

VETENSKAP
OCH BEPRÖVAD
ERFARENHET
SOCIALTJÄNST





**VETENSKAP
OCH BEPRÖVAD
ERFARENHET
SOCIALTJÄNST**

ISBN 978-91-983575-6-1

© VBE programmet och författarna

Grafisk form Johan Laserna

Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet, Lund 2019

Innehåll

Förord	9
NILS-ERIC SAHLIN	
Funktionsnedsättning: Lite vetenskap men har vi beprövad erfarenhet?	13
PETRA BJÖRNE	
Evidensbaserad praktik i socialtjänsten: Kommunala enhetschefer om EBP under ett decennium	23
NILS STENSTRÖM	
Barns rättigheter och kunskapsbaserad vård: Möjliga konfliktytor inom den sociala tvångsvården	33
TITTI MATTSSON	

Vad göra när vi önskar
att vi visste mer?
En etisk fråga för
43 socialtjänst och forskning
LINUS BROSTRÖM

Varken teknik
eller konst:
Utmaningar i det sociala
55 arbetets kunskapsutveckling
TAPIO SALONEN

61 Medverkande

Förord

Detta är den sjunde publikationen i en serie småskrifter som alla handlar om vetenskap och beprövad erfarenhet. Denna gång ligger fokus på socialtjänsten. I de tidigare skrifterna i denna serie har det framkommit hur viktigt begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet är för en rad verksamhetsområden, till exempel medicin, skola och politik. Inte att förglömma begreppet eller begreppsparets centrala roll i vår lagstiftning. Begreppet är, visar det sig, inte mindre viktigt inom det nu aktuella området – socialtjänsten.

Vetenskap och beprövad erfarenhet definieras olika inom olika verksamhetsgrenar. Det framgår av det som sägs i de tidigare volymerna i denna serie. Detta förhållande påverkar hur man inom olika praktiker utvecklar till exempel kvalitets-säkringsmetoder och styrinstrument. Det påverkar olika former av beslutsfattande – myndigheters avgöranden, förordningar, rekommendationer och regleringar, enskilda tjänstemäns beslut och i slutändan sannolikt även medborgarnas vardagsval. Så även inom socialtjänsten.

Begreppslig klarhet är en dygd. Flertydighet och vaghet är en styggelse. Det vet vi alla. Ändå ser vi frekventa exempel

på hur orduppfinnaren, frassmeden, tillåts skapa otydligheter och negativt påverka det goda beslutsfattandet. Evidensbaserad medicin smakar både strängt och andefattigt. Frasen ”värdebaserad medicin” har en helt annan klangbotten – en smak av förnuftigt moraliskt beslutsfattande. Men allt beslutsfattande är värdebaserat – utan värden inga beslut. Eftersom allt övervägt beslutsfattande är en sammanvägning av värden och information gäller det även allt medicinskt beslutsfattande. Det nya ordparet bidrar med föga mer än att kanske förflytta fokus från evidens, vetenskap och beprövad erfarenhet till värden och värderingar.

Krav på vetenskap och beprövad erfarenhet återfinns bland annat i patientlagen från 2015. Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagstiftaren har i detta och andra sammanhang (till exempel i högskolelagen, skollagen och miljöbalken) tänkt sig att såväl vetenskap som beprövad erfarenhet bygger på belägg, att de i en viss mening är evidensbaserade.

På senare tid har viktiga myndigheter och organisationer börjat tala om kunskapsstyrning. Målet är att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap i form av system som är effektiva, lättanvända och fungerar i det vardagliga arbetet – både landstingens och kommunernas arbete.

Innebär kunskapsstyrning att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet inte längre gäller? Eller rör det sig blott om orduppfinning? Kravet på vetenskap och beprövad erfa-

renhet har ju funnits i olika regelverk och förordningar sedan sent 1900-tal och kan i olika formuleringar spåras betydligt längre tillbaka i tiden.

Att märka ord kan verka futtigt. Spelar det någon roll vilket ord man använder – ”kunskap” eller ”evidens”? Det gör det. Är man intresserad av begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet finns det all anledning att tänka efter. De underliggande begreppsfrågorna är här som alltid av avgörande betydelse.

Sedan Platon har filosofer varit ganska eniga om att kunskap är sann, berättigad tro. Vi vet P om P är sant, vi tror att P och vi har goda belägg för att P är sant. Denna definition av kunskap är inte problemfri. Det går att konstruera mot-exempel och de tre kriterierna kan vart och ett definieras lite olika. Vad många filosofer dock tycks vara överens om är att kunskap kräver goda belägg, med andra ord vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. En försvinnande liten del av allt vi tror är sant. Men detta gör inte de goda beläggen värdelösa. Det är till exempel tveksamt om man kan säga att avancerade vetenskapliga teorier kan vara sanna eller falska. Däremot kan de vara bättre eller sämre belagda. De kan vara ypperliga redskap för att lösa problem av allsköns slag. Och vi kan ju ha både individuell och kollektiv beprövad erfarenhet som oförtydligt ger oss skäl att tro att P utan att vi för den skull tycker oss berättigade att säga att P är sant.

Idén om kunskapsstyrning tycks vända upp och ner på vad som är viktigt inom hälso- och sjukvården, inom skolans

värld, inom socialtjänsten och på miljöområdet. Kunskapsstyrning blir, om man tar begreppet på allvar, som att köra bil endast om det inte i något avseende föreligger några osäkerheter; irrfärder är uteslutna. Med den ambitionen blir det inte många meter körda. Kanske är ordet kunskapsstyrning menat att ses som en språklig markör – en signal om att kunskap och kunskapsökande är viktigt och att allt inomorganisatoriskt beslutsfattande skall vila på solid grund. Om så är fallet undrar man om det trots allt inte hade varit bättre att signalera att vad som är av fundamental betydelse för sunt beslutsfattande är vetenskap och beprövad erfarenhet.

Denna skrifts författare är forskare med stor erfarenhet av socialtjänsten, och några är forskare inom vårt forskningsprogram Vetenskap och beprövad erfarenhet, ett sexårigt program finansierat av Riksbankens jubileumsfond.

Nils-Eric Sahlin för VBE-programmet*

* Vetenskap och Beprövad Erfarenhet – VBE – är ett forskningsprogram som startade 1 januari 2015. Programmet finansieras av Riksbankens jubileumsfond och är internationellt och flervetenskapligt. Deltagarna i programmet representerar Lunds universitet, Malmö högskola och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i Sverige, Carnegie Mellon University och Harvard Medical School i USA samt University of Leeds i Storbritannien och knyter samman forskare från områdena filosofi, psykologi, kognitionsvetenskap, juridik, medicin och företagsekonomi.

VBE-programmets forskare går att läsa om på <http://www.vbe.lu.se>.

Funktionsnedsättning

*Lite vetenskap men har vi
beprövad erfarenhet?*

PETRA BJÖRNE

Socialtjänsten, inklusive verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), har som uppdrag att utveckla en evidensbaserad praktik. Verksamheterna ska använda sig av metoder grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta är, till skillnad från exempelvis skolan, inte reglerat i lag. Istället anger Socialstyrelsens föreskrifter att verksamheten ska vara av god kvalitet och att personal ska ha kunskap och förutsättningar för kompetensutveckling.

I LSS-kommitténs slutbetänkande (SOU 2008:77) används begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet endast i förhållande till en av de 10 insatser som specificeras i lagen. Enligt LSS-kommittén behöver staten ta ett ansvar för att utarbeta riktlinjer så att daglig verksamhet är i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det framgår inte vilken vetenskap och beprövad erfarenhet som avses, eller hur de

övriga insatserna ska förhålla sig till evidens. Med andra ord, 2008 fanns det få beprövade arbetssätt, och det har inte ändrats i särskilt stor utsträckning.

LSS-verksamheter är metodsvaga. Socialstyrelsen har på senare tid gjort genomlysningar av metoder för personer med s.k. utmanande beteenden och metoder för ökad delaktighet. Det finns arbetssätt som har använts en längre tid och erfarenhetsmässigt troligen bidrar positivt till brukarens liv. Det finns emellertid få belägg för att en enskild metod skulle uppnå en viss effekt, och de metoder som trots allt tycks ha visst fog för sig används i ganska liten utsträckning. I detta tomrum dyker det med jämna mellanrum upp enkla metoder som säljs i tjuvigt förpackade korta utbildningar som kostar energi, pengar och engagemang, och är av tveksamt värde för brukare och verksamhet.

Frågeställning

En evidensbaserad praktik definieras lite olika, men vanligen förstås den som att bästa tillgängliga (vetenskapliga) kunskap tillsammans med kontextuella faktorer och brukarens preferenser utgör ett beslutsunderlag för den professionella expertisen. Hur ska detta förstås inom LSS-verksamheter? Ett svar, lånat från Socialstyrelsen, kunde vara att metoder som används ska vara till nytta och aldrig till skada för brukaren. Vad eller vem avgör om en metod är till nytta för brukaren?

När stödet riktas till personer med intellektuell funktionsnedsättning kompliceras frågan och svaret på flera sätt. Detta ger ett tillfredsställande underlag för den som uppskattar att analysera vardagsfenomen i deras kontext, men kan vara frustrerande i ett kliniskt sammanhang. För att illustrera detta använder jag mig av exempel från LSS-verksamheter, och mer specifikt stödet till personer med intellektuell funktionsnedsättning vars beteende utmanar verksamheterna i särskilt hög grad.

Brukarens situation

En del personer med intellektuell funktionsnedsättning utvecklar ett beteende som till följd av art, intensitet eller varaktighet riskerar personens eller omgivningens fysiska säkerhet. Sådana utmanande beteenden kan också hindra personen från att ta del av samhällets service och gemenskap. Exempel på utmanande beteenden är att slå, bita eller klösa sig själv eller andra, att välta möbler eller kasta med saker. Det kan också handla om att äta för mycket, eller för begränsat, att smeta med avföring eller svälja fimpar, alternativt att svära och agera hotfullt mot omgivningen.

Forskning visar att personer i målgruppen oftare än andra utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder. De upplever exkluderande särlösningar, och brister i medicinsk och social omvårdnad.

Ett utmanande beteende kan bero på fysisk eller psykisk ohälsa, men den vanligaste orsaken är troligen att personen är försatt i en situation som inte är anpassad till behov, givet personens kognitiva förmågor. Omgivningen brister i lyhördhet och följsamhet, och utformar inte stödet utifrån brukarens erfarenheter. Personer med en intellektuell funktionsnedsättning som har LSS-insatser behöver stöd av olika slag under merparten av sitt liv, och inom flertalet livsområden. Det som händer just nu är resultatet av en kortare eller längre process. Det utmanande beteendet definieras inte bara av den aktuella tidpunkten, utan har ofta föregåtts av många steg.

Detta gör att brukarens situation, när den evidensbase-
rade praktiken ska förebygga eller häva ett utmanande
beteende, är komplex och svårfångad. Vilka är faktorerna
som definierar vilken evidens som är relevant?

Den juridiska kontexten

En aspekt av brukarens situation är emellertid relativt väl definierad: det juridiska skyddet av medborgaren. Metoder och arbetssätt måste vara tillämpbara givet det svenska juridiska systemet.

Syftet med LSS är att personer med omfattande funktionsnedsättning har rätt att få stöd att leva som andra. Det övergripande målet för insatserna är att de ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet.

Tvångsåtgärder får, enligt Regeringsformen, endast användas mot en enskild när det finns stöd i lag. Exempelvis finns lagstiftning som tillåter psykiatrisk tvångsvård. Ett myndighetsbeslut om insatser enligt LSS innebär inget sådant undantag från grundlagen, och tvångsåtgärder får inte användas, inte heller vid ett utmanande beteende. Att leva med en intellektuell funktionsnedsättning och ha stöd enligt LSS ändrar inget i skyddet av varje medborgare mot tvingande åtgärder. Sverige har dessutom tillträtt internationella konventioner som ytterligare stärker den enskildes skydd.

Brukarens preferenser

Målgruppen personer med intellektuell funktionsnedsättning har, som nämnts, ofta livslångt stöd. Det gäller särskilt dem som tillsammans med den intellektuella funktionsnedsättningen också har autism. Det är den målgruppen som mest frekvent utvecklar ett utmanande beteende.

I modellen för en evidensbaserad praktik tillmäts brukarens preferenser samma värde som den bästa tillgängliga evidensen. På individnivå innebär emellertid diagnosen intellektuell funktionsnedsättning att brister i kognitiva och praktiska förmågor identifieras. Det är relativt vanligt att personal uppfattar diagnoser som begränsningar i rätten att ha en röst.

LSS fastslår att brukaren har rätt att påverka hur insatser

utföras, och att få stöd som gör det möjligt att vara delaktig. Därför behövs metoder för att stärka brukarens röst, brukarens möjlighet att påverka genom att uttrycka sina preferenser. Det finns emellertid få evidensbaserade metoder för att öka brukares delaktighet, även om det finns metoder för att utforska och stärka brukares kommunikation. För att nå en ökad delaktighet krävs att omgivningen, förutom att lyssna till brukaren, analyserar det brukaren uttrycker och sedan agerar. När brukarens beteende utmanar, tenderar omgivningen att sluta lyssna.

Evidensbaserade metoder

Det bör vara ganska uppenbart att det behövs metoder inom flera av brukarens livsområden, om verksamheter ska kunna ge ett gott stöd till den som utvecklat eller riskerar att utveckla ett utmanande beteende. De relevanta metoderna är inte enbart de som uttryckligen adresserar själva det utmanande beteendet. Det skulle gynna brukarens möjlighet att leva ett gott liv om det exempelvis utvecklades metoder som stärkte personalens lyhördhet och beredskap att flexibelt anpassa stödet till brukarens behov, metoder som stärker brukarens förmåga att kommunicera, samt metoder för hur organisationen kan fatta relevanta beslut.

Hur är det då med metoder som uttryckligen syftar till att påverka själva det utmanande beteendet? Den svenska lagstiftningen utesluter vissa metoder som anses vara

evidensbaserade i länder med annan lagstiftning. Exempelvis är det i vissa delstater i USA lagligt med s.k. aversiva, dvs. bestraffande, metoder. I lindrig form kan bestraffningen bestå i utebliven belöning, sedan finns det en stigande skala med fasthållning, nedläggning och inlåsning som exempel. Som kuriosa kan nämnas användandet av fjärrstyrda armband som ger en elstöt om personen inte uppför sig enligt ett definierat program. Eller skolor som använder elbatong mot elever med autism och intellektuell funktionsnedsättning. Även om någon av dessa metoder hade haft stark vetenskaplig evidens, med positiva och viktiga effekter, är de inte tillåtna i Sverige.

Dilemmat är att det finns mycket begränsad evidens för någon metod alls som rör målgruppen. Socialstyrelsen publicerade 2015 en genomlysning av den vetenskapliga grunden för metoder som i viss utsträckning används i LSS-verksamheter. Det finns sällan fog för att påstå att någon metod är evidensbaserad.

Evidensbaserad praktik och den professionella expertisen

En evidensbaserad praktik bygger på att den professionella expertisen väger samman brukarens situation med brukarens preferenser och den bästa tillgängliga evidensen. Professionen har ganska lite att luta sig mot vad gäller evidens, och ibland inte heller viljan eller kompetensen att höra

brukarens röst. Detta samtidigt som brukarens situation kan vara så svårfångad och komplex att det inte är självklart vilken evidensbaserad metod som skulle vara relevant. Det enda som är någorlunda tydligt bygger på det juridiska sammanhanget, som fastslår vad som inte får göras: användning av tvångs- och begränsningsåtgärder. Det hjälper i liten utsträckning när beslut ska fattas om vad som faktiskt ska göras.

Ett eventuellt större bekymmer är det grundläggande antagandet att det faktiskt finns en professionell expertis. Detta kommer sig troligen av att definitionen av en evidensbaserad praktik har sitt ursprung i medicinen, där läkare och sjuksköterskor antas kunna definiera patientens situation, utifrån denna välja rätt metod efter att vid behov ha sökt relevant evidens, och sammanväga det hela med patientens preferenser. LSS-verksamheter brottas hela tiden med att hitta personal med adekvat kompetens. Det är inte ens alltid helt uppenbart vad som faktiskt utgör rätt kompetens utifrån verksamhetens och brukarnas behov. Och det gäller inte enbart för den direktarbetande personalen, det gäller även för första och andra linjens chefer. Dessutom är personal- och chefsomsättning hög inom området.

Det innebär, om man väljer att se det så, att inom LSS-verksamheter som ger stöd till personer med utmanande beteenden bygger den evidensbaserade praktiken på att medarbetare med otillräcklig kunskap och erfarenhet ska definiera och förstå brukarens komplexa situation, och väga

(s)vag evidens för metoder med oklar relevans. I det sammanhanget är det inte så underligt om brukarens röst tappas bort.

Är då en LSS-verksamhet byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet en utopi? Ja, men det innebär inte att vi ska överge den! Vi måste börja med att lyssna på brukaren och våga låta oss påverkas av det vi hör.

Evidensbaserad praktik i socialtjänsten

*Kommunala enhetschefer
om EBP under ett decennium*

NILS STENSTRÖM

I den statliga utredningen Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren anges att det långsiktiga målet ska vara att utveckla en evidensbaserad praktik¹ för socialtjänsten [1]. Som ett led i detta gjorde regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) mellan 2010 och 2015 årliga överenskommelser om att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten [3].

Med syftet att följa upp intresset för- och utvecklingen av en evidensbaserad praktik över tid genomför Socialstyrelsen vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvist urval verksamhetschefer inom individ och familjeomsorg (IFO)

1. Evidensbaserad praktik (EBP) har definierats som "en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa kunskapen om åtgärder riktade till enskilda personer, kompletterad med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål"[2].

samt funktionshinder och äldreomsorg (ÄFO). Cheferna får bland annat besvara frågor om användningen av evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder i klientarbetet. Undersökningen har hittills genomförts år 2007, 2010, 2013 och 2016 [4-6]. I det här avsnittet presenteras några centrala resultat från dessa undersökningar.

Undersökningens genomförande

Undersökningen bygger på ett obundet slumpmässigt urval av 210 kommuner eller kommundelar, vilket motsvarar 63 % av samtliga 332 kommuner och kommundelar. En elektronisk enkät skickades ut till alla kommunalt anställda chefer i de utvalda kommunerna med ansvar för verksamhet, budget och personal inom IFO och ÄFO. Undersökningarna bygger på samma urval av kommuner vid alla fyra undersökningstillfällen, med några få undantag.

Mellan 745 och 834 chefer besvarade enkäten vid respektive undersökningstillfälle, vilket innebär en svarsfrekvens mellan 81 och 88 procent. Orsaken till bortfallet är okänd, men kan exempelvis handla om långtidssjukskrivna personer, chefer som har slutat eller tidsbrist.

Cheferna som besvarat undersökningen

Vid undersökningen 2016 var i genomsnitt 84 procent av cheferna kvinnor. Knappt 60 procent hade en socionom-

utbildning, men skillnaderna var stora mellan chefer inom IFO, där 79 procent var socionomer och ÄFO, där 28 procent hade socionomutbildning. 14 procent av cheferna hade en magisterexamen eller högre utbildning. I genomsnitt hade cheferna varit chefer inom sina nuvarande verksamhetsområden i åtta år, med en variation från mindre än ett år till 40 år. Cheferna hade i genomsnitt personalansvar för 23 personer, men variationen var mycket stor, från tre till 420 personer. Över tid har det skett en ökning av antalet sakområden som cheferna ansvarar för. År 2007 uppgav hälften av cheferna att de hade ansvar för mer än ett sakområde. 2016 hade den andelen ökat till tre fjärdedelar. Det skulle kunna förklaras av att nya områden tillkommit, som till exempel "ensamkommande barn" och/eller asylsökande och ett utökat kommunalt ansvar för sakområdet våld i nära relationer.

Intresse för EBP och användning av evidensbaserade insatser

Nedan redovisas enhetschefernas svar på hur de uppfattade intresset för en evidensbaserad praktik på sina arbetsplatser. Vidare vad de ansåg om behovet av nya metoder, hur de själva såg på vad som krävs för att nya evidensbaserade insatser ska kunna införas på deras enheter samt vilka källor de använder för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt ansvarsområde.

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de berörda är positiva till förhållnings-sättet [7]. Andelen chefer som är påtagligt intresserade av EBP har ökat från 68 procent (2007) till 77 procent (2013) och har sedan legat stabilt. Intresset för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten förefaller alltså högt, i varje fall hos chefer. Medarbetarnas intresse för EBP, enligt chefernas bedömning, tycks ha ökat under perioden 2007 till 2016, men från lägre nivåer. År 2007 bedömdes 36 procent av medarbetarna vara påtagligt intresserade medan motsva-rande andel 2016 var 44 procent. Minst intresse för EBP återfinns enligt cheferna hos nämndpolitiker och här tycks intresset minska med tiden.

Trots att intresset för EBP alltså verkar vara stort bland chefer var det bara i genomsnitt 20 procent av cheferna som angav att evidensbaserade insatser användes i den egna verksamheten. Andelen har dessutom varit i stort sett oförändrad sedan 2007 [6]. Undersökningen visar också att många chefer hade begränsad kunskap om innebörden av begreppet evidensbaserade insatser. När cheferna ombads att ange vilka evidensbaserade insatser som användes av den egna enheten visade sig knappt en tredjedel av svaren (28 procent) inte vara insatser.² Störst andel ”evidensbase-

2. Exempelvis angavs bedömningsmetoder (ASI, ADAD, FREDA, FIA, etc.) eller arbetssätt som Barns behov i centrum (BBIC), Individens behov i centrum (IBIC) eller andra aktiviteter som inte räknas som insatser (t.ex. synsätt, kvalitetsregister etc.)

rade” insatser rapporterades från verksamheter som arbetade med missbruk/beroende och minst andel från verksamheter som arbetade med äldre och försörjningsstöd, samt med våld i nära relationer.

En förutsättning för att kunna ge vård- och omsorgstagare den hjälp de behöver är att kunna bedöma personens problem och behov på ett tillförlitligt sätt [8]. Standardiserade bedömningsmetoder³ har utvecklats för att ge stöd i bedömningsarbetet. Användningen av bedömningsmetoder har ökat från 63 procent (2007) till 76 procent (2016). Metoderna används i större utsträckning inom IFO jämfört med inom ÄFO. Det finns ett samband mellan användningen av bedömningsmetoder och användningen av evidensbaserade insatser. Ju fler bedömningsmetoder som förekom i verksamheten, desto fler evidensbaserade insatser användes ($r = .27, p < .001$).

På frågan om vilka behov av nya metoder som cheferna upplevde svarade knappt 60 procent av cheferna inom IFO att man behövde nya metoder för att följa upp sin verksamhet, medan en något mindre andel av chefer inom ÄFO (46 %) angav detta behov. Även när det gäller nya behandlingsmetoder fanns relativt tydliga skillnader, 43 procent av IFO-cheferna angav detta behov medan motsvarande andel bland ÄFO-cheferna var 27 procent. Även om det alltså är

3. Standardiserade bedömningsmetoder är formulär med fastställda frågor och svarsalternativ i form av en numerär eller verbal skala. Det kan handla om intervjuformulär, skattningsformulär eller observationsformulär.

många som upplever ett behov av nya metoder finns det en trend mot att behovet minskat med tiden.

På frågan "Vad tror du krävs för att införa nya evidensbaserade insatser på din arbetsplats?" svarade knappt 60 procent av cheferna att rekommendationer från statliga myndigheter, men även organisationer som SKL, är mycket viktigt.⁴ Kännedomen om och användningen av rekommendationer, exemplifierade med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer, varierade dock stort mellan olika verksamhetsområden. Riktlinjerna för missbruks- och beroendevård är exempelvis kända av knappt 80 procent av cheferna med ansvar inom området, och knappt 60 procent anger att de använt riktlinjerna i sitt arbete. Motsvarande riktlinjer inom äldre- och funktionshinderområdena är däremot väsentligt mindre kända och använda. Exempelvis var det enbart drygt en tredjedel av cheferna inom äldreområdet som uppgav att man använt sig av Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

En central del i en evidensbaserad praktik är att de professionella är förtrogna med bästa tillgängliga kunskap inom sitt ansvarsområde. Undersökningen visar att cheferna blivit allt mer intresserade av att ta del av forskningsrön, oberoende av medium. Andelen chefer som uppgav att de tagit del av aktuella forskningsresultat via facktidskrifter, som exempelvis Socionomen och Äldre i centrum, har ökat

4. Andelen har varit i stort sett densamma vid alla fyra undersökningstillfällena.

från 53 procent (2007) till 71 procent (2016). Även andelen som uppgav att de läste vetenskapliga tidskrifter har ökat påtagligt, men från en mycket låg nivå, tre procent (2007) till 18 procent (2017). Kunskapsinhämtning via webbaserade utbildningar har också ökat påtagligt. År 2010 angav tre procent av cheferna att de inhämtat aktuella forskningsrön på det sättet medan motsvarande andel 2017 var 32 procent.

Utvecklingsbehov

Under 1990-talet hävdade forskare att det var tveksamt att över huvud taget tala om metoder i socialt arbete och en majoritet av socialarbetarna var skeptiska till metoder [9, 10]. Idag har tre av fyra chefer inom socialtjänsten ett stort intresse för en evidensbaserad praktik, och användningen av standardiserade bedömningsmetoder har ökat nästan fyra gånger sedan slutet av 1990-talet [6, 9]. Studien av EBP inom socialtjänsten visar också att intresset bland chefer att tillägna sig forskningsrön ökat påtagligt under de senaste 10 åren och att kanalerna för att inhämta kunskap blivit fler.

Men utvecklingsbehoven är fortfarande stora. En minoritet av cheferna i undersökningen ansåg att deras medarbetare hade tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva ett evidensbaserat arbete. Exempelvis var det endast tio procent av cheferna som bedömde att medarbetarna hade

tillräcklig kunskap för att söka efter vetenskaplig evidens om insatsers effekter och ännu färre, sex procent av medarbetarna, som hade tillräcklig kunskap för att värdera evidens. Vidare var det endast en fjärdedel av cheferna som bedömde att medarbetarna kunde följa upp utfall av de insatser som användes i verksamheten på ett systematiskt sätt.

Även när det gäller tillgång till en god vård och omsorg på lika villkor, oavsett bostadsort, finns utmaningar visavi en evidensbaserad praktik. Undersökningen av EBP inom socialtjänsten visar att "evidensbaserade" insatser var vanligast i storstäder, där de förekom i en tredjedel av verksamheterna, medan insatserna var mindre vanliga i pendlingskommuner och nästan obefintliga i vissa typer av landsbygdskommuner. Resultaten indikerar också att användningen av "evidensbaserade" insatser främst förekommer inom individ- och familjeomsorgen. Inom äldre- och funktionshinderomsorg förefaller "evidensbaserade" insatser alltså vara en marginell förekomst.

Referenser

1. Regeringen. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Utredningen om nya former för stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten 2008.
2. Sackett David L, Rosenberg William M C, Gray J A Muir, Haynes R Brian, Richardson W Scott. Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ, 312 :71, 1996.
3. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om stöd till en

- evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2014 [Elektronisk resurs] 2013.
4. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
 5. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
 6. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
 7. Fixsen, D, Naom, S, Blase, K, Friedman, R, Wallace, F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida; 2005.
 8. Bloom, M, Fischer, J, Orme, JG. Evaluating practice: guidelines for the accountable professional. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2009.
 9. Bergmark, Å, Lundström, T. Kunskaper och kunskapssyn. Om socialarbetare i socialtjänsten. Socionomens forskningssupplement nr 12, (4):1–16; 2000.
 10. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning: lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 978917554129.

Barns rättigheter och kunskapsbaserad vård

*Möjliga konfliktytor
inom den sociala tvångsvården*

TITTI MATTSSON

Inledning

Juridikens roll för socialtjänstens arbete är högst central. Sedan socialtjänstlagarnas tillkomst i början av 1980-talet har många lagändringar genomförts, och de sker alltjämt och i allt ökad utsträckning. Lagen är inte isolerad från andra samhällsnormer och behöver kontinuerligt anpassas till rådande samhälliga värden och normer. Exempelvis har vår syn på barn, barns rätt och barns bästa förändrats genom åren, vilket ska påverka tillämpningen av gällande rättsregler i handhavandet av barn och unga och i frågor som rör dem personligen. Dylika samhälleliga förändringsprocesser påverkar alltså både rättssystemet och tillämpningen i det dagliga sociala arbetet. Utgångspunkten för den här artikeln

är två pågående förändringsprocesser eller utvecklings-
skeenden inom ramen för den svenska sociala samhällvår-
den av barn och unga, där den ena är rättighetsutvecklingen
inom barn- och ungdomsvården. Den andra är kravet på en
evidensbaserad vård och behandling i det sociala arbetet,
det som av flera myndigheter och Socialstyrelsen numera
ofta omskrivs till ”kunskapsbaserad vård”. Den allmänna
frågeställningen som ställs här är i vad mån dessa två för-
ändringsprocesser verkligen är förenliga med varandra eller
om det finns potentiella konfliktytor.

Barn och ungas rättigheter

Under de senaste decennierna har kraven på att *barn och ungas rättigheter* ska tillgodoses inom socialtjänsten blivit alltmer påtagliga i lagstiftning, myndighetsföreskrifter och domstolpraxis. Detta beror till stor del på antagandet år 1989 av Barnkonventionen (BK) och den svenska ratificeringen av denna året därpå. Sedan ett par decennier tillbaka pågår en utveckling där barnets roll som rättighetsinnehavare successivt införlivas i det offentliga verksamhet i Sverige genom förändrad lagstiftning, s.k. transformering. Det har särskilt tagit sig uttryck i att ett flertal svenska lagar (föräldrabalken, patientlagen, socialtjänstlagen med flera lagar) har fört in krav på att barn och unga har rätt att få komma till tals inför beslut som rör dem personligen (mot-
svarande artikel 12 BK) samt att beslut som fattas rörande

barn och unga ska ske i enlighet med ”barnets bästa” (mot- svarande artikel 3 BK).

Denna trend blir allt tydligare i vår nationella lagstiftning. Barnkonventionen kommer att bli inkorporerad i svensk lag och börjar gälla från 1 januari 2020. Därmed kommer konventionen att ha lika stor rättslig vikt som annan svensk lagstiftning, såsom socialtjänstlagen och LVU, i frågor som rör barn och unga. Vad inkorporeringen kommer att innebära i praktiken för myndigheter som har ansvar för barn och unga är en ännu obesvarad fråga som kommer att få lösas efter hand i kommuner och landsting, i enskilda verksamheter med myndighetsuppgifter och – till syvende och sist – i våra domstolar. Konkret innebär det att barns rättigheter i konventionen kommer att ställas mot befintlig svensk lagstiftning och praktik. I de fall som det finns motsättningar mellan de ökade kraven och den befintliga regleringen och praktiken eller andra värdekollisioner kan dessa behöva undanröjas. Ett problem är att barnkonventionen i många avseenden är en vag lagstiftning som lämnar mycket att önska vad gäller specifik vägledning. Vad barn och ungas specifika rättigheter kommer att innebära med detta dokument som rättesnöre blir med andra ord en fråga som får fastställas efter hand, i takt med implementeringen i de olika verksamheterna och med hjälp av våra domstolar. Vad som däremot är klart är att rättighetsdiskursen i fråga om myndigheters beslut som rör barn och unga inte bara är här för att stanna; den kommer med all sannolikhet att

förstärkas i ökad takt under de kommande åren.

Den rättighetsbaserade vården utgår – mycket förenklad – från att varje person är unik och har speciella förutsättningar och behov samt rätt till delaktighet i vården. Barns och ungas bästa anses därför kunna skilja sig åt i både tid och rum. Denna syn är ett led i en omfattande pågående förändringsprocess av rätten med global förankring i internationella dokument, såsom Europakonventionen och den nämnda Barnkonventionen, och med stor genomslagskraft i den nationella rätten. Bland annat innebär det rättighetsbaserade synsättet att individen, och inte gruppen, sätts i förgrunden och att rättsliga instrument ska kunna förverkliga individens rättigheter.

Kunskapsbaserad vård och behandling

Den andra trenden är betoningen på kunskapsbaserad vård och behandling i socialtjänstens arbete. Detta begrepp är det som Socialstyrelsen numera använder, liksom flera myndigheter (såsom exempelvis Statens institutionsstyrelse, SiS, som kommer att diskuteras i det följande) och lagstiftare.¹ Kunskapsbaserad vård och omsorg innebär att tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.² Frågan om förutsättningar och möjligheter att

1. Se exempelvis Kunskapsbaserad och jämlik vård – SOU 2017:48.

2. Se till exempel Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgisocialtjansten>.

tillämpa "evidenskunskap" i praktiken aktualiseras inom många människobehandlande verksamheter, däribland inom barn- och ungdomsvården.³ Om man utgår från grundläggande modeller för evidensbaserad praktik, hämtade från Sackett et al⁴ och Haynes et al⁵, ska en sådan praktik bygga på tre delar: vetenskaplig evidens, klientens önskemål och preferenser samt professionellt kunnande och övriga omständigheter. Evidensbaserad praktik i socialt arbete har dock snarare beskrivits som riktlinjeorienterad, dvs att enskilda praktikers användning av forskning bygger på riktlinjer som pekar ut effektiva interventioner för olika målgrupper. I riktlinjemodellen finns det mindre handlingsutrymme för de professionella och en svagare betoning på klientens involvering. Inom socialtjänsten används ett stort antal metoder och program som beskrivs som kunskapsbaserade.

3. Se t ex Björk, A Evidence-based practice behind the Scenes. How evidence in social work is used and produced. Stockholm: Institutionen för social arbete. Stockholms universitet, 2016; Children and Youth Services Review 35.2, 268–277, 2013; Whittaker, J Evidence-based intervention and services for high-risk youth: a North American perspective on the challenges of integration for policy, practice and research, Child & Family Social Work 14.2, 166–177, 2009.

4. Sackett, David L, et al. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal 312.7023, 71–72, 1996.

5. Haynes et al 2002.

Ett projekt där Statens institutionsstyrelses praktik studeras

Den principiella frågan är alltså i vad mån dessa två förändringsprocesser – som ställda på sin spets kan sägas fokusera å ena sidan barnets rättigheter med betoning på individens unika behov och rätt samt å andra sidan den kunskapsbaserade vården, där betoningen snarare är på den kunskapsbaserade vården med inriktning mot olika målgrupper – verkligen är förenliga med varandra.

Det här läget är intressant för mycket människobehandlande verksamhet. I ett projekt som jag själv och två forskare i socialt arbete – professor Marie Sallnäs, Socialhögskolan, Stockholms universitet och lektor Sofia Enell, Institutionen för socialt arbete, Linnéuniversitetet – planerar att starta fokuserar vi i första hand Statens institutionsstyrelses (SiS) verksamhet. Denna statliga myndighet tar emot ungdomar med psykosociala problem, såsom missbruk, kriminalitet och andra socialt nedbrytande beteenden. På deras ungdomshem får ungdomarna vård enligt LVU (lag med särskilda bestämmelser om vård av unga). Det finns 23 särskilda ungdomshem med cirka 700 platser för akutplacering, utredningsplacering och behandlingsplacering, varav de flesta platserna är låsbara.⁶ Det är en intressant myndighetsverksamhet att studera eftersom det rör barn och ungdomar som vistas tvångsmässigt i heldygnsvård och deras

6. <https://www.stat-inst.se>.

rättigheter ska tillgodoses inom ramen för den dagliga (tvångs)vården.

Temat för projektet är alltså att undersöka hur kraven på en rättighetsbaserad vård kan uppfyllas i en tid där krav ställs på att vården ska vara kunskapsbaserad även i en kollektiv miljö där ungdomar placeras i tvång. I studien är vi därför intresserade av att utforska vad en rättighetsbaserad vård innebär i relation till SiS-verksamhet och hur den praktiseras och uppfattas av ungdomar och personal. Eller med andra ord: Hur ser relationen ut mellan å ena sidan det rättsliga perspektivet, där barnens rättigheter ska vara en grundkomponent vid en placering vid SiS särskilda ungdomshem, och å andra sidan vårdpraktiken som förväntas vara kopplad till vetenskaplig kunskap?

En relevant fråga är också vad som avses med en kunskapsbaserad vård. År 2016 gav SBU ut en systematisk översikt vad gäller behandlingseffekter för några av de program som används i SiS verksamhet.⁷ Slutsatsen i översikten är att det för åtta av de nio undersökta programmen saknas vetenskapligt underlag för att bedöma evidensunderlaget för behandling av ungdomar i institutionsvård.

7. Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter, SBU utvärderar, rapport 252/2016, <https://www.sbu.se/contentassets/8fd7484294774a528509da220b153d97/program-for-ungdomar-med-antisocial-problematik-inom-institutionsvard.pdf>

SiS verksamhet är omtvistad, inte minst de tvångsbefogenheter man har. En utmaning med SiS tvångsbaserade institutionsvård för unga är att forskningen relativt tydligt pekar mot att det är närmast kontraproduktivt att samla belastade ungdomar i grupp. I slutna miljöer som institutioner tenderar de negativa beteenden och idéer bland de placerade unga som man med behandlingsinsatser vill motverka att snarare förstärkas. För att uppnå en kunskapsbaserad vård måste alltså SiS verksamhet formas så att den motverkar att de starka krafterna i institutionsmiljön styr i oönskad riktning.

Man har också att göra med en diversifierad och svårbehandlad grupp. Cirka en tredjedel av de placerade är flickor, varav många har allvarliga psykiska problem. En relativt ny grupp för SiS är också den växande andel ensamkommande pojkar som under 2015 utgjorde var fjärde placering. För båda dessa grupper krävs ofta andra behandlingsmetoder än för de kriminella pojkar som SiS verksamhet ursprungligen byggdes upp för.

Det ligger en paradox i det faktum att SiS tvångsvårdade ungdomspopulation förmodligen tillhör de mest svårbehandlade, samtidigt som just det faktum att ungdomarna tvingas till vård kan ses som ett extra starkt skäl till att vården ska vara både kunskapsbaserad och rättighetsbaserad. Det tycker vi gör det hela till ett extra intressant och viktigt studieobjekt.

Avslutning

Det finns flera utmaningar i att sammanfläta en rättighets- och kunskapsbaserad vård och omsorg. Den första handlar om att vård baserad på vetenskaplig kunskap ofta till stor del bygger på resultat och slutsatser på gruppnivå. Hur resultat som baseras på vad som är bäst för de flesta kan anpassas utifrån varje placerad ungdoms speciella förutsättningar är alltså en möjlig konfliktyta. Den andra handlar om att sådan vård riskerar att få en slagsida åt standardiserade metoder och urholka en vård som bygger på varje ungdoms specifika förutsättningar.

Utöver dessa två är ett grundläggande dilemma i SiS-sammanhang att ungdomarnas preferenser sannolikt inte är att vara placerade i tvångsvård. Det ter sig på så sätt särskilt utmanande att införa ett rättighetsperspektiv och att göra vården kunskapsbaserad på institutioner med en lång tradition av att bedriva vård och behandling mot de ungas vilja. Det kan exempelvis bli problematiskt om de unga ska ges inflytande över vilka behandlingsmetoder de ska vara föremål för. Likaså är institutionernas slutna miljö och grupporienterade tvångspraktik kontexten för både den rättighetsbaserade och den kunskapsbaserade vården. På en SiS-institution pågår interaktionen mellan unga och personal och inom personal- respektive ungdomsgruppen hela dygnet. Den mesta tiden spenderar ungdomarna med samma grupp människor oavsett om det är skola eller fritid.

Forskning pekar mot att i den gruppbase­rade vardagen tenderar personal att prioritera gruppens behov före enskilda ungdomars individuella behov.⁸ I den vardagliga verksamheten ska också ungdomarnas behov och mot dem riktade behandlingsinsatser vägas mot exempelvis säkerhet för personal och ungdomsgrupp och mot personalens rätt till en rimlig arbetsmiljö. Den rättighetsbaserade vården ska med andra ord införas i en komplex miljö, med flera inblandade parter och intressen.

Sammantaget kan vi konstatera att både rättighets- och kunskapskraven vid SiS, såväl som på många andra områden inom den sociala barn- och ungdomsvården, är mycket välmotiverade, men att de inte är oproblematis­ka i sitt praktiska genomförande. Vi menar att det finns potentiella konfliktytor som behöver studeras närmare. Vi tror att sådana resultat kan bli intressanta även för andra organisationer som bedriver vård och behandling där det också kan finnas en spänning mellan den rättighetsbaserade och den kunskapsbaserade vården.

8. Egelund, T. och Jakobsen Böcker, T. Standardized individual therapy, a contradiction in terms?: professional principles and social practices in Danish residential care. *Childhood*, 16, sid 265–284, 2009.

Vad göra när vi önskar att vi visste mer?

*En etisk fråga för
socialtjänst och forskning*

LINUS BROSTRÖM

Kunskapsunderlaget på socialtjänstens område skiljer sig mellan dess olika verksamheter, och från insats till insats. Att identifiera de specifika åtgärder vars kunskapsunderlag är särskilt svagt, och hantera just dessa luckor på ett adekvat sätt, är naturligtvis av största vikt. Följande är emellertid inte en kommentar till det specifika dagsaktuella behovet av stärkt evidens, eller till de detaljutmaningar som särskilda delar av socialtjänsten har att möta, utan några reflektioner kring mer principiella frågor som aktualiseras när man inom socialtjänsten önskar att man visste mer.

Evidens en faktor bland andra

Att socialtjänstens insatser gagnar de personer de riktas till torde alla bedöma som angeläget. Man kan i själva verket

undra om sådana insatser någonsin bör genomföras om det saknas tillräckliga skäl att tro att de har positiva effekter för målgruppen. Saknas sådana skäl riskerar brukare att inte få sina behov av socialt stöd tillgodosedda, samhället kommer att slösa resurser, och i värsta fall kan det förvärra en redan svår situation för de hjälpbehövande. I denna enkla mening bör socialtjänsten till stor del bygga på "evidens" (eller "vetenskap och beprövad erfarenhet"). Varför bara till stor del? Socialtjänstens insatser syftar naturligtvis ytterst till att tillgodose människors behov av stöd, men vid en bedömning av insatsers legitimitet behöver även andra överväganden göras. Ett sådant övervägande är att somliga av dessa insatser är *rättigheter* (somliga av dem utkrävbara i domstol) – till exempel de insatser som räknas upp i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) 9§ – vilket innebär att samhället har en skyldighet att erbjuda dem även i situationer där skäl saknas att tro att de har avsedd effekt. Att brukare ska ges möjlighet att vara *delaktiga* vid utformande av samhällets stöd innebär också det att insatserna inte kan optimeras enkom för effekt. Om den stödbehövande personen föredrar en intervention för vilken evidensen är något svagare än för alternativen, kan socialtjänsten alltså ha skäl att genomföra den förra, så länge dess ändamålsenlighet inte helt sätts ifråga.

Grunderna för att *erbjuda* en insats och grunderna för att *genomföra* den kommer naturligtvis inte att helt sammanfalla, och vi gör klokt i att påminna oss om att evidens

eventuellt bör spela en något annorlunda roll för det förra än för det senare. Frågan om vilken roll evidensläget bör spela vid just genomförande av socialtjänstens insatser måste emellertid förr eller senare hanteras. Om olika slags överväganden tillsammans avgör om en social insats är berättigad eller inte försvåras bedömningen av hur starkt stöd det måste finnas för insatsens effekt. När Socialstyrelsen talar om "evidensbaserad praktik" avser de just en praktik som bygger dels på evidens, dels på andra överväganden. Den uttrycker det på bland annat följande vis: "I en evidensbaserad praktik fattas beslut utifrån en sammanvägning av vetenskaplig kunskap om vilken hjälp som fungerar, den berörda personens egna önskemål, den professionelles bedömning samt de omständigheter och det sammanhang som är aktuella." (Socialstyrelsen 2013). En kritisk fråga blir då hur denna "sammanvägning" ska göras. I *Kunskapsguiden* föreslås den professionelle gå igenom olika steg i syfte att sammanväga de olika relevanta faktorerna, men vilken relativ vikt de bör ges förtydligas aldrig. Vaga sammanvägningsnormer kan synas oundvikliga när flera faktorer bör beaktas och det inte finns ett självklart sätt att precisera vilken betydelse varje enskild faktor bör få. Samtidigt måste konstateras att när professionen inte får närmare vägledning kring hur sammanvägningen ska göras, blir det betydligt svårare att leva upp till de likabehandlings- och rättssäkerhetsideal som genomsyrar socialtjänstens arbete.

Söka tillräcklig evidens och agera med försiktighet

Kan socialtjänsten alls vara evidensbaserad? Beroende på hur detta krav förstås, kan målsättningen te sig mer eller mindre utopisk. Ofta är det att likna mer vid ett ideal än en norm möjlig att efterleva. Det är under alla omständigheter orealistiskt att varje specifik insats är underbyggd av studier som säkerställer effekten av exakt den insatsen på exakt den population som är insatsens målgrupp, om inte annat av det skälet att såväl insatser som målgrupper kan individueras på oräkneliga sätt. Det kommer alltid att finnas avseenden i vilka den insats som övervägs och de individer som tänks bli föremål för den skiljer sig från de insatser och populationer som den prövats på.

Om inga socialtjänstinsatser skulle få erbjudas när fullvärdig evidens saknas, skulle delar av socialtjänsten bli paralyserad, och att inte göra något alls för hjälpbehövande människor – enkom för att det vetenskapliga underlaget är svagt – kan synas oförsvarligt. Så kallad beprövad erfarenhet är då naturligtvis bättre än ingenting, men möjligen bör i större utsträckning än vad som idag sker också seriösa försök göras att underbygga en övervägd socialtjänståtgärd med hänvisning till vad som *borde* fungera, givet empirisk kunskap från närliggande områden och försvarbara teoretiska antaganden om varför en viss insats kan förväntas ha en viss effekt. Sådan ”extrapolering” från vad vi känner till

från andra områden och våra bästa teorier ersätter inte en väl planerad och genomförd effektstudie, men torde många gånger åtminstone kunna ge ett bättre stöd än enskilda professionsutövares *känsla* av att en viss stödform hjälper. Dock kan man fundera över om det i dagsläget finns förutsättningar att underbygga socialtjänstens praktik med hjälp av ett sådant kunskapsunderlag. Socialtjänsten själv kan inte förväntas ha kvalifikationerna för att göra de relevanta extrapoleringarna, om den själv inte bedriver forskning, och forskare har få karriärmässiga incitament att på detta sätt resonera kring implikationerna av teori och redan utförd empiri (från andra, om än närliggande, fält) när akademien framför allt förväntar sig att forskaren ska publicera sig, och genomförda effektstudier har ojämförligt större meritvärde.

Att erbjuda och genomföra sociala insatser med mer eller mindre betydande osäkerhet om insatsens effekter aktualiserar frågor om riskexponerandets etik. Den som i denna mening "chansar" vid genomförandet av en intervention på det sociala området bör göra så med *försiktighet*. Vad betyder det? Till exempel vore det betydligt värre om interventionen är skadlig för den hjälpbehövande än om den bara saknar positiv effekt, och den försiktiga socialtjänsten vinnlägger sig om att framför allt undvika det förra. (Kanske bör man också vara mer restriktiv med interventioner vars verkningar är irreversibla än med dem där eventuell skada kan repareras.) Socialstyrelsens vägledning kring evidensbaserad praktik vittnar också om sådana överväganden.

Dock missar den delvis poängen. Socialstyrelsen uppställer förvisso kravet att skadliga insatser inte ska ges, men detta krav gäller *känt* skadliga insatser. Det heter att det är "ett etiskt krav att de insatser som används, så långt som möjligt har testats vetenskapligt och befunnits i varje fall inte vara skadliga" (Socialstyrelsen 2018a). Problemet är naturligtvis att vid otillräcklig evidens måste sådana bedömningar göras *innan* vi vet om insatserna är skadliga eller inte. Socialtjänsten behöver härvidlag principer som vägleder den i hur den går till väga när den *ansvarsfullt gissar* hur insatser skulle kunna komma att drabba målgruppen, och vägleder den i frågan om när risken är alltför stor för att kunna accepteras. Eftersom det är svårt att efterleva ett påbud vars innehåll är otydligt, ligger häri givetvis också att tänka igenom och förtydliga vilka utfall som överhuvudtaget räknas som skadliga.

Forskningsetik för socialtjänsten

Det må vara ett utopiskt mål att socialtjänstens samtliga insatser är evidensbaserade, men det torde vara okontroversiellt att mer forskning behövs – inte minst effektstudier av hög kvalitet. Att beforska sociala insatser väcker dock även det etiska frågor. En sådan fråga är om samhället bör prioritera viss socialtjänstrelaterad forskning framför annan. De ekonomiska och intellektuella resurserna för att evidensbasera socialtjänstens verksamhet räcker helt enkelt inte för

att, här och nu, underbygga verksamheten i alla dess delar. Kanske bör därför vissa områden prioriteras och andra stå tillbaka? Mot detta kan ställas överväganden kring forskningens frihet och svårigheten att komma överens om vilka områden det är viktigast att evidensbasera.

Det är dock andra etiska frågor som står i förgrunden när det handlar om forskning om socialtjänstens insatser. När människor deltar i, eller är föremål för, forskning är det centralt att dessa måste säkerställas ett tillräckligt starkt skydd både gentemot att komma till skada (eller lida obehag) och gentemot att användas blott som ett medel för andras mål. Forskningsetiska rättsregler, riktlinjer, institutioner och procedurer (t.ex. etikprövning) syftar till att säkerställa bl.a. detta skydd, och utgår typiskt från att den samhälleliga nyttan av ett forskningsprojekt aldrig kan övertrumfa vissa grundläggande fri- och rättigheter. Särskilt angeläget har man bedömt det vara att tillförsäkra så kallat utsatta, eller sårbara, personer ett fullgott skydd vid forskningsmedverkan. Socialtjänstens målgrupper beskrivs inte sällan som utsatta, eller svaga – med sämre ekonomiska resurser, lägre utbildning, sämre position på arbetsmarknaden, större hälsoproblem, etc. Men vilka personliga egenskaper och förhållanden kan ge anledning till ett särskilt starkt skydd vid, specifikt, genomförandet av forskningsstudier? Utsattheten kan här handla om att personerna ifråga har särskilda svårigheter att skydda sina egna intressen, t.ex. genom nedsatta kognitiva förmågor och därmed sämre

förutsättningar att ge fullt informerade samtycken till forskningsmedverkan, eller, väl så ofta kanske på socialtjänstens område, genom att vara i en (faktisk och/eller upplevd) beroendeställning till forskaren eller den som rekryterar dem till en studie. Sårbarhet kan också bestå i att vara mer "lättskadad" – att på ett eller annat sätt fara illa i situationer som inte skulle påverka andra lika starkt.

Utmaningarna med att bedriva etiskt försvarbar forskning rörande socialtjänstens insatser torde inte vara annorlunda, i princip, än inom andra områden där forskningspersoner ibland har dåliga förutsättningar att förstå vad medverkan i en studie innebär, som kan uppleva sig tvungna att vara med – av rädsla kanske för att de annars undanhålls den hjälp de söker – eller som är mindre motståndskraftiga än andra gentemot forskningsinterventionens negativa aspekter. Vad som emellertid är värt att uppmärksamma är att all sådan sårbarhet förstärks om forskaren själv inte fullt ut identifierat den, och att socialtjänsten är ett område som riskerar att på detta sätt lägga sten på börda. När forskaren själv har ett ben i socialtjänsten – antingen genom att här och nu vara verksam inom den eller genom att ha ett professionellt förflutet i den, eller andra nära kopplingar – står denne inför utmaningen att tydligt skilja på sina roller. Om forskaren själv inte är glasklar över vilken verksamhet hon eller han i en viss situation representerar – forskningens eller socialtjänstens – ligger det alltför nära till hands att man tror att studieinterventionen primärt är avsedd att

gynna den enskilde brukaren, när forskningen egentligen syftar till att erhålla (i vid mening) generaliserbar kunskap, vilken på sikt syftar till att gynna den (abstrakta) *population* som forskningsdeltagaren representerar. Att på detta sätt blanda samman individ och grupp tycks det som om till och med etablerade forskningsetiska koder emellanåt gör (jfr Johansson & Broström 2011), men risken torde öka just när forskaren själv innehar två olika roller.

Problemet förvärras i den utsträckning också den hjälpbehövande har svårt att se vad i studieinterventionen som är designat för att tillgodose dennes individuella behov och vad som är designat för att samhället ska erhålla ny kunskap. Risken är överhängande att brukaren, även med vetskap om att insatsen prövas inom ramen för en forskningsstudie, utgår från att socialtjänsten bara erbjuder och föreslår insatser som den har anledning att tro kommer att hjälpa just honom eller henne. I den medicinska forskningen brukar detta välkända fenomen kallas "det terapeutiska missförståndet" (se t.ex. Henderson et al. 2007). Och om varken forskaren eller den hjälpbehövande är hundraprocentigt klar över att den föreslagna insatsen till en inte obetydlig del motiveras av andra överväganden än att den kommer att hjälpa den enskilde, blir den senare särskilt sårbar för att komma att "instrumentaliseras", att användas som ett medel för andras mål.

Ärlighet

Några ord, avslutningsvis, om ärlighet. När kunskapsunderlaget för de insatser socialtjänsten överväger är svagt, aktualiseras inte bara frågan om det är försvarbart att genomföra (eller ens erbjuda) dem. Om bedömningen görs att det trots allt är det måste vi också ta ställning till hur mycket av denna osäkerhet som bör förmedlas till den hjälpbehövande själv. Om det finns förhållandevis god, om än inte konklusiv, evidens för en insats, kan det tyckas obehövt att kommunicera kvarvarande lilla osäkerhet om åtgärdens effekt till brukaren. Å andra sidan torde det vara förhållandevis problematiskt att då ändå göra det, såtillvida att personen normalt inte kan förväntas fara illa av att få klart för sig att den befintliga forskningen inte ger en fullständig garanti att insatsen får den önskade effekten. Men om det vetenskapliga underlaget är betydligt svagare än så, vilket det ännu ofta är inom socialtjänsten, hur uppriktig bör socialtjänsten vara om det, inför den hjälpbehövande personen? Vi kan återvända till *Kunskapsguiden* och konstatera att Socialstyrelsen anser att "[d]et räcker med en kort redogörelse för vilken insats som har visat sig ha bäst stöd enligt forskningen och vilka sideeffekter som beskrivits" (Socialstyrelsen 2018b). Varför räcker det? Detta utvecklas inte. Ur ett etiskt perspektiv finns det starka skäl att förespråka hederlighet, vilket här skulle innebära att socialtjänsten sakligt beskriver att kunskapsunderlaget är skakigt. Men följdfrågan blir i så

fall vad den ansvarsfulla socialtjänsten bör svara när brukaren undrar varför en insats erbjuds om denna saknar nämnvärt stöd.

Referenser

Henderson, G.E. et al., Clinical trials and medical care: Defining the Therapeutic Misconception, PLoS Medicine 4(11) e:324. 2007.

Johansson, M. & Broström, L. Does peer benefit justify research on incompetent individuals? The same-population condition in codes of research ethics, Medicine, Health Care and Philosophy 15(3): 287–94. 2011.

Socialstyrelsen (2013), Evidensbaserad praktik på Kunskapsguiden.se – praktisk vägledning för verksamheter som arbetar med att utveckla en evidensbaserad praktik.

Socialstyrelsen (2018a), http://www.socialstyrelsen.se/fragoroch-svar/evidensbaseradpraktik#anchor_o Hämtad 181026.

Socialstyrelsen (2018b), Kunskapsguiden. <http://www.kunskapsguiden.se/ebp/om-evidensbaserad-praktik/fem-grundsteg/steg-4/Sidor/default.aspx> Hämtad 181026

Varken teknik eller konst

*Utmaningar i det sociala
arbetets kunskapsutveckling*

TAPIO SALONEN

I takt med att socialt arbete utvecklats till en alltmer mogen och självständig profession i många västländer under de senaste årtiondena har kontroll och styrning av dess kunskapsbas kommit att inta en central position. Detta gäller inte minst den del av det professionella sociala arbetet som utförs inom den traditionella myndighetsutövningen. I likhet med andra professioner inom människobehandlande organisationer genomgick det sociala arbetet en märkbar professionalisering under 1900-talets senare hälft.

Tveklöst har det professionella sociala arbetet som utförs av socionomer i Sverige uppnått de kriterier som vanligtvis brukar användas för en utvecklad profession, däribland folklig legitimitet, erkända utbildningar och forskning, självständiga professionella organisationer och kodifierade etiska standarder.

Men en befogad fråga är i vilken grad som denna professionella utveckling av socialt arbete i Sverige, både som praktik och som forskningsdisciplin, motsvaras av ett tydligt genomslag av dess kunskapsbidrag i den pågående samhällsutvecklingen. Jag vill särskilt lyfta fram det sociala arbetets inbäddning i samhällsutvecklingen i våra länder och framför allt nedtoningen av välfärdspolitiska ambitioner och därmed en ökad press på samhällets yttersta residuala insatser. Det sociala arbetet har utsatts för en press och ställts inför ett vägval mellan att administrera marginalisering och utanförskap (instrumentell positivism, new public management) och att hitta andra strategier för humanistiska och komunitära förhållningssätt.

Något som jag särskilt vill uppmärksamma är betydelsen av intressen och maktanspråk i statligt och lokalt inflytande över det sociala arbetets utformning de senaste årtiondena i Sverige. Hur har olika aktörer positionerat sig för att påverka vilket slags kunskapsperspektiv som ges företräde och genomslagskraft? Sedan den ekonomiska nedgången vid 1990-talets hälft har dock tilltagande ekonomisk och social ojämlikhet, marginaliseringsmönster och disintegration också slagit genom i det svenska samhället. Trots ökat generellt välbefinnande och levnadsnivåhöjningar för de flesta har skillnaderna i grundläggande livsvillkor ökat gentemot olika marginalhotade grupper. Detta har inneburit ett kontinuerligt ökat tryck på kommunernas socialtjänst och frivillorganisationernas hjälpverksamheter. Socialt arbete i dess skif-

tande former efterfrågas och arbetsmarknaden för de svenska socialarbetarna har växt och vidgats på ett slående vis under det senaste kvartsseket. Detta märks också i utbildningen av socionomer, vars antal ökat dramatiskt.

Det är mot denna drastiska ökning man kan tolka intresset och viljan att utveckla ett mer kunskapsbaserat socialt arbete. Redan under 1980- och 1990-talen förekom en debatt utifrån olika kunskapstraditioner där ofta myndighetsföreträdare anförde en smalare och mer kontrollerad evidensinriktad inriktning medan akademiska företrädare förfäktade en mer öppen och pluralistisk kunskapsyn i det sociala arbetet.

Det finns två fallgröpar i denna utveckling – kunskap i socialt arbete som teknik eller konst – två ytterlighetspositioner som tenderar att snäva in och förminska det professionella sociala arbetets kunskapsbas.

Som *teknik*: det finns uppenbara begränsningar med ett snävt evidensbaserat synsätt på det sociala arbetet. Låt mig ta ett exempel. Jag har precis varit granskare av en systematisk översikt av utredning och insatser inriktade mot självförsörjning för personer med ekonomiskt bistånd (SBU). Av drygt 2 200 abstracts i en bred databassökning uppfyllde sammanlagt 5 uppfyllde de strikta kraven på metodologisk kvalitet. Kartläggningen visar att det råder en generell brist på systematiska översikter av utredning och insatser inriktade mot självförsörjning för mottagare av ekonomiskt bistånd. Men min underliggande fråga är hur

mycket av annan värdefull kunskap som försvann i den strikta utsorteringen.

Som *konst*: den andra ytterligheten frodas i en del praktikerkretsar som betonar det unika i varje möte mellan socialarbetare och utsatta människor. Dessa erfarenheter sägs inte gå att kvantifiera eller aggregera på en mer generell nivå. Detta är givetvis en problematisk och närmast kunskapsfientlig hållning. Självklart kan man med bibehållen respekt för den enskildes integritet och utsatthet dra lärdomar från det enskilda till mer generaliserbar kunskap.

Centralt är istället kollegiala kunskapsprocesser där olika intressen och kunskapsperspektiv åstadkommer en gränsöverskridande kunskapsutveckling till gagn för alla parter. Genom mina erfarenheter av att driva kunskapsutveckling i gränslandet mellan akademi och det sociala arbetets praktik har jag stärkts i denna uppfattning och menar att det fortfarande föreligger en systematiskt oförlöst potential i att öppna upp kunskapsutvecklingen i kommunernas socialtjänster. För detta krävs dock i grunden en annorlunda syn på kunskapsmodeller och handlingslinjer. Det är inte i första hand en kostnadsfråga att vilja investera i kunskapsstrategier som inkluderar såväl de professionella som de medborgargrupper som insatserna vänder sig emot.

Utifrån mitt långa perspektiv med kunskapsrelaterade frågor inom den svenska socialtjänsten ställer jag mig frågande och kritisk till vad den statliga effektiviseringsivern kan komma att medföra. På åtminstone tre punkter ser jag

anledning att med oro följa den fortsatta utvecklingen av dessa insatser och vad de kan medföra för det praktiska sociala arbetet.

För det första kan denna nu officiellt sanktionerade kunskapssyn komma att begränsas ytterligare till ett snävt EBP-perspektiv till förfång för den tidigare bredare tolkning- en baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenhe- ter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Dessutom finns det en uppenbar risk att det medicinska synsättet kommer att ytterligare influera det professionella sociala arbetet.

För det andra riskerar kunskapsfrågorna att sammanflä- tas med ett strikt topdown-perspektiv med förenklade styr- ningsfilosofier i New Public Managements anda. Risken är överhängande att kunskapsfrågorna underordnas organisa- tioners hierarkiska logiker.

För det tredje riskerar den med nödvändighet mångfacet- terade sociala forskningen att trängas undan och bortpriori- teras till förmån för snäva effektstudier. Med tanke på de senaste årens ensidiga inriktning på att bygga upp kun- skapsstrukturer kring socialtjänsten från ett styrningsper- spektiv ovanifrån, läs statliga och regionala kameralt inrik- tade åtgärder, riskerar kunskap om de underliggande sociala förhållandena för utsatta medborgare att hamna allt mer i skymundan.

Med detta sagt vill jag avslutningsvis fortsatt plädera för en öppen och pluralistisk kunskapssyn i forskning om det

sociala arbetets villkor och konsekvenser. Ytterst handlar det om att det behövs olika slags kunskaper och metoder för att belysa olika slags problem och frågeställningar. Tveklöst behövs breda samhällsanalyser som strukturellt förmår att placera in sociala insatser i deras relevanta sammanhang. Det behövs strikta kontrollerade effektstudier för att följa upp värdet av specifika åtgärder och metoder. Men det behövs också studier som förmår avtäckta kvalitativa inbörder och perspektiv för inblandade parter. Experiment och utforskande av alternativa sociala praktiker har en gränsöverskridande förmåga att förflytta fokus bortom invanda föreställningar och handlingssätt.

Ett sådant öppet och sökande vetenskapligt förhållnings-sätt måste bejaka forskningens samhällspåverkande roll liksom den vardagliga praktikens möjligheter och begränsningar och värdet av enskilda människors livserfarenheter. Särskilt utsatta grupperns perspektiv på sociala insatser har visat sig vara bestående eftersatt. Min egen erfarenhet av att kombinera olika metoder och forskningsperspektiv har styrkt mig i uppfattningen att komplexa samhällsfrågor belyses bäst genom en multidimensionell forskningsansats.

Medverkande

PETRA BJÖRNE, FOU-koordinator, Malmö stad, fil. dr i kognitionsvetenskap

LINUS BROSTRÖM, doktor i medicinsk etik, Lunds universitet

TITTI MATTSSON, professor i offentlig rätt, Juridiska fakulteten, Lunds universitet

NILS-ERIC SAHLIN, professor i medicinsk etik, Lunds universitet, och forskare inom VBE-programmet.

TAPIO SALONEN, professor i socialt arbete, Malmö universitet

NILS STENSTRÖM, enhetschef, Socialstyrelsen, fil. dr i socialt arbete





