den andra om SIAR-paradigmets framväxt, hade klinisk forskning en central plats. Det var den forskningsansats som SIAR under 1970-talet hade använt för sin teoribildning och den var nära kopplad till det som på 60- och 70-talet kallades "action research". Men i SIAR:s tappning blev klinisk forskning något mer än aktionsforskning – och som "young professional" på SIAR tog jag för givet att det var så här man forskade.

Först när jag deltog på metodkurserna på doktorandutbildningen vid Åbo Akademi och Copenhagen Business School togs jag ur den villfarelsen.

Men de samtal kring klinisk forskning som Tommy Bergqvist och andra tidigare kollegor långt efter mitt eget doktorerande bjöd in till, gjorde mig igen nyfiken på *vad det egentligen handlar om?*.

Den följande essän, som jag skrev efter dessa möten kring 2021 är när jag nu läser den, lite rapsodisk. Det finns massor att lägga till, förtydliga och utforska vidare. Mitt försvar för denna ofullkomlighet är att den är ett försök att – som essäns format syftar till – "tänka med pennan".

En kommentar om begreppet: det är lätt att associera begreppen "klinisk forskning" eller "klinisk prövning" till ett speciellt sammanhang, det vill säga den forskningsprocess man kan återfinna i exempelvis läkemedelsföretag, eller inom medicinska fakulteter på universitet och högskolor. Men nedan vidgas begreppet medvetet till att omfatta aktiviteter inom fler områden och speciellt inom organisationsforskning, organisationsutveckling och organisationskonsultation.

1. Inledning: några lösryckta tankar om kliniker, kliniska möten och klinisk forskning

- En klinik är en plats där patienten/klienten och läkaren/forskaren/konsulten möts. En klinik är något som organiseras. Det kan vara en fysisk struktur, ett hus; men kan också ta mer abstrakta former, som ett projekt, en behandling med mera. Ett konsultuppdrag kan alltså på det sättet vara en klinik.
- Värt att notera om den kliniska situationen: en operation (ett operativt ingrepp) är *inte* en klinisk situation – här är patienten nedsövd och icke deltagande. Det kliniska momentet ligger i diagnosen och ett begrepp som "klinisk implementering" (om det finns) skulle kunna vara en oxymoron (en kombination av två – skenbart – oförenliga begrepp; "talande tystnad"). Är begreppet "klinisk forskning" också en oxymoron, kan man fråga sig.
- För att kunna formulera en diagnos måste patienten och läkaren "stay with the problem" (ett citat tillskrivet Einstein: "it's not that I am smarter than other – I stay with the problems longer"). Det är dock ofta svårt, kan upplevas som långsamt och omständligt och inte "föra frågan framåt på ett konstruktivt sätt". Men, som Horst Rittel² konstaterar: "att definiera ett problem är också att definiera dess lösning."
- Kontraktet mellan patienten/klienten och läkaren/konsulten vid mötet är att patienten kan förvänta sig att läkaren vill patienten gott och läkaren kan förvänta sig att patienten är uppriktig och ärlig.
- I det kliniska mötet möts också två förväntningar *om framtiden*: patienten förväntar sig att komma till en plats där problemet är borta, och att därigenom hens (företagets, organisationens) tillvaron blir bättre. Läkaren/konsulten har en idé om att bakom den alldeles unika frågeställning hen just nu möter i form av patientens problem finns det en ontologisk fråga om världens beskaffenhet; och genom att *förstå* världen bättre, kan den bli *bättre*.

- I det kliniska mötet möts två expertsystem: Patienten är (i regel) expert på sig själv. Läkaren är expert på att formulera en diagnos för det unika baserat på det generella, vilket förutsätter en förmåga att från det unika (många andra situationer) formulera generella bilder för att förstå, förklara och (kunna påverka) det unika.³ Värdet skapas när de två expertsystemen interagerar med varandra.
- Är klinisk forskning metodlös? Nej, den kliniska forskningen använder sig ofta av samma metoder som traditionell (positivistisk) forskning (möjligen med undantag för fokuseringen på språkutveckling och användning av ett diagnostiskt språk). Men eftersom den kliniska forskningens förhållningssätt till forskaren i relation till det studerade systemet, eller till användningen av metoderna för att intervensera i systemet, skiljer sig från hur de traditionellt används, blir den kliniska forskningen öppen för metodkritik: "du använder ju fel ände av stämjärnet!"

2. Efterföljande reflektioner: Vad är egentligen klinisk forskning?⁴

"På kliniken möter man patienten"

Klinisk forskning sker inte i ett laboratorium eller i en studerkammare. Den sker i ett rum där både patient och expert är närvarande, samtidigt. De ser och hör varandra, kan ställa frågor och lämna svar. De kan argumentera. När läkaren på kliniken möter patienten gör han det med ett helhetsperspektiv: patienten skickar ju inte bara fram sin brutna fot eller onda mage utan hela kroppen (och själen) följer med. Det är hela patienten som ligger på bordet och läkaren ställer inte diagnosen uteslutande utifrån patientens egen problemformulering. Läkaren ställer heller inte diagnosen själv, utan patienten är i högsta grad med och deltar i arbetet. På det sättet är konsultationer med en psykolog en mer precis metafor för vad som händer än operationsbordet inom den

kliniska medicinen. Några av utgångpunkterna ("erbjudandet") i läkarens möte med patienten är:

- Vi vill hjälpa dig, vi vill dig gott!
- Vi tror att du som patient har många insikter och kunskaper som är värdefulla för att ställa diagnosen.
- Vi eftersträvar ett gemensamt lärande, och det är en del av processen.
- Eftersom vi försöker förstå helheten, fokuserar vi inte bara på det som är dåligt, utan också på det som är bra

"Klinisk forskning – ett (hotfullt) nytt paradigm"

I skriften *Paradigmskiftet*, skriven av konsulten och forskaren Tommy Bergkvist, beskrivs hur skyttegravarna under 1960- och 70-talet grävdes djupa mellan de som omfattade en alternativ syn på forskning och konsultation, och den traditionella syn som då var förhärskande. Det senare synsättet var i grund och botten positivistiskt, och handlar om att hitta och beskriva den lagbundenhet som antas ligga bakom också sociala fenomen. Risker är naturligtvis den att man därmed fokuserar på sådana problem som är förhållandevis okomplicerade och där samband, orsak-verkan och lagbundenhet är lätta att identifiera ("vi har sett liknande problem förut, vi vet att det finns lösningar på dem och vi vet att vi kommer att känna igen en lösning när vi ser den, eftersom vi kan mäta och värdera problemet, förändringen och resultatet"). Ett inte ovanligt alternativ är att om-formulera de problem man ställs inför, så att de går att "beforska" med traditionella metoder.⁵

Nu finns det ju andra sorts problem, de som Horst Rittel kallar "elaka"⁶. Det är problem som vi inte har sett tidigare, där vi inte vet om det finns någon lösning och där de algoritmer vi har för problemlösning (algoritmerna bygger ju på problem som vi sett tidigare och kunnat lösa) inte fungerar; det fordras helt enkelt en annan process för problemlösning. Jag skriver en del om den i min bok *Matrismanifestet* från 2016.

I samband med sin disputation fick Bergkvist och kollegan Ingeman Arbnor frågan om reliabilitet och validitet i den forskning som man presenterade och som uppenbarligen metodmässigt skilde sig från "traditionell" metod. Deras argumentation är värd att citera, då den också anger den metodologiska och vetenskapsteoretiska utgångspunkten för det kliniska forsknings-paradigmet.

"Vi började med att konstatera att båda begreppen [reliabilitet och validitet] tillhör positivismen och de fungerar fint inom naturvetenskaperna där det finns en objektiv av oss oberoende verklighet som man kan studera och få samma resultat varje gång man upprepar studien, men när vi rör oss i den sociala verkligheten så fungerar det på ett annat sätt. Här skapas verkligheten av aktörer som i sin tur definieras av den sociala struktur de tillsammans skapat. [---]

Det betyder att det inte finns en objektiv verklighet helt oberoende av aktörerna i den studerade sociala verkligheten. Istället bidrar varje aktör med sin subjektiva upplevelse av verkligheten och de delar som är gemensamma mellan de ingående aktörerna, dvs snittmängden av deras verklighetsuppfattningar, bildar den gemensamma verklighet de delar – man kan säga att det är snittmängden av de olika aktörerna uppfattningar och kallas intersubjektivitet, istället för objektivitet, eftersom denna intersubjektiva del bara delas av de som ingår i det studerade systemet och således inte är helt objektiv för resten av världen så som de naturvetenskapliga resultaten ska vara.

Detta gör att varken reliabilitets- eller validitetsbegreppet fungerar i den sociala verkligheten. Reliabilitet handlar om att resultaten ska bli desamma ifall undersökningen genomförs på nytt och då krävs att det finns en oberoende objektiv verklighet och inte en socialt konstruerad. När det gäller validitet är frågan huruvida forskaren mäter det man avser att mäta, vilket det fenomenologiska och hermeneutiska synsättet ersätter med sin förståelse och tolkande angreppssätt utan att helt och hållet luta sig mot mätningar för att nå resultatet, så som är vanligt i positivistiska undersökningar."⁷

Klinisk forskning - från det specifika till det generella. Rådgivning och kunskapsutveckling.

För mig är det centrala i det kliniska angreppssättet rörelsen mellan det specifika och det generella. Ett sätt att beskriva detta är att man som "kliniker" på något sätt alltid utgår från att det bakom varje problem finns en "ontologisk" fråga som måste upptäckas och om möjligt besvaras. Och att samtidigt "skapelsen fortsätter", världen och verkligheten är inte beständig utan i ständig utveckling och att frågorna tar därför aldrig slut. Det är därför en klinisk forskare måste vara ständigt nyfiken. Och kanske är det också därför jag får svårt för att beskriva klinisk forskning som en metod, kännetecknad av speciella verktyg, tekniker och "konstruktioner". För mig är den kliniska metoden ett förhållningssätt. Den kliniska forskningens metoder kan vara desamma som i traditionell positivistisk forskning. Men de används på ett delvis annat sätt.

Vi kan beskriva klinisk forskning som att "adressera den aktuella och specifika situationen för att lösa det förhandenvarande problemet, men samtidigt vilja konceptualisera på en högre abstraktionsnivå för att öka förståelse inför liknande problem" (att forska medan man hjälper). Det vi då beskriver är en hermeneutisk rörelse som inte är helt okomplicerad.⁸

För den *problemlösning* och *generalisering* som vi ovan beskriver i en mening, är i grunden två olika praktiker. Frågan är om de, som ovan, kan förenas?

Rådgivningssystemet

Problemlösning i en specifik situation som sker tillsammans med en utomstående part (en konsult, en läkare, en expert) kan sägas äga rum ett sammanhang av komponenter och relationer som vi kan kalla för ett *rådgivningssystem*.

I rådgivningssystemet är begrepp som tillämpbarhet och relevans, mål och prioritet, effektivitet och resultat, viktiga. Här används med förkärlek olika former av verktyg (koncept), som bidrar till en relevant och effektiv process fram till önskat resultat. Verktygen och koncepten (och deras användning) kan betraktas som ett slags

paketerade erfarenheter, och ur den specifika situationen kan utvinnas mer generella erfarenheter som kan paketeras i nya verktyg eller koncept.

Forskningssystemet

Också i *forskningssystemet* är det centralt att ur det specifika utvinna något generellt, här i form av generella, helst universella ("naturlagsliknande"), teorier. Bland etnografer⁹ har processen beskrivits som att ur ett material "framkalla" en bild på en högre abstraktionsnivå och med ett högt förklarings- och prognos-värde. Denna process är underkastad den överenskommelse om "vad vetenskap är" som det vetenskapliga samfundet ingått – i huvudsak avseende, men inte begränsad till, naturvetenskaperna - och pekar därmed ut hur det specifika skall organiseras för att kunna studeras på ett "riktigt" sätt (det pekar också ut hur forskaren ska förhålla sig till det hen studerar och till den specifika situationen). Exempel på sådan organisering är experiment, hypotesprövning, laboratorieförsök. Att närma sig och delta i det specifika på ett sätt som inte ansluter till dessa normer (som också innefattar metoder, tekniker och språk), omöjliggör – enligt detta synsätt – i princip generella resultat.

Rådgivningssystemet och forskningssystemet närmar sig det specifika med två olika psykologiska kontrakt. I rådgivningssystemet är kontraktet att "jag vill dig gott och vill hjälpa dig utifrån din unika situation; du har i din tur en uppriktig vilja att bli bättre och kommer att vara uppriktig och ärlig i vår relation." I forskningssystemet är kontraktet ett annat: "Jag vill hitta det generella i din situation, för att ge mig och mina kollegor en bättre förståelse av verkligheten, jag förväntar mig inte att du alltid talar sanning eller ger oss all information; du/vi kan heller inte garantera att de uppgifter du lämnar kommer att leda fram till för dig önskvärda resultat i din specifika situation.". Man kan nog säga att det är ett rätt komplicerat kontrakt, som passar bättre när objektet är en vätska, en himlakropp i en galax eller en mygga, än när det är en människa eller ett socialt system¹⁰.

Det kliniska forskningssystemet

I bilden nedan försöker jag illustrera hur systemet för klinisk forskning försöker att just kombinera rådgivningssystemets fokus på problemlösning och forskningssystemets anspråk på att framkalla det universella.

I rådgivningssystemet är det specifika det "unika problemet" och det generella/universella består av erfarenheter från andra, liknande, situationer. Det finns ett ömsesidigt beroende mellan dessa två: problemet löser man med hjälp av erfarenheten och erfarenheten ökar vartefter man löser fler problem.

I forskningssystemet är det specifika de kontrollerade experiment man genomför och det generella är de teorier man använder för att förstå mätdata. Också här är beroendet ömsesidigt. Teorierna kan bidra till att formulera den hypotes som experimentet testar; men resultaten från experimenten kan komma att modifiera de generella teorierna – eller skapa helt nya.

I det kliniska forskningssystemet däremot, där hämtas det specifika från rådgivningssystemet (det unika problemet), samtidigt som problemlösningen utgår från en generell/universell teori eller generell kunskap. Men kunskapen kan också utvidgas genom att ur det unika problemet dra föreställningar som har karaktär av mer generella teorier (och inte enbart för rådgivaren personliga insikter och erfarenheter).¹¹

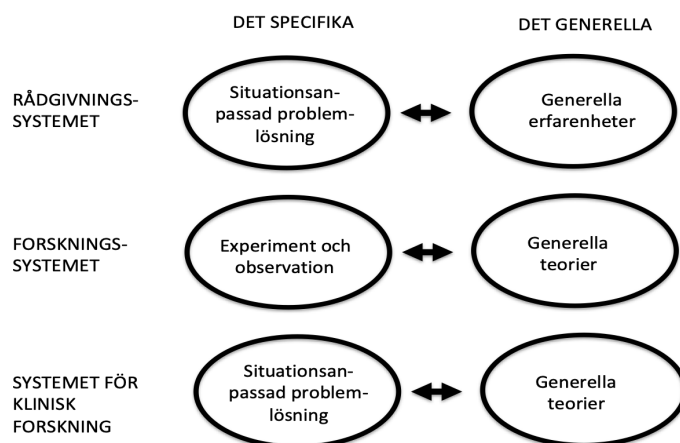


Fig. Förhållningssätt till det specifika och det generella i rådgivning, forskning respektive klinisk forskning.

Med andra ord: det kliniska forskningssystemets försöker att med utgångspunkt från rådgivningssystemets fokus på (kommersiellt) framgångsrika och beprövade metoder, modeller och koncept och ett specifikt psykologiskt kontrakt med kunden, utvinna generella – närmast lagbundna – föreställningar om världen och verkligheten; föreställningar som, i enlighet med forskningssystemets krav på en "teori", med framgång kan prövas – med hjälp av forskningssystemets begrepp, metoder och kontrakt med omvärlden – mot behovet att vara konsistenta med gjorda (och även ännu ej gjorda) erfarenheter och att framgångsrikt både beskriva, förklara och ge underlag för prognoser/hypoteser kring ett fenomen.

Om man uttrycker det lite krångligt, alltså. Vi behöver exempel, och nedan kommer ett sådant.

Den kliniska forskarens dilemma: exemplet managementkonsulten

Det förefaller rimligt att anta att om man på detta sätt kombinera rådgivningssystemets anspråk (lösa problemet) och forskningssystemets anspråk (utveckla ny kunskap) på problemlösningssprocessen, kan man hamna i en hel del konflikter och dilemman. Jag ska ge ett exempel. En konsult, rådgivare till exempelvis företagsledare, kan bland annat möta följande problem när hen vill använda sitt rådgivningsarbete till att forska:

1. Metoderna står i vägen för förhållningssättet. I det kliniska mötet använder man sig av olika beprövade tekniker och metoder/koncept (cash-flow analys, historisk analys, "five forces" eller vad de nu kan heta; poängen är lite att de på sätt och vis valideras genom att vara kommersiellt efterfrågade) på ett sätt som ställer sig i vägen för det unika i situationen (metoden blir lösningen) samtidigt som ...
2. ... kunden kanske gärna vill att en viss sorts problemlösningssmodell eller ett "koncept" (en viss metod) ska användas; hen kan ha hört talas om den, företaget kan ha använt den i andra sammanhang eller fått den rekommenderad för sig som en modell "à la mode". Det bidrar igen till rörelsen bort från problemets unika karaktär.

3. Det är svårt (för att inte säga omöjligt) för rådgivaren/konsulten att få betalt för processen att ur det specifika ta fram det generella, att "framkalla" sina observationer till mer universella teorier.¹² Har man ändå den ambitionen tvingas man inte sällan att hålla det utanför kundens synfält och hitta sätt att få in forsknings-arbetet under andra rubriker i fakturan till kunden. Om nu kunden genomsådar detta kan det hända att ...
4. ... kunden anser sig ha (primärt) ägande till det generaliserade kunnandet ("jag har ju betalat för det!").
5. Arbetet med att ur det specifika formulera det generella och göra det på ett sätt som låter det bli en modell eller till och med en "teori" för att både förstå, förklara och prognosticera fordrar att man förhåller sig till den katalog av krav, normer, föreställningar osv som gäller för definierar kunskap och vetenskaplig sanning. Åtminstone om man vill göra detta på ett sätt som gör anspråk på att påverka mer än konsultens/ problemlösarens/forskarens egen privata erfarenhetssfär (ett slags privatiserat kunnande) och ge ett bidrag till kunskapsutveckling m m inom den vetenskapliga sfär man vill verka inom. Detta är i sig en konflikt, precis som utdraget ur Bergkvist-Arbnors avhandling visar.
6. Den inbyggda tanken i den kliniska processen om ett gemensamt lärande är inte alltid självklar för kunden – särskilt inte om det kostar pengar! En emanciperande konsultinsats är i regel svår att få betald för och inte ens om man hävdar empowerment ("ge verktygen och förutsättningarna") så går det alltid att få med på fakturan.
7. Ur kunskapsutvecklingsperspektiv (i forskarsystemet) är också ett misslyckande en framgång (man har visat vad som inte fungerar, enligt tankar om falsifiering osv). I en problemlösning åt en kund (i rådgivningssystemet) är däremot misslyckande inte ett alternativ.

8. När den kliniske forskaren uppträder som konsult betraktas hen av forskningssystemet som kommersiell; när konsulten uppträder som forskare betraktas hen av rådgivningssystemet som akademisk. Båda dessa omdömen är till nackdel för den kliniske forskarens karriär och framtida konsult- eller forsknings-uppdrag.
9. Det är lätt för en nyfiken forskare som arbetar med en klinisk ansats att fokusera mer på de delar av rådgivningsprocessen som går att dra vidare till generalisering (typiskt sett diagnosen) och därmed lägga mindre vikt vid andra delar, typiskt sett hur man implementerar de föreslagna lösningarna, vilket är vad klienten oftast är mest intresserad av.
10. En ambitiös klinisk forskare med viss erfarenhet löper risk att – i sin iver att hitta nya teorier – omdefiniera och problematisera i grund och botten enkla/tama problem, så att de framstår mycket mer komplex/elaka, och därmed mer lämpade för den tolkningsprocess och den "framkallning" av observationerna som leder till generella slutsatser på någon nivå.
11. En ambitiös klinisk forskare med viss erfarenhet löper också risk att (omedvetet?) låta starka föreställningar ("dominerande idéer" kanske passar som begrepp?) om världen och dess beskaffenhet, alltså teoribildningar, ta över och därmed omdefiniera/förenkla elaka och svåra problem till enkla och tama dito ("vi har ju sett det här förut").

Sammantaget kan man möjligen efter denna uppräknings konstatera att för att överleva som klinisk forskare med konsultbakgrund, måste man i någon grad "lura" både rådgivningssystemet och forskningssystemet.

3. Den kliniska metoden applicerad på organisationsutveckling

Trots det kliniska tillvägagångssättets tillkortakommanden och fallgropar (framförda från kritikerna framför allt när tillvägagångssättet gör anspråk på att vara forskning) pekar t ex Edgar Schein¹³ på den kliniska metodens fördelar vid organisationsstudier. Han gör en viktig distinktion mellan begreppen "action research" och "clinical research". Han utvecklar också tankarna kring de psykologiska kontrakten. Avslutningsvis citerar jag delar av hans "paper" *Legitimizing Clinical Research in the Study of Organizational Culture* från 1991 (MIT Sloan), som tar upp några av de saker jag ovan diskuterat.

"So what I am calling clinical research is the observation, elicitation¹⁴, and reporting of data that are available when we are actively engaged in helping organizations.

In the classic Hawthorne studies, you will remember, we made a fetish out of the fact that the observer could be shown to have no effect on the members of the Bank Wiring Room. Only later did we realize the power of the Hawthorne effect, that captively observing workers and paying attention to them had more impact on their morale and productivity than any of the variables manipulated in the formal study. The person who understood this best was Kurt Lewin, and I still believe he had it right when he noted that one cannot understand a human system without trying to change it.

Clinical research then is an extension of the concept of action research as articulated by Lewin and his followers but it differs from action research in a very important respect. The essence of clinical research is that someone in the organization has requested some form of help and that the researcher comes into the situation in response to the needs of the client, not her own needs to gather data.

[The clinical researcher enters a psychological contract with the client that obligates him to be helpful - that contract is important]. If I am a traditional reseacher and ask "how do you get along wiht your boss?" the respondent may evade giving an answer because it may be viewed as being none of my business. If I ask the same question as part of a process of helping the client to solve some problem, it is much more likely that I will get a meningful answer because the client is seeking help and paying for it [we can call this license for research].

[---] In classic ethnographic research the researcher needs to defend his independence from the the respondent – in clinical reaaerch the research has to explain the relation to the respondent, the contract.

It is in [this interactive process] that the clinical relationship differs most from the traditional research relationship. The clinical researcher can formulate hypothesis about what is going on and test them on line by the kinds of interventions he makes. And, in observing he responses to interventions, the clinical researcher is confirming or disconfirming hyothesis, and is constantly gathering more data for reformulating hypothesis. This interactive process is what I mean by learning about an organization in the process of trying to change it. Interventions in this context then become research tools and can be used to do mini field experiments."

Not om klinisk forskning och gruppkonsultation

Under senare år har intresset för konsultativa processer som bedrivs i grupper fått stort intresse. En svensk förening för "team choaching" har startats och olika modeller för att lösa problem i grupp har tagits fram. Utgångspunkten är ofta att ett kliniskt möte inte behöver involvera bara en patient och en (eller flera) läkare/konsulter utan att ett sådant möte lika gärna kan föra samman flera patienter och flera läkare/konsulter. I en sådan grupp blir rollerna flytande, under olika skeden processen är några "lärare" och andra "elever", för att

sedan byta roller. Poängen är att all erfarenhet i rummet är relevant och värd att lyssna på i relation till den fråga som ska diskuteras.

Kan sådan gruppkonsultation användas i en klinisk forskningsansats? I min avhandling försöker jag göra det: min empiri består av 14 sådana ”gruppkonsultationer” som följde en metod för problemlösning och erfarenhetsutbyte i grupp som bl a använts av Marknadstekniskt Centrum (MTC) under många år. Utgångspunkten är att någon i gruppen formulerar en fråga eller ett problem. I likhet med den kliniska processen beskriven ovan ska problemet vara ”äkt”, dvs inte konstruerat eller påhittat, ha en viss ”urgency” och dessutom ”ägas” av problemställaren. Däremot finns inga ramar för hur problemet formuleras utan den initiala formuleringen ska avspegla problemägarens genuina bild av frågan. I det påföljande arbetet problematiserar gruppen ”i rummet” problemägarens formulering, oftast genom att ställa frågor, referera till egna erfarenheter, hitta språk och beskrivningsmodeller. Slutligen kan gruppen – tillsammans med problemägaren – ”frysa” frågan och har därmed formulerat (oftast faktiskt omformulerat) det problem som måste lösas. En diagnos har ställts och därefter kan gruppen ge rekommendationer till lösning och också diskutera risker och varningsflaggor.

Processen dokumenteras mycket noggrant. Protokollen kan sedan tolkas vidare, antingen i relation till det specifika problem som diskuterades under mötet, eller i kontext av andra, liknande, frågeställningar. I det senare fallet blir det möjligt att dra mer generella slutsatser om en mer generell (”ontologisk”) fråga. I min avhandling var den frågan bland annat hur ledare omformulerar problem för att hitta annorlunda och ”bättre” utgångspunkter för problemlösningen.

FOTNOTER

¹ Andra liknande ansatser har kallats "följeforskning" eller "interaktiv fölieforskning". Båda begreppen används av Södergren, B och Richtner, i en publikation från Vinnova 2010 (diarienummer 2005-02582). De diskuterar där också styrkor och utmaningar med denna forskningsansats, sett ur de deltagande forskarnas (och kanske hela forskningssystemets) perspektiv (Tabell 3). Här hänvisas också till andra publikationer om begreppet "följeforskning" ("interaktiv forskning"), till exempel Svensson, Brulin, Ellström och Widegren (red), *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik*, Arbetsliv i omvandling Nr 7 (2002)

² Se not 7 om Horst Rittel, nedan.

³ Richard Normann har en beskrivning av ledarskap som jag ofta, ofta citerar. Den kan också här fungera som en beskrivning på den process som den kliniske forskaren/konsulten (men också klienten, i ett gemensam lärande) genomgår i sin rörelse från det partikulära till det universella och tillbaka: "ledarskapets grundläggande uppgift är att tolka ett ständigt föränderligt sammanhang, formulera de föreställningar vi har om vår identitet och det framväxande sammanhanget [...] för att sedan översätta detta till olika handlingsalternativ." (Normann, 2001, *När kartan förändrar affärslandskapet*)

⁴ I Tommy Bergkvists båda böcker om forskare och managementkonsulter finns flera försök att definiera begreppet klinisk forskning. Han citerar också Christer Karlsson som i boken "Research Methods for Operations Management" (Routledge, London, 2nd ed) från 2016, gör ett antal referenser till "clinical research". Jag använder här i min text inte explicit dessa definitioner eller synsätt, som är väl beskrivna och diskuterade på annan plats. Det skulle däremot vara intressant att göra en jämförande översikt över dessa – och andra (till exempel dem jag själv hänvisar till) – definitioner på en forskningsansats som innehåller de grundelement som jag i den här texten försöker beskriva.

⁵ På någon av de doktorandutbildningar jag gick under avhandlingsarbetet sa man väldigt tydligt att för att bli en framgångsrik doktorand gäller det att hitta frågor som går att undersöka. Jag satt på flera seminarier där kollegor fick kommentaren på framlagda forskningsplaner att "det är en jättespännande fråga du formulerar, men den är inte möjlig att beforska. Byt till en annan frågeställning som du har verktyg för att undersöka." I efterhand känns det rätt sorgligt och bidrar säkert till att akademisk forskning upplevs som allt mindre relevant – man ställer helt enkelt inte de viktiga frågorna längre.

⁶ Horst Rittels bibliografi innehåller mer än 100 unika artiklar och skrifter i många olika ämnen, I artikeln *Dilemmas in a General Theory of Planning* från 1973 introducerar han begreppen tama och elaka problem. I en artikel från 2006, med titeln *Why Horst W. J. Rittel Matters*, försöker Chanpory Rith och Hugh Dubberly att sammanfatta hans viktigaste idéer. I mycket grova drag blir det så här:

Att definiera ett problem innebär också att definiera dess lösning. Därför är enkla problem, som är lätta att definiera, också enkla att lösa. Emellertid är problem-definitioner subjektiva och avspeglar alltid en specifik utgångspunkt eller ett specifikt perspektiv. Detta leder till att, när det

kommer till att definiera problem, är alla experter, intressenter etc lika insiktsfulla och kunniga (eller okunniga). Ibland leder detta till att det inte går att uppnå enighet om en problemdefinition. Sådana problem kallar Rittel elakartade, och de elakartade problemen är viktiga eftersom dessa – genom att omtolkas – leder fram till innovationer.

Att lösa enkla problem (de som Rittel kallar tama) kan visserligen åstadkomma förbättringar, men genererar inte innovationer. De elakartade problemens komplexitet och mångfald av variabler (både avseende det som finns och det som eftersträvas) innebär vidare att de fordrar gemensamma insatser av många människor för att kunna lösa dem. Deltagarna i problemlösningen måste tala med varandra, argumentera, överväga och också komma överens om mål och vilka handlingar som fordras för att nå dem. Således måste deltagarna ha en förståelse för handling, inte bara behärska fakta.

Här ser Rittel en skillnad mellan vetenskap i traditionell mening och skapande processer som planering och design. Vetenskap handlar om faktiskt kunnande om hur saker är, medan design och planering handlar om det han kallar instrumentell kunskap och där han inkluderar både hur saker är och hur de skulle kunna vara liksom kunskap om vilka handlingar som förflyttar oss från det som är till det som skulle kunna vara. Att argumentera är den viktigaste handlingen och argumentation är kanske den enda fungerande metoden för att lösa elakartade problem.

Men argumentationsprocessen är också en politisk process och därför är design och planering politisk argumentation. (från Agurén, 2016, sid 138.)

⁷ I min avhandling hanterar jag validitets-begreppet på ett snarlikt sätt, men hänvisar också till Normann och hans tankar om meningsfullhet som ett mått på validitet; ett tänkande nära idéerna om att utveckla diagnostiskt språk för att "förstå och begripa", ett samtidigt "partikulärt och universellt" språk som Jan-Inge Lind uttrycker det i boken om SIAR-skolan (Carlsson et al, 2000, sid 294 ff). I avsnittet "On Validation" skriver jag följande: "The interest in this investigation is to understand (in a better way) and then be able to articulate this understanding. Validation in this research approach presents some problems, and methods developed in a positivistic tradition have limited applicability.

For example, it is not possible to validate the articulation of the new understanding through somehow measuring the relationships between two words or concepts in the language used; you need to validate the whole "system". This validation can be done in two ways: firstly through the communication process of the research results to others. If communication is possible [...] the articulation is partly validated. [Secondly], new constructs will become validated if and when they are [not only] meaningful [but also] used by actors in the field." (Agurén, 2014, p 66)

⁸ Under min doktorandutbildning inskräpte min handledare, Bengt Kristensson Uggla att – i Ricoeurs anda – tolkning inte syftar till att bara förstå utan till att förstå *bättre*. Den hermeneutiska spiralen kommer inte tillbaka till samma ställe, utan till ett nytt ställe; det är en spiral och inte en cirkel.

⁹ Till exempel Patrik Aspers, *Etnografiska metoder* (2007)

¹⁰ Man skulle kunna säga att rådgivningssystemets kontrakt bygger på förtroende, medan forskningssystemets kontrakt bygger på misstro. Det törs man väl inte säga allt för högt; men inte för inte har stor möda ägnats åt att formulera ett forskningsetiskt regelverk. Misstroende är ju ofta nära förknippat med upplevelser av integritetskränkning och maktmissbruk.

¹¹ Både Bergkvist och Lind beskriver det som ett "spänningsfält" mellan det partikulära/specifika och det universella/generella.

¹² Ett undantag är när man samlar en grupp företag eller organisationer i ett "utvecklings-konsortium", där det redan från början är klart att syftet är att utveckla ny kunskap. Min erfarenhet är att trots detta kan frågan om vem som äger resultatet av denna utvecklingsprocess (se punkt 4 i listan) orsaka en del konflikter.

¹³ Edgar Henry Schein (född 1928), var professor vid MIT Sloan School of Management, och har forskat inom organisationsutveckling, inklusive process-konsultation, grupp-processer och organisationskultur.

¹⁴ Ungefär "att framkalla".

LITTERATUR

Agurén, M. (2016). *Matrismanifestet - att leda mångdimensionella organisationer*. Stockholm: Liber

Agurén, M. (2014). *Matrix Mind: on managerial reframing in multidimensional problem solving*. Lidingö: Glimfor AB

Aspers, P. (2007). *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber

Bergkvist, T. (2015). *Managementkonsulter och forskning. En jämförande studie av sex konsultföretag*. Stockholm: SIAR/Stiftelsen för Projektforskning

Bergkvist, T. (2021) *Paradigmskiftet*. Lund: Opubl. Manuskript. Vidareutvecklat i den 2024 publicerade boken *Paradigmskiftet - SIAR-skolan i Lund*. Stockholm: Ekerlids förlag

Bergkvist, T. (2017). *På jakt bland forskare och managementkonsulter. Klinisk forskning och praktiska kunskapsutveckling inom managementområdet*. Stockholm: Vinnova Rapport VR 2017:04

Carlsson, R. H. (Red.). (2000). *Strategier för att tjäna pengar. Om affärsidén och andra SIAR-begrepp*. Stockholm: Ekerlids förlag

Normann, R. (2001). *När kartan förändrar affärslandskapet*. Lund: Liber Ekonomi

Normann, R. ([1975] 1999). *Skapande företagsledning*. Stockholm: Bonnier Alba

Rittel, H.W. & Webber, M.M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Working Papers from the Urban & Regional Development*, s. 155-169

Schön, D. (1971). *Blindgångare mot framtiden*. Stockholm: PAN