

SOCIONOMENS

Forsknings- supplement

I Socionomens Forskningssupplement publicerar vi vetenskapliga texter från forskare över hela landet. Bedömningen följer de internationella regler som gäller för vetenskapliga tidskrifter inom det samhällsvetenskapliga området.

REDAKTÖR: HANS SWÄRD



SOCIONOMENS

Forsknings- supplement

REDAKTION

Redaktör
Hans Swärd
046-222 94 15
hans.sward@soch.lu.se

CHEFREDAKTÖR/ANSVARIG UTGIVARE

Lena Engelmark
08-617 44 37
lena.engelmark@akademssr.se

KONTAKT

Telefon, växel
08-617 44 00
Telefax
08-617 44 41
Adress
Box 12800
112 96 Stockholm
www.socionomen.nu



Tidigare Forskningssupplement hittar du
på Socionomens hemsida
www.socionomen.nu

Senaste Forskningssupplementet
publicerades i nr 6/2015.



Innehåll

Ledare

av Hans Swärd

ADHD; Om förekomst, ökning och konsekvenserna för social barnavård

av Tommy Lundström

Vad betyder ADHD-explosionen för socialt arbete?
I den här artikeln diskuteras ökningen av ADHD-diagnoser och förskrivning
av läkemedel, med särskilt fokus på den sociala barnavårdens klienter.

I evidensens utkant: exemplet Caring Dads

av Hugo Stranz & Åke Bergmark

Användningen av manualbaserade interventioner tillmätts en central
funktion i ansträngningarna att evidensbasera det svenska sociala arbetet.
Artikeln behandlar införandet av ett manualbaserat behandlingsprogram
i socialtjänstens arbete med våld i nära relationer. Resultaten pekar på en
ambivalens bland respondenterna i relation till evidensbegreppet, vilket
delvis kan tas som intäkt för att program med osäker kvalitet har möjlighet
att nå en relativt hög praktisk status.

Nytt från Fält och Forskning

av Hans Swärd

Författaranvisningar och bedömningssystem

ADHD- explosion och evidens

Här får vi veta mer om den starka expansionen ADHD-diagnosen genomgått och dess ojämna spridning i olika sociala grupper, regioner och länder. Vad innebär det för socialt arbete? Vi får också veta mer om förutsättningarna för en evidensbaserad av det svenska sociala arbetet.

I det första numret av Socionomens forskningssupplement 2016 presenteras två artiklar som handlar om mycket aktuella fenomen inom dagens socialtjänst.

Den första artikeln är författad av professor Tommy Lundström, Stockholms universitet, och handlar om den snabba ökningen av ADHD-diagnoserna i Sverige och vad utvecklingen har för konsekvenser främst för den sociala barnvårdens klienter som antingen har kontakt med öppenvården eller är placerade i dygnsvård som familjehem eller institutionsvård. Han behandlar också vad utvecklingen kan betyda för socialt arbete i stort. ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) anses vara en funktionsnedsättning som innebär att de som blir diagnostiserade visar hyperaktivitet och har svårigheter att koncentrera sig eller hämma sina impulser. Men det finns många vetenskapliga kontroverser om orsaker och behandling av fenomenet. Lundström går igenom kunskapsläget om ADHD både internationellt och nationellt och behandlar etiska frågor och praktiska implikationer.

Den andra artikeln är författad av FD Hugo Stranz och professor Åke Bergmark, även de verksamma vid Stockholms universitet. Artikeln bygger på intervjuer med socialarbetare vid ett socialkontor i Stockholm som arbetar med våldsutövande män och använder det manualbaserade programmet

Caring Dads som har till syfte att förbättra faderskapet för de män som deltar i programmet. Programmet har varit i bruk sedan början av 2000-talet och fokuserar på hur männen ska ta ansvar för sitt beteende i förhållande till barnet, men innehåller också moment av säkerhetsplanering för barnets mödrar. I studien vill författarna ta reda på hur de intervjuade socialarbetarna upplever arbetet med programmet och hur de förhåller sig till den evidensbaserade praktiken i allmänhet.

Som vanligt innehåller supplementet också nyheter och utvecklingstendenser inom fält och forskning. Bland annat gratuleras socionomen och författaren Susanna Alakoski som utsågs till filosofie hedersdoktor vid Malmö högskola i oktober 2015.

Trevlig läsning

Mats Bränd

Redaktör



ADHD; Om förekomst, ökning och konsekvenserna för social barnavård

TEXT: TOMMY LUNDSTRÖM ILLUSTRATION: ARON LANDAHL



TOMMY LUNDSTRÖM

TITEL: Professor i socialt arbete vid Stockholms universitet.

BAKGRUND: Han forskar och undervisar om social barnavård, det sociala arbetets organisering och evidensbaserat socialt arbete.

DET ÄR INGEN ÖVERDRIFT att tala om en ADHD-explosion. Antalet diagnostiserade och antalet medicinerade i Sverige har ökat kraftigt under de senaste åren och inte mycket tyder på att vi sett slutet på denna trend. I internationellt perspektiv kan man dessutom tala om en globalisering av diagnosen. Diagnostisering och medicinering sprids med andra ord till fler och fler länder och till fler och fler individer (Conrad & Bergey 2014).

Den här artikeln tar sin utgångspunkt dels i en rapport från Socialstyrelsen (2014) om förekomst av medicinering av ADHD bland barn i den sociala barnavården och dels i SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) översikt av kunskapsläget för diagnos och behandling av ADHD (SBU 2013). I all korthet visar SBU:s översikt att kunskaperna om diagnos av ADHD och effekter av behandling är betydligt mindre än kanske många av oss tror och Socialstyrelsens undersökningar att den sociala barnavårdens klienter är extremt överrepresenterade när det gäller läkemedelsbehandling av ADHD, men också att man kan tala om en ADHD-explosion bland normalpopulationen.

Syftet med artikeln är att på basis av kunskapsläget om ADHD internationellt och nationellt sammanfatta kunskapsläget när det gäller preva-

lens och läkemedelsförskrivning och diskutera vad fenomenets spridning kan betyda för socialt arbete med barn och unga. Artikeln inleds med en kort presentation av de vetenskapliga kontroverser som präglat och präglar synen på orsaker till och behandling av de symtom som brukar kopplas till ADHD. Därefter följer en genomgång av diagnosens och läkemedlens spridning internationellt och nationellt, med särskilt fokus på kunskaperna om barnavårdspopulationen, dvs. de barn och unga som har kontakt med den sociala barnavårdens öppenvård eller är placerade i dygnsvård (familjehem eller institutionsvård). Artikeln avslutas med några tankar om vad ADHD-explosionen kan tänkas betyda för socialt arbete. Detta både med avseende på övergripande etiska frågor och praktiska implikationer.

Artikeln syftar inte i första hand till att utgöra ett självständigt bidrag till kontroverserna om vad som orsakar de beteenden som brukar räknas in i diagnosen ADHD (till frågan om kontroverserna se t ex Brante 2006; Kärve 2001; Adolfsson et al 2003 och Ekström 2012)¹. I stället intresserar jag mig för den starka expansionen i diagnosen genomgått och dess ojämna spridning i olika sociala grupper, regioner och länder.

Vad man än tycker om att ett socialt problem som ADHD medikaliseras, dvs. (i ökad utsträck-

ning) förklaras och behandlas inom medicinen, verkar det ha som indirekt effekt att fenomenet i minskad utsträckning diskuteras utifrån samhällsvetenskapliga och socialpolitiska perspektiv, åtminstone i den allmänna mediedebatten. Om så är fallet tror jag det är olyckligt för samhällsvetenskapen i allmänhet och direkt skadligt för en profession som socialt arbete. Det är ett skäl till att skriva den här artikeln.

Artikeln bygger på läsning och analys av sekundärdata, på engelska skulle man kalla den en review article. Sökningar via databaser på ADHD och angränsande begrepp ger snabbt en så stor träffmängd att referenserna blir i stort sett omöjliga att sortera efter några meningsfulla principer. Mitt tillvägagångssätt kan beskrivas så att när det gäller orsaker till ADHD och kontroverser i denna fråga har jag använt mig av väletablerade, flitigt citerade och något så när aktuella källor utan att jag genomfört någon fullständig granskning. För avsnitten om förekomst av medicinering baseras framställningen i huvudsak på offentlig statistik eller analyser av offentlig statistik i vetenskapliga artiklar.

När det gäller forskning om ADHD och socialt arbete i den sociala barnvården har jag genomfört tämligen noggranna sökningar i olika databaser. En sökning i den för socialt arbete relativt heltäckande Social Services Abstract och ProQuest, sökord: ADHD, social work, children, youth, residential care i olika kombinationer och efter år 2000, ger ett begränsat träffantal och de flesta referenser behandlar ganska specifika frågor som en viss sorts (psykosocial) behandling eller liknande. Några referenser innehåller en mer principiell och övergripande analys. Det gäller t ex en review article av David Howe om orsaker till ADHD ur ett socialt arbete-perspektiv och ett specialnummer av *Children & Society*, (vol 28 från 2014): *Psychiatrised Children and their Rights: Global Perspectives*. Den sistnämnda innehåller ett par övergripande till medikaliseringen kritiska artiklar. I övrigt har, via sökning på prevalence, child protection och residential care i google scholar, återfunnits ett par artiklar från USA och Kanada om förekomst av ADHD i den sociala barnvården, till dem återkommer jag.

BIOLOGISKA OCH PSYKOSOCIALA FÖRKLARINGAR

ADHD eller *Attention Deficit Hyperactive Disorder* brukar beskrivas som bristande förmåga till koncentration och uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet. I medicinsk terminologi kan

det betecknas som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsavvikelse. För ett antal år sedan var debatten om ADHD (eller DAMP, som det då ofta kallades) het i Sverige. Var det en verklig avgränsbar och distinkt sjukdom eller var de nya diagnoserna snarast ett uttryck för medikalisering där de stökiga och oroliga barn som alltid funnits gavs nya medicinska diagnoser? Detta i ett samhälle som allt mer kommit att präglas av just medikalisering av mänskliga problem (Kärfve 2000). Bakom kritiken fanns en långvarig framförallt sociologiskt grundad diskussion om medikalisering, dvs. den process genom vilka mänskliga problem (om)definieras till medicinska företeelser och därmed blir föremål för medicinsk diagnostik och behandling. För analys av medikalisering som fenomen se Conrad och Schneiders (1992) klassiska *Deviance and medicalization*, där de visar på hur olika mänskliga problem glidit från att definieras i moraliska termer till medicinska.

Den typen av samhällsvetenskaplig och humanistisk problematisering och ifrågasättande av hur psykisk sjukdom i allmänhet och ADHD i synnerhet kan förstås lever vidare inom samhällsvetenskap och humaniora, men märks också inom psykiatri (se t ex Conrad 2014; Johannisson 2006; Brante 2006; och Svenaeus 2013; Abraham 2010; Timimi et al 2004). Jag skulle dock vilja hävda att det medicinska perspektivet i det stora hela så här långt ser ut att ha vunnit striden om ADHD. Idag är det medicinska modeller eller modeller som i hög grad bygger på medicin som verkar dominera allmänhetens förståelse av ADHD och som i ökande utsträckning styr behandlingen av de som har symtom som kopplas till diagnosen. Det betyder inte att medicinen helt och hållet kan förklara fenomenet. Den medicinska forskningen har ännu inte lyckats identifiera någon särskild gen eller genupsättning eller annan biologisk förklaring som restlöst kan förklara ”ADHD-beteenden”. Än så länge kan man således inte belägga fenomenets existens med hjälp av någon biologisk markör, vilket för övrigt gäller det flesta psykiatriska diagnoser.

I dagens diskussion om vad som orsakar ADHD kan man grovt sett identifiera ett antal delvis överlappande ståndpunkter. Mer renodlat medicinskt brukar man tala om att ADHD orsakas av (en kombination av) biologiska/genetiska faktorer, utan att man därför kan identifiera avvikelser i någon specifik gen, snarare handlar det om ett samspel av flera genetiska faktorer. Vid sidan av renodlad genetisk påverkan menar en del också att faktorer under graviditeten och

1) I Ekström (2012) finns listade de viktiga inläggen i den svenska kontroversen som pågick framförallt under de första åren av 2000-talet.



det första levnadsåret kan ha betydelse. Även om man på basis av tvillingstudier brukar tala om att genetiska faktorer kan förklara upp till 80 procent av förekomsten,² så är det idag många som menar att ADHD orsakas av en kombination av genetiska och psykosociala faktorer, så att man ärver en viss känslighet för ADHD, men att symtomen sedan kan utlösas eller förstärkas av miljöfaktorer i skola och/eller familj (för några aktuella genomgångar med medicinska utgångspunkter se Fernell et al 2014; Bejerot et al 2014; Rutter 2012). Varje orsaksförklaring har sina förespråkare och sina vetenskapliga metoder för att undersöka fenomenen. Sedan 1990-talet har de största vetenskapliga ansträngningarna dock gått till att stärka det genetiska perspektivet (Sing 2008).

Det som från ett samhällsvetenskapligt perspektiv kan uppfattas som ensidigt i den medicinska forskningen är det Tomas Brante (2006) kallar ”den starka neuropsykiatriska tesen” dvs. att genetiken och biologin ensamt kan förklara uppkomsten av ADHD-symtom. Psykosociala faktorer begränsas till att möjligen fungera förstärkande eller hämmande, men ges inte någon självständig förklaringskraft. Ett exempel på den starka neuropsykiatriska tesen utgörs av Nationalencyklopedins text: ”Orsaken till AD/HD är genetiska faktorer som påverkar bl.a. signalsubstansen dopamin, hjärnskada under graviditet, under förlossning eller under de första levnadsåren eller en kombination av sådana faktorer. Syrebrist under förlossningen kan ge AD/HD och bland förtidigt födda är risken större att drabbas av AD/HD. Den vanligaste orsaken är dock den ärftliga faktorn”.

För att förstå den snabba men mycket ojämna spridningen av ADHD-diagnoser runt om i världen, räcker det inte med att begripliggöra dess orsaker eller dess symtombild, man behöver också analysera det som skulle kunna kallas systemfaktorer. Det vill säga hur sociala system som skola, läkemedelsindustri, patientföreningar och sjukvård i samspel påverkar antalet diagnostiserade, formar våra föreställningar och styr hur de symtom som karaktäriserar diagnosen skall behandlas. Det handlar med andra ord om att identifiera de sociala mekanismer som påverkar diagnosens spridning. Mer om detta längre fram.

DIAGNOSTIK

I frånvaro av biologiska markörer diagnostiseras ADHD på basis av beteenderelaterade symtom-uppsättningar antingen med bas i Amerikanska

Psykiatriska Föreningens (APAs) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV, sedan något år tillbaka DSM V) eller med hjälp av WHO:s manual, *International Classification of Diseases*, ICD-10. Manualerna liknar varandra men WHO:s ICD-10 kan beskrivas som något mer sträng än DSM, vilket leder till att färre barn blir diagnostiserade med utgångspunkt i ICD-10. Dessutom används ett antal diagnostiska instrument som i Sverige skiljer sig åt från klinik till klinik men som bygger på uppgifter om barnens funktion och beteende i hem, skola och fritid (SBU 2013). Svenska SBU förhåller sig sammantaget kritisk till kvalitén på de använda instrumenten och konkluderar ”Vi har utvärderat 15 diagnostiska instrument som används i Sverige för att identifiera ADHD. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för samtliga” (SBU 2013 s. 73).

Förutom problem med precision i diagnostiken av ADHD som sådan tillkommer att ADHD ofta förekommer tillsammans med andra diagnoser, man brukar använda begreppet komorbiditet för att beskriva detta. Särskilt vanligt är det att ADHD uppträder tillsammans med, och kan vara svårt att skilja från, conduct disorder (uppförandestörningar) och oppositional defiant disorder (trotssyndrom) också det diagnoser som används i DSM. Barn med problem som i en psykiatrisk nomenklatur kan beskrivas som conduct disorder är särskilt vanliga i den sociala barnavården eftersom diagnoskriterierna inkluderar sådant som brottslighet, aggressivitet och brott mot regelverk (se t ex Singh, 2008; SBU 2013).

Så för att sammanfatta. På basis av diagnoser går det inte att beskriva ADHD som en tydlig, konkret entitet med klara gränser vare sig till de som inte har diagnosen eller i förhållande till andra diagnostiska kategorier. Det motsäger naturligtvis inte att alla eller en del av de som diagnostiseras med ADHD delar en specifik biologisk och/eller social problematik, men det gör att frågan om hur många som faktiskt har ADHD (eller borde diagnostiseras med ADHD) under överskådlig tid kommer att vara föremål för debatt och kontroverser. Det understryks av att kriterierna för att bestämma vad som är ADHD är i ständig rörelse och har förändrats (i huvudsak utvidgats) i de olika versionerna av DSM-manualen. En diagnos som är vag i sina konturer blir naturligtvis känslig för hur system i dess omgivning reagerar på ”ADHD-beteenden” och vilka förväntningar som finns på effekter av behandling.

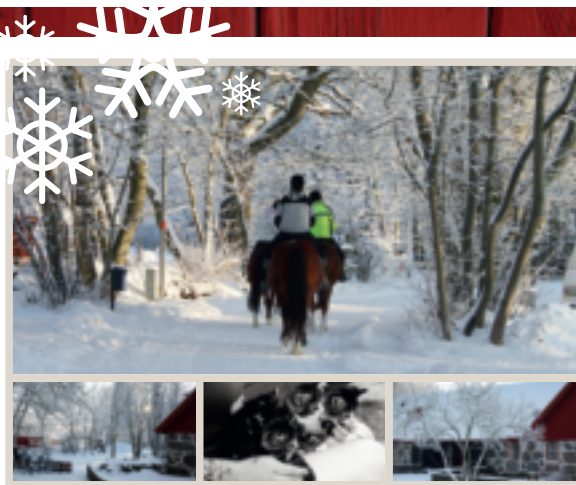
2) För kritik av de förutsättningar och antaganden på vilka tvillingstudier vilar se Stenberg (2013).

HUR BEHANDLAS ADHD OCH VILKA ÄR EFFEKTERNA?

I SBU:s genomgång konstateras att det finns ett 30-tal olika icke-medicinska behandlingar av ADHD. Det handlar om allt från psykodynamisk behandling över Marte Meo till ART (Aggression Replacement Training). SBU:s dystra slutsats är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna bedöma effekterna för samtliga dessa behandlingar. Möjligen finns ett svagt stöd för att kognitiv beteendeterapi har visst stöd som tillägg till läkemedelsbehandling för vuxna. Viktigt att komma ihåg är att frånvaro av vetenskapligt stöd inte betyder att psykosociala insatser är verkningslösa utan ofta att det (ännu) inte finns tillräckligt bra experimentella studier som påvisar effekter (SBU 2013).

Läkemedel är otvivelaktigt den vanligaste behandlingsmetoden, antingen ensamt eller i kombination med andra insatser. När det gäller läkemedelsbehandling finns skäl till ett längre citat från SBU: Metylfenidat och atomoxetin

som är de vanligaste medicinerna ”lindrar ADHD-symtom vid korttidsbehandling (3 veckor till 6 månader) av barn, ungdomar och vuxna med ADHD. Men det går inte att bedöma nyttan vid längre tids behandling (>6 månader). För det behövs studier med långtidsuppföljning” (SBU 2013 s. 13). Vad SBU säger är alltså att det finns evidensbaserade positiva effekter av läkemedlen. Det är välgrundade resultat som gäller för de flesta som behandlas, men inte alla. Det finns ingen anledning att misstro dessa positiva resultat, många av de stökiga barnen blir lugnare och de som har svårt att koncentrera sig får lättare att hantera kraven utifrån. Det finns dessutom gott vetenskapligt stöd för att föräldrar upplever att medicinen hjälper deras barn, även om en del tycker att de upplever påtryckningar från omgivningen för att barnen skall använda medicin och att barnen som tar medicinen kan uppleva ett visst utanförskap (SBU 2013; Sing 2008). Anhörig- och patientorganisationer driver också på för medicinsk



En ärlig chans till ett bättre liv

Grödbygården ligger i natursköna omgivningar, omgivet av hav, sjöar och bokskogar. Här finns en lugn och stabil miljö som skapar förutsättningar för att återuppbygga relationer, baserat på ärlighet och uppriktighet. Vi hjälper föräldrar, barn och familjer att ta fatt på den livstråd som slagit knut. Vill du veta mer? Ring 0456-229 41 eller besök www.grodbygarden.se

 **Grödbygården**
EN KUPAD HAND FÖR LIVET



30 ÅR
1986
2016

Nu har vi öppnat vår
kvinnoenhet – Iris Ryfors.
/
Läs mer på vår hemsida.

www.irisuc.se
0200 21 77 00


utvecklingscenter

»Det är ett väletablerat faktum att diagnosen är vanligare för barn i familjer med ensamstående mödrar och i fattiga familjer.«

behandling (i kombination med andra insatser) (<http://attention-riks.se/>).

Mer problematiskt är att det - om man skall tro SBU - inte finns tillräckligt bra studier av den långsiktiga nyttan av läkemedelsbehandling eller långsiktig uppföljning av biverkningar. Med tanke på att SBU ställt ganska låga krav på långsiktigheten (längre uppföljningstid än sex månader) och mot bakgrund av att ADHD ofta beskrivs som en livslång funktionsnedsättning är frånvaron av välgjorda longitudinella studier närmast anmärkningsvärd. Läkemedelsbehandling med centralstimulerande medicin av stora grupper barn är givetvis inte oproblematiskt. De svenska rekommendationerna säger att sådan behandling bör sättas ut och omprövas en gång per år, men Socialstyrelsen (2012) konstaterar att det är tveksamt om dessa rekommendationer tillämpas i tillräcklig omfattning.

Det finns som sagt alltför få studier av långsiktiga effekter av läkemedelsbehandling. Efter att SBU publicerade sin litteraturgenomgång har en studie med lång uppföljningstid baserad på kanadensiska data publicerats. Man har i en kvasiexperimentell studie jämfört hur det går för en stor grupp medicinerade barn med sådana som har ADHD men inte fått medicin. Resultaten är nedslående i så måtto att effekterna av medicinering är negativa, det går något sämre för de medicinerade barnen i skolan än för de som inte medicinerade (Currie, Ståhl & Jones 2014). Den vetenskapliga diskussionen och den allmänna debatten om dessa frågor lär emellertid fortsätta.

I USA har effekterna av ökad medicinförskrivning också diskuterats utifrån risken för läckage till personer som inte har eller inte borde ha en ADHD-diagnos. Man pekar på att läkemedlen används av t ex collegestudenter för att kunna koncentrera sig bättre när de skall plugga, eller av sådana som helt enkelt vill bli påtända. Huruvida

de lågdospreparat som används vid ADHD-medicinering verkligen har några effekter hos icke-diagnostiserade är omdiskuterat (det kan ju handla om placeboupplevelser), men det är trots allt ett faktum att denna familj av preparat (ritalina, amfetamin osv) används just för sådana syften (Farah et al 2014; Hinshaw & Scheffler 2014).

PREVALENS: SKILLNADER, MELLAN LÄNDER, REGIONER OCH SOCIALA GRUPPER.

Med tanke på olikheter i diagnostik och skillnader i diagnostisk kultur och olikartad "efterfrågan" på diagnoser i olika länder och regioner är det naturligtvis svårt att, även ur ett medicinskt perspektiv, svara på hur många barn och unga som faktiskt potentiellt skulle kunna diagnostiseras med ADHD. Vanligtvis brukar man ange ett stort spann med mellan 3 till drygt 10 procent prevalens för barn och tonåringar i skolåldern, men skillnaderna är stora mellan olika länder.

Till de som rapporterar de högsta siffrorna räknas USA, där uppgår andelen barn som har eller har haft en ADHD diagnos till 11 procent, i undersökningar som baseras på frågor till befolkningen. I vissa delstater är talen mycket högre än så och högst ligger de i sydstaterna. I Arkansas och Kentucky ligger andelen barn och unga som diagnostiserats runt 15 procent (Visser et al 2014). Den höga prevalensen och det faktum att antalet diagnostiserade ständigt tycks öka, är något som spätt på den amerikanska kritiken av en såväl osäker diagnostik som rädslan för läckage av ADHD-medicin till grupper som inte borde ha den (Visser et al 2014; Bloom et al 2013).

I den andra änden av detta kontinuum brukar man nämna länder som Storbritannien, Brasilien och Frankrike. Orsakerna till att dessa länder ligger lågt kan t ex ha att göra med hårdare diagnostiska kriterier, men också en annan förståelse för hur beteenden skall tolkas. I länder som Brasilien och Frankrike har psykodynamiska förkla-



ringsmodeller en stark ställning i vårdsystemen och bland professionella vilket kan bidra till att förklara låg prevalens (Hinshaw & Scheffler 2014; Russel et al 2014a; Conrad & Bergey 2014).

I Sverige brukar t ex Socialstyrelsen och SBU, baserat på utländska och svenska studier, ange prevalensen för ADHD till 3–10 procent bland barn och unga, men så hög som 20 procent bland utsatta undergrupper, t ex barn som har kontakt med BUP (SBU 2013). Den verkliga prevalensen, om man nu kan tala om en sådan, skall emellertid ses som internationellt etablerade uppskattningar, som ibland närmast ger intryck av gissningar (se dock Landgren et al, 1996 och Holmberg, 2009, för ett par lokala studier). Det förtjänar att understrykas att de uppskattningar som görs av prevalens i befolkningen givetvis är beroende av vilka instrument som används.

Man kan därför fråga sig om skillnaden i prevalens mellan länder har att göra med olikheter i faktisk förekomst eller om det beror på olikheter i metodik i de undersökningar som gjorts. Det sistnämnda kan inte uteslutas och medicinskt orienterade forskare har hävdat att den verkliga prevalensen är ungefär densamma i olika länder. Uppmätta skillnader skulle i så fall ha att göra med olikartad forskningsmetodologi, bland annat genom att man använt sig av olika diagnostiska instrument och definitioner (se Polanczyk et al 2014, för en kritisk diskussion av slutsatserna se Conrad 2014). Olikheter inom enskilda länder är emellertid också mycket stora. I USA skiljer prevalensen mellan delstater sig kraftigt åt, men också olikheter mellan etniska grupper är påtagliga. Latinamerikanska (hispanic) barn och unga uppvisar till exempel betydligt lägre prevalens än vita icke-hispanics (Bloom et al 2013). Sådana skillnader kan inte förklaras med olikheter i forskningsmetodik eftersom respondenterna ställts inför samma frågor oavsett vilken delstat eller etnisk grupp de tillhör (de amerikanska studierna baseras på frågor till ett representativt urval av befolkningen). Däremot kan olika diagnostiska kriterier tillämpas i olika delstater, vilket i sin tur kan vara relaterat till systemfaktorer av olika slag.

Många studier har visat på samband mellan socioekonomiska faktorer och ADHD-diagnos. Det är ett väletablerat faktum att diagnosen är vanligare för barn i familjer med ensamstående mödrar och i fattiga familjer. Detta tycks gälla oavsett vilka typer av fattigdomsmått man använder sig av och oavsett vilka länder eller

regioner man studerar (Bloom et al 2013; Russell et al 2014b).

Det finns få systematiska studier av prevalens för ADHD bland barnavårdspopulationer (dvs. barn som är föremål för socialtjänstens motsvarigheter) runt om i världen. Det mesta talar för att förekomsten är betydligt högre än i den övriga befolkningen, eftersom de problem som hänger samman med ADHD ofta är sådana som den sociala barnavården har att hantera (särskilt om vi påminner oss att ADHD ofta hänger samman med diagnoser som conduct disorder). I en kanadensisk artikel från 2014 har författarna gjort en systematisk litteratursökning och funnit ytterst lite forskning om förekomsten av diagnostiserade fall av ADHD i den sociala barnavården. De återfinner dock en del studier som pekar på att diagnosen är vanligare bland barn som är föremål för utredningar och åtgärder från den sociala barnavårdens motsvarigheter än bland andra barn, att andelen stiger över tid och att den är en mycket vanlig (kanske den vanligaste) psykiatrisk diagnos bland barn som har kontakt med den sociala barnavården (Klein et al 2014; se även Rubin et al 2012).

FÖRSKRIVNING AV LÄKEMEDEL

Flyttar man sig till förskrivning av mediciner för ADHD blir statistiken genast säkrare, särskilt i länder som de nordiska där det finns forskningsbara läkemedelsregister. Även för läkemedelsförskrivning är de länders variationerna stora. Också här ligger USA i topp, med omkring sex procent bland barn och unga, vilket betyder att ungefär två tredjedelar av de som diagnostiseras också medicineras. Högst är andelen medicinerade i sydstaterna där de delstater som ligger i topp medicineras drygt 10 procent av barn och ungdomar. Efter svenska förhållanden motsvarar det att det i varje svensk högstadiesklass skulle vara tre elever som medicineras eller medicineras för ADHD (Visser et al 2014).

I en mycket intressant (och som jag tycker trovärdig) analys av vad som påverkar skillnader i spridning av medicinering av ADHD mellan olika delstater i USA menar Hinshaw och Scheffler (2014) att skillnaden i hur skolsystemen fungerar och vilka incitamentsstrukturer på delstatsnivå som omger dem, har mycket stor betydelse för hur många barn som faktiskt diagnostiseras och medicineras. Utgångspunkten är att stökiga och ouppmärksamma barn kan påverka skolresultat negativt och att det kan utgöra ett incitament för

3) Den vanligaste förskrivningen utgörs av metylfenidat, ett amfetaminliknande preparat som säljs under varumärket Concerta.

att diagnostisera dem, antingen så att de diagnostiserade barnen kan få mer resurser och därför fås att prestera bättre eller att man i somliga skoldistrikt inte behöver räkna med de diagnostiserade barnen i skolornas resultatredovisningar. Sådant blir viktigt i ett samhälle som det amerikanska där stor vikt läggs vid hur skolor presterar, antingen så att de framgångsrika belönas resursmässigt eller genom att de mindre goda bestraffas. Historiskt sett har skolprestationer blivit allt mer betydelsefulla i det som vi ibland kallar kunskaps-samhället. Skall man tro Hinshaw och Scheffler kan ökade förväntningar och incitamentstrukturer som lägger fokus på elevernas prestationer faktiskt öka andelen ADHD-diagnoser eller som de själva uttrycker det: "Policy matters, and the main venue for ADHD related policy is schools, where the push for performance is ever stronger" (Hinshaw & Scheffler 2014 s. 81).

Det finns inga motsvarande studier av vad skolan och skolsystemen betyder för ADHD:s spridning i Sverige. Däremot har vi numera bra statistik för läkemedelsförskrivning. I Sverige låg förskrivning av ADHD-medicin år 2014 på ungefär 3 procent i åldersgruppen 10 till 17 år, med 4,6 procent för pojkar och 1,8 för flickor. Siffrorna är betydligt lägre för yngre barn (5-9 år); 1,3 % för pojkar och 0,4 för flickor.³ För båda åldersgrupperna och för såväl pojkar som flickor kan man notera en ökning av förskrivning under hela den tid som statistik finns tillgänglig. Mellan 2006 och 2014, en period på åtta år, har andelen flickor (0-17 år) som medicinerats femdubblats och hos pojkar återfinns vi en fyrdubbling (Socialstyrelsen 2015). Några tecken på att trenden håller på att brytas syns inte i statistiken, även om en viss avmattning i ökningstakten märks det senaste året. Skriver vi rent hypotetiskt fram den svenska utvecklingen på basis av den amerikanska finns förstås en rejäl potential för ökning. I en jämförelse mellan de nordiska länderna med data från 2007 låg Island högst, där var förskrivning bland barn och unga fyra gånger så vanlig som i Sverige. Finland hade den lägsta förskrivningsgraden med ungefär 2/3 av Sveriges (Zoega et al 2011).

Liksom i USA är det stora regionala skillnader i den svenska förskrivningen. På Gotland, där man ligger i topp, är andelen medicinerade 6,7 procent bland pojkar och 3,5 procent bland flickor i åldersgruppen 10-17 (en viss minskning jämfört med året innan). Motsvarande andel i Kronoberg, det landsting som ligger lägst, är 2,6 respektive 0,9 procent. Orsakerna till dessa skillnader har

diskuterats, men det finns inget som tyder på att de helt skulle kunna förklaras av olika förekomst av faktiska ADHD-relaterade problem. Vad det rör sig om är snarare stora skillnader i förskrivningsmönster, där Gotlands läkare framstår som de mest "generösa" (möjligen i kombination med att "efterfrågan" bland patienter och från skola skulle kunna vara högre på Gotland än i andra landsting) (Socialstyrelsen 2015).

Sambanden mellan i stort sett alla socioekonomiska variabler och förskrivning av ADHD-medicin är mycket tydliga i Sverige liksom andra länder. Anders Hjern och kollegor (Hjern et al 2009) har i en registerstudie visat att låg utbildning hos föräldrar, ensamt föräldraskap och beroende av försörjningsstöd har starka samband med förskrivning av ADHD medicin till barnen, även när man kontrollerar för föräldrars psykiatriska problem. Författarna konkluderar: "Socioeconomic indicators are potent predictors of ADHD-medication in Swedish school children. This suggests that gene-environment interaction models may provide a useful framework for future research into the aetiology of ADHD" (Hjern et al 2009, s. 924, se även Holmberg 2009 samt Russel et al 2014b, för bl a diskussion om hur sambandstrukturen kan analyseras). Vid sidan av författarnas frågor om orsaker till problemen väcker dessa forskningsresultat undringar om hur sociala system, som skola, barnpsykiatri osv, påverkar olikheter i förskrivning till skilda sociala grupper.

FÖRSKRIVNING BLAND DEN SOCIALA BARNVÅRDENS BARN

Allt talar för att förskrivning av ADHD-medicin till den sociala barnvårdens barn (framförallt de som är placerade i dygnsvård) ligger högt över befolkningen i övrigt i länder där frågan undersökts, som USA och Kanada. Flera studier rapporterar om förskrivning av ADHD-medicin och annan psykofarmaka till mer än hälften av ungdomarna i olika former av institutionsvård (Breland-Noble et al 2004; Brenner et al 2014; Klein et al 2014; Leslie et al 2011; Rubin et al 2012).

I Sverige saknas såvitt jag vet helt undersökningar av hur det är med förskrivning till barn i socialtjänstens öppenvård. Men eftersom det finns möjlighet att samköra de dygnsvårdade barnens personnummer med läkemedelsregistret är kunskaperna om förskrivning till denna grupp mycket goda. I Tabell 1 redovisas förekomsten av ADHD medicinering bland tonåringar i de tre vårdformer som är aktuella när barn och unga

»Det finns mycket pengar att tjäna på ADHD-mediciner. Det är en marknad där det inte syns något slut på expansionsmöjligheterna.«

är omhändertagna enligt socialtjänstlagen eller LVU och de relateras till "ej dygnsvårdade" dvs alla barn i åldersgruppen 13-17.⁴

Var man än går in i tabellen kan man konstatera att överrepresentationen bland de dygnsvårdade är hög. Minst framträdande är överrepresentationen bland pojkar i HVB. I den gruppen är det "endast" 2,5 gånger vanligare med medicinering än bland ej dygnsvårdade. Den absolut största överrepresentationen finns bland flickor i §12-vård, i den gruppen är det 20 gånger vanligare att man medicinerar för ADHD än bland ej placerade. Siffrorna för de som vårdas på §12-hem måste överhuvudtaget ses som anmärkningsvärda. Nära nog hälften av de inskrivna har diagnostiserats med ADHD och en tredjedel medicineras. Det gäller både flickor och pojkar. Till det skall läggas att en del av de som medicineras för ADHD också får andra psykofarmaka och att också andra psykiatriska diagnoser är långt ifrån ovanliga. ADHD är dock den tveklöst vanligaste psykiatriska diagnosen. Det gäller för övrigt alla vårdformer (Socialstyrelsen 2014). Det kan diskuteras om hur man skall se på den höga förskrivningsgraden. Det är knappast förvånande att barn i dygnsvård

medicinerar mer än andra, de har ju problem som i många fall kan relateras till ADHD. Men oavsett om man ser dessa siffror som förvånande eller ej, så är de höga och går man 20 år tillbaka är förändringen med största sannolikhet oerhört stor.

Ett ytterligare märkligt förhållande är att ungdomar i HVB i lägre grad än ej placerade och barn i familjehem får sina mediciner utskrivna av experter i barn och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen skriver: "Allmänt hade barn och ungdomar som inte hade varit placerade, och i viss mån också familjehemsplacerade, en tydligare kontakt med specialiserade verksamheter och läkare med kompetens i specialiteter som är relevanta för barn och ungdomar med psykisk störning eller neuropsykiatrisk problematik" (Socialstyrelsen 2014, s 20).

Hur man än räknar ligger användandet av ADHD-medicin bland dygnsvårdade barn långt över normalbefolkningen och ju mer ingripande omhändertaganden är desto större andel medicinerade. Bland ungdomar i så kallade paragraf-12 hem går omkring var tredje ungdom på ADHD-medicin. Det måste rimligen påverka vårdens vardagsvillkor, särskilt som också

4) Observera att åldersgruppen och definitionen av medicineringen skiljer sig från de som används i Socialstyrelsens återkommande redovisning av totalbefolkningens användning av ADHD medicin, i den sistnämnda är definitionen ett uttag per år.

Tabell 1: Förekomst av ADHD-medicinering (minst tre uttag under ett år) och ADHD-diagnos år 2013. Andel i åldersgruppen 13-17 år, fördelat efter kön och placeringsform. Procent.

Placeringsform	Pojkar		Flickor	
	Medicinerade	Diagnostiserade	Medicinerade	Diagnostiserade
Ej dygnsvårdade	3,6	4,9	1,5	2,2
Familjehem	19,8	21,1	9,2	15,4
HVB	9	14,7	23,6	30,2
§12-hem	33,3	47,4	29	46,6

Källa: Socialstyrelsen 2014.

andra psykofarmaka skrivs ut i högre utsträckning till dygnsvårdade än till andra barn. Man kan konstatera att ADHD och ADHD-medicinering är en högst påtaglig realitet i den sociala barnvården, samtidigt som kunskaperna om vad det betyder för socialt arbete är begränsade.

VAD ÄR PROBLEMET OCH VAD BETYDER ADHD EXPLOSIONEN FÖR SOCIALT ARBETE?

Det råder ingen tvekan om att många av de barn som medicinerar för ADHD och deras föräldrar är positiva till effekterna av medicinen och att rapporter om negativa biverkningar, psykologiska som andra, trots allt är ovanliga. Det har visats i ett antal kvalitativa studier internationellt och i Sverige (Singh 2007, 2008; Socialstyrelsen 2014). Troligtvis är det inte heller så att alla som skulle må bättre av medicinen faktiskt får den; underdiagnostisering behöver inte stå i motsättning till överdiagnostisering. Så vad är problemet?

Rimligen borde det leda till eftertanke att man

som i de amerikanska sydstaterna medicinerar upp till 10 procent av tonåringarna (för pojkar är andelen naturligtvis högre). Och hur ser vi på Gotland som ligger nära ett amerikanskt snitt, lägre än amerikanska sydstater, men betydligt högre än det svenska genomsnittet? Höga andelar väcker frågor om hur t ex skolan fungerar och hur samspelet mellan skola, sjukvård, barnpsykiatri påverkar andelen medicinerade och diagnostiserade i olika sociala grupper (för en diskussion om ADHD i skolan se Holmberg 2009). En viktig aktör i sammanhanget är läkemedelsindustrin. Det finns mycket pengar att tjäna på ADHD-mediciner och det är en marknad där det inte syns något slut på expansionsmöjligheterna. Läkemedelsindustrin inflytande märks särskilt tydligt i USA, där företagen har möjlighet att göra reklam direkt till allmänheten (Conrad & Bergey 2014; Hinshaw & Scheffler 2014).

Det verkar svårt att bortse från att systemfaktorer faktiskt har betydelse för hur många barn som får en diagnos. Särskilt uppenbart blir

TJUST
BEHANDLINGS
FAMILJER

*Tillsammans
gör vi skillnad*



När barnet trivs i sitt sammanhang...

Grundtanken är att vi till stor del formas genom möten med människor i vår omgivning och möjligheten till förändring ligger i dessa nya möten/relationer. Vi erbjuder ett alternativ till institutionsvård genom kraftigt förstärkt familjehemsvård där en av föräldrarna i familjen är anställd på heltid. Utgångspunkten för vårt behandlingsarbete är vägledande samspel och mentaliseringsbaserad terapi vars behandlingsfokus ligger i själva processen.



Våra behandlingsfamiljer ligger i närområdet runt våra kontor i **Västervik, Vimmerby, Jönköping** och **Norrköping**.

För professionell behandling, utredning och vägledning finns ett team bestående av psykologer, psykiater och behandlingssamordnare. Alla finns i behandlingsfamiljens närhet för att kunna ge förstärkning och stöd.

Tjust behandlingsfamiljer AB • Ängalundsgatan 1B • 593 35 Västervik • Tfn: 0490-343 46 • Fax: 0490-943 10
E-post: info@tjustbehandlingsfamiljer.se • Hemsida: www.tjustbehandlingsfamiljer.se

»Kunskap om hur barn och föräldrar upplever behandlingen behövs och om hur frågor om självbestämmande och autonomi hanteras.«

detta mot bakgrund av att det knappast finns säkra diagnosmetoder för ADHD, åtminstone om vi skall tro SBU (2013). I den meningen är inte ADHD något som helt bör lämnas till medicinen. Inte minst i Sverige behövs samhällsvetenskaplig forskning om fenomenets snabba men ojämna spridning och om det starka sambandet med socioekonomiska variabler. Sådan forskning bör inkludera kvalitativa studier om upplevelser av ADHD och ADHD-behandling bland barn, föräldrar, skol- och vårdpersonal. Förutom hur barn och föräldrar upplever behandlingen behövs mer kunskap om hur frågor om självbestämmande och autonomi hanteras.

Ur etiskt perspektiv uppstår frågor på både samhälls- och individnivå och vid avgörande av enskilda fall. Ett grundläggande etiskt bekymmer på samhälls- och individnivå hör ihop med att föreställningar av vad som är normalt eller friskt krymper ihop i en tid då allt fler beteenden klassificeras som psykiatriska sjukdomstillstånd eller, som i fallet med ADHD, funktionsnedsättningar. Eller för att vända på det: Vi lever i ett samhälle där allt fler människor har diagnoser som handlar om deras psykiska problem. Det bör rimligen ses som problematiskt om stora andelar av barnen i ett samhälle får diagnoser som i någon mening placerar dem utanför det som betraktas som normalt. Vart gränsen går för en oroande hög andel diagnostiserade är omöjligt att säga, oavsett vilken syn man har på orsakerna till ADHD eller andra psykiatriska problem. Att gränserna flyttas, så att allt fler människor lever med diagnoser (som ytterst bygger på observationer av deras beteende och deras egna upplevelser) är en del av vårt allt mer medikaliserade samhälle. Vad det betyder kan inte (ensamt) besvaras av medicinen eftersom det också rör grundläggande frågor om vad

för slags samhälle vi vill leva i. Just därför är det viktigt att diskutera de övergripande effekterna av ADHD-explosionen från andra perspektiv än de medicinska (Svenaeus 2013).

Till de stora frågorna om normalitetens gränser hör också att en stor andel av de diagnostiserade använder läkemedel. Höga förskrivningstal väcker etiska frågor som hur vi ser på att barn under sin uppväxt och ibland in i vuxenlivet behandlas med psykofarmaka. I etisk analys brukar man tala om godhetsmaximeringsprincipen, skademinimeringsprincipen, självbestämmandeprincipen och likabehandlingsprincipen (se t ex Lundström 2013). Barnens positiva respons på medicinering utgör definitivt ett argument för att behandling i många fall "gör gott". Mer problematiskt är det med skademinimering eftersom kunskaperna om de långsiktiga effekterna av medicineringen trots allt fortfarande är små. Man kan således inte utesluta skadliga biverkningar som inkluderar allt från läckage av medicin till förändringar i personlighet hos de medicinerade.

Frågor om individens självbestämmande eller autonomi är särskilt besvärliga när barn är inblandade: Hur starkt väger deras röst, vilket inflytande har skolan och hur skall föräldrarnas röst vägas in? Det finns med andra ord många aktörer när det gäller avgörande om medicinering; Aktörer med potentiellt olikartade intressen. Ett exempel där frågan ställdes på sin spets var när Högsta förvaltningsdomstolen avgjorde ett fall där föräldrarna tyckte olika om sitt barns medicinering, modern ville medicinera men fadern var emot. Domstolen menade mycket förenklat, efter att bland annat hänvisat till det osäkra vetenskapliga läget, att faderns ord skulle gälla (mål nr 7315-13, domen som finns tillgänglig på nätet är intressant just för

att man söker väga etiska, normativa frågor med inkludering av det vetenskapliga kunskapsläget).

När det gäller likabehandlingsprincipen kan man konstatera att den mycket ojämna förekomsten av medicinering i olika delar av landet tyder på att barn med liknande problematik inte behandlas lika. I vissa delar av landet är chansen att få medicin betydligt större än i andra. En ytterligare skillnad i detta avseende är att barn i HVB och §12 vård inte får tillgång till specialistläkare i samma utsträckning som ej dygnsvårdade barn i samband med medicinförskrivning.

På flera sätt radikaliseras den etiska problematiken när det gäller de barn och föräldrar som har kontakt med socialtjänsten. Det handlar för det första om att det är familjer som ofta står i en beroendeställning och har en svag position i förhållande till myndigheter. För det andra kan familjerna vara utsatta för ett tryck (eller motsägelserfulla budskap) från flera aktörer i omgivningen (skola, barnpsykiatri och socialtjänst) och för det tredje förefaller det som om medicinering ofta påbörjas när barnen är placerade i dygnsvård, alltså när samhället tagit över den faktiska vårdnaden, vilket i sin tur väcker frågor om framförallt föräldrars medbestämmande.

För det sociala arbetets del väcker ADHD-expllosionen en serie frågor av såväl etisk som praktisk natur. Jag avslutar med några exempel på sådana frågor eller kanske snarare teman som borde bli föremål för fortsatt diskussion:

1. I vilken utsträckning, på vilka indikationer och på vilket sätt kan och skall socialarbetare i öppenvård och dygnsvård initiera diagnoser för ADHD? Frågans betydelse understryks av att en stor del av de svenska ADHD-diagnoserna tillkommer under tiden i dygnsvård och därmed sannolikt med någon form av medverkan från socialarbetare.

2. Ur etiskt perspektiv finns frågor om hur olika aktörers (barn, föräldrar, skola, familjehem, institutionspersonal) intressen skall vägas samt hur självbestämmanderätten hos de centrala aktörerna skall tas tillvara. Sådana etiska bedömningar bör också involvera och bygga på samverkan mellan olika professioner. ADHD implicerar överhuvudtaget samverkan mellan socialarbetare och andra professioner, kanske särskilt barnpsykiatri men också personal i skolan. I det sammanhanget kan det tyckas märkligt att barn i HVB och §12 vård i mindre utsträckning än andra får kontakt med specialistläkare.

3. Kan ADHD-diagnoser användas som underlag för tvångsomhändertaganden, t ex för att förstärka argumentationen vid omhändertaganden av ungdomar eller kan det faktum att föräldrar underlåter att ge sina barn ADHD-medicin ses som brister i omsorgen? Det finns ingen systematisk kunskap om vilken roll ADHD eller andra liknande diagnoser spelar vid svenska omhändertaganden. Se dock Kaldal (2012) för diskussion av ett par domar i högsta förvaltningsdomstolen som tyder på att diagnosen ADHD faktiskt kan utgöra ett hinder för tvångsomhändertagande av ungdomar som uppvisat "socialt nedbrytande beteende" enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Det är domar som förefaller märkliga mot bakgrund av att så många omhändertagna barn faktiskt är diagnostiserade med ADHD och vars konsekvenser diskuteras i ett nytt förslag till LVU (SOU 2015:71).

4. Särskilt vid institutionsvård, men också i familjehemsvård finns anledning att diskutera hur medicinering skall hanteras i vardagen. Det kan handla om allt från hur man förhindrar läckage till hur föräldrar skall involveras i behandlingen. Till denna praktiska sida hör också behandlingsmässiga överväganden. Vare sig de diagnostiserade barnen medicinerar eller ej, krävs i de flesta fall andra former av insatser. I det sammanhanget är socialarbetare viktiga personer. ●

Litteratur

Abraham, J. (2010) Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44, 604-622

Adolfsson et al (2003) Forskare och psykiatrer till försvar för Gillbergs ADHD-forskning: Kärnfves kampanj har karaktär av person-förföljelse och saknar vetenskaplig grund. *Läkartidningen*, 100, 636-637.

Bejerot, S., Gardner, A. & Humble, M. (2014) Diagnostik och terapi utmanar än, trots snabb tillväxt av kunskap. *Läkartidningen*, 2014;111:CYRH.

Bloom B., Jones L.I., Freeman G. (2013) *Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2012*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(258).

Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin: exemplet ADHD. I Hallerstedt, G. (red.) *Diagnosens makt; Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos. ,

Breland-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M., Dubs, M. S., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2004). Use of psychotropic medications by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55, 706-708.

- Brenner, S. L., Southerland, D. G., Burns, B. J., Wagner, H. R., & Farmer, E. M. (2014). Use of Psychotropic Medications Among Youth in Treatment Foster Care. *Journal of child and family studies*, 23, 666-674.
- Conrad, P. & Bergey, M. (2014) The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31-43.
- Currie, J., Stabil, M. & Jones, L. (2014) Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD? *Journal of Health Economics* 37, 58-69
- Ekström, B. (2012) *Kontroversen om DAMP. En kontrollstudie av vetenskapligt gränsarbete och översättning mellan olika kunskapsparadigm*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Farah, M. J., Smith, M. E., Ilieva, I., & Hamilton, R. H. (2014). Cognitive enhancement. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 5, 95-103.
- Fernell, E., Kadesjö, B., Nylander, L. Gillberg, C. (2014) ADHD bör uppmärksammas mer – tidiga insatser spar lidande. *Läkartidningen*, 2014;111:CUMM.
- Hinshaw, S. P. & Scheffler, R. M. (2014) *The ADHD Explosion Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. New York: Oxford University Press.
- Hjern, A., Weitoft, G. R., & Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children—a national cohort study. *Acta paediatrica*, 99, 920-924.
- Holmberg, K. (2009). *Health Complaints, Bullying and Predictors of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in 10-year-olds in a Swedish Community*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Johannisson K, (2006) Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I Hallerstedt, G. (red.) *Diagnosens makt; Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Klein, B., Damiani-Taraba, G., Koster, A., Campbell, J., & Scholz, C. (2014). Diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children involved with child protection services: are current diagnostic guidelines acceptable for vulnerable populations? *Child: care, health and development*, 41, 178-185.
- Kärfve, E. (2000). *Hjärnspöken; Damp och hotet mot folkhälsan*. Stockholm: Symposion.
- Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. (1996) ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. *Dev Med Child Neurol*, 38, 891-906.
- Leslie, L. K., Raghavan, R., Hurley, M., Zhang, J., Landsverk, J., & Aarons, G. (2011). Investigating geographic variation in use of psychotropic medications among youth in child welfare. *Child abuse & neglect*, 35, 333-342.
- Lundström, T. (2013) Etik i den sociala barnvården. I Pettersson, U. *Etik och socialtjänst: om förutsättningar för det sociala arbetets etik*. Malmö: Gleerups.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kielsing, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43, 434-442
- Rubin, D., Matone, M., Huang, Y., DosReis, S., Feudtner, C. & Localio, R. (2012) Interstate variation in trends of psychotropic medication use among Medicaid-enrolled children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 34, 1492-1499.
- Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R., & Kelly, S. (2014b). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 436-445.
- Russell, G., Rodgers, L. R., Ukoumunne, O. C., & Ford, T. (2014a). Prevalence of parent-reported ASD and ADHD in the UK: findings from the Millennium Cohort Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 31-40.
- SBU (2013) *ADHD Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU.
- Singh, I. (2007). Clinical implications of ethical concepts: Moral self-understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 167-182.
- Singh, I. (2008) Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9: 957-964.
- Socialstyrelsen (2012) *Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014) *Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015) *Användningen av centralstimulantia vid ADHD. Utvecklingen regionalt och i riket*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2015:71 *Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stenberg, A. (2013). Interpreting estimates of heritability—A note on the twin decomposition. *Economics & Human Biology*, 11, 201-205.
- Svenaeus, F. (2013) *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Hågersten: Tankekraft.
- Timimi, S. and 33 co-endorsers (2004) A critique of the International Consensus Statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 59-63.
- Visser S. et al. (2013) Trends in the Parent-Report of Health Care Provider-Diagnosis and Medication Treatment for ADHD disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 53, 34-46.
- Zoega, H., Furu, K., Halldorsson, M., Thomsen, P. H., Sourander, A., & Martikainen, J. E. (2011). Use of ADHD drugs in the Nordic countries: a population-based comparison study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 360-367.

I evidensens utkant: exemplet Caring Dads

TEXT: HUGO STRANZ & ÅKE BERGMARK ILLUSTRATION: ARON LANDAHL



ÅKE BERGMARK

TITEL: Professor i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet.

BAKGRUND: Hans forskning handlar om socialtjänst och välfärdsfrågor.
(aakeb@socarb.su.se)

RÖRELSEN MOT EN EVIDENSBASERING av det svenska sociala arbetet har i dagsläget etablerats med betydande kraft. Aktörer som Socialstyrelsen och SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) har på olika sätt agerat för att etablera en evidensbaserad praktik (EBP), och för detta implementeringsarbete har betydande ekonomiska resurser avsatts (Bergmark m fl., 2012). Möjligheterna att uppnå en genomgripande förändring av det sociala arbetet i denna riktning är dock i allt väsentligt begränsade, sett inom en överskådlig tid. Det viktigaste skälet är att det saknas en kritisk massa av evidens. På de flesta områden saknas forskning som på ett metodologiskt acceptabelt sätt fångar effekter av enskilda program eller metoder och det som finns att tillgå är ofta genomfört i länder där förutsättningarna avviker markant från dem som gäller i Sverige. Att införa en evidensbaserad praktik innebär därför en betydande utmaning, även om man arbetar mot mer blygsamma mål än att etablera ett arbets- och tankesätt som genomsyrar verksamheten i alla led (Bergmark m fl., 2011).

Till viss del kan utmaningarna för införandet av EBP också väntas bero på de särskilda betingelser som gäller för socialtjänsten som verksamhet. Teoretiskt hänförs socialtjänsten ofta till

kategorin *människobehandlande organisationer* (t.ex. Hasenfeld, 2010), vars primära uppgift är att förmedla vård och omsorg. Detta gör att utfallet av arbetet är svårsmåttbart; graden av förutsebarhet vid sociala interventioner begränsas exempelvis av faktorer som mottagarnas individuella förutsättningar och karaktären på den relation som etableras mellan klienten och behandlaren (Bergmark m fl., 2011). Människobehandlande organisationer utmärks vidare av att tjänstemän arbetar direkt i relation till människor i behov av hjälp/stöd och att arbetet i betydande grad är regelstyrt (t.ex. Evans & Harris, 2004; Hasenfeld, 2010; Lipsky, 1980). Regelapparaten två mest centrala ben är *direktiv* och *standarder* (Brunsson & Jacobsson, 1998). På socialtjänstområdet handlar detta i det förra fallet om lagstiftning och lokalpolitiskt fastställda rutiner, medan det senare kan avse sådant som av statsmakterna initierade allmänna råd samt manualstyrda arbetsmetoder och bedömningsinstrument (Ponnert & Svensson, 2011; Stranz, 2007).

Det faktum att socialtjänstens mest centrala direktiv, socialtjänstlagen, är en ramlag, verkar dock starkt återhållande på graden av regelstyrning i det praktiska arbetet. Möjligheterna att avvika från till exempel de mått och steg som

föreskrivs i en manualbaserad intervention är därför i de flesta fall betydande. Sådana avvikelser betyder att arbetet inte bedrivs programtrofast och att utfallet av arbetet i förlängningen inte kan relateras till de utvärderingar eller systematiska uppföljningar som används för att ge programmet legitimitet (jämför Ponnert & Svensson, 2011).

EBP förutsätter dock inte bara ett programtrofast arbete, utan också att det finns evidensbaserade metoder. Då de senare är en bristvara finns det en uppenbar risk att lockelsen att kunna etikettera en metod som "evidensbaserad" många gånger är väsentligt större än beredskapen att kritiskt granska densamma. Kombinationen av det av statsmakterna initierade – och starka – yttre trycket att börja arbeta evidensbaserat tillsammans med de begränsade faktiska möjligheterna att göra detta, innebär alltså en risk för att man lockas att tänja på gränserna för vad som är EBP och använda det som beteckning på företeelser och forskningsunderlag som på avgörande punkter avviker från mer etablerade definitioner (Gambrell, 2007). Frestelsen att bidra till en sådan uttunning av begreppet är därför betydande hos ansvariga beslutsfattare inom socialtjänsten, samtidigt som det hos metodmakare och entreprenörer finns ett intresse att saluföra just sina program som "evidensbaserade"; på många kommuners hemsidor presenteras de också som sådana (Bergmark m fl., 2011).

En sådan utvidgning av evidensbegreppet har kunnat iakttas på en rad olika områden av socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2008). Någon systematisk kartläggning av var överbuden är som mest omfattande föreligger inte, men det är möjligt att föreställa sig att trycket mot en (uppvisad) evidensbaserad är störst inom områden som dels står i fokus för ett politiskt och allmänt intresse och dels utgör förhållandevis nya och oetablerade delar av socialtjänstens verksamhet. Satt i relation till socialtjänstens övriga kärnområden är arbetet med våld i nära relationer ett sådant fält (Danis, 2003; SKL, 2011). Över tid har socialtjänstens ansvar att erbjuda insatser inom detta område på olika sätt kommit att betonas alltmer; idag är socialtjänstens skyldigheter i relation till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld direkt artikulerade i socialtjänstlagen.

Medan den samlade kunskapen om våld i nära relationer är begränsad i Sverige, är området mer uppmärksammat internationellt. När det handlar om att förändra utsatta kvinnors situation visar internationella metaanalyser bland annat att stödgivande insatser som löper över

längre tid – mellan två och åtta månader – är mer framgångsrika än mer kortvariga interventioner (Ramsey m fl., 2009). Den samlade mängden interventionsstudier av mer tillförlitlig karaktär som genomförts i en svensk kontext är emellertid mycket liten (jämför t.ex. Anttila m fl., 2006) och det fåtal försök som gjorts är behäftade med så pass allvarliga metodologiska problem att några egentliga slutsatser kring effekter är svåra att dra (t.ex. Socialstyrelsen, 2011).

En jämförelsevis mer oetablerad verksamhet inom socialtjänsten, som arbetet med våld i nära relationer kan anses utgöra ett exempel på, kan således på goda grunder antas ha en mindre utvecklad kunskapsbas än traditionella områden som till exempel barn- och ungdomsvården. Även detta kan fungera gränstänjande i relation till hur evidens skall förstås. Det gäller exempelvis utrymmet att ställa krav på att en intervention är utvärderad i en relevant kontext. I förlängningen utnyttjas organisatoriskt och individuellt handlingsutrymme till att ge det givna programmet en status det egentligen inte har (jämför Evans & Harris, 2004; Lipsky, 1980). Genom att agera fritt i relation till både evidensbegreppet och programmet finns heller inga givna skäl att bedriva arbetet programtrofast, varför innehållet i en intervention kan komma att manipuleras för att passa in i en given organisatorisk kontext (jämför Ponnert & Svensson, 2011).

Med utgångspunkt i nyinstitutionell teorbildning kan avsaknad av en tydlig vetenskaplig kärna fungera som en katalysator för imiterande av organisationer som uppfattas som framgångsrika (DiMaggio & Powell, 1983). För att ge ökad legitimitet åt arbetet med våld i nära relationer kan sådana processer ta sig uttryck i att verksamheten, åtminstone delvis, inriktas mot områden där kunskapsbasen uppfattas som större. Att exempelvis rikta fokus mot *barn* som upplever och *fäder* som utövar våld – snarare än mot *kvinnor* som utsätts för och *män* som utövar våld – innebär en perspektivförskjutning från ett nytt, oetablerat område, mot den mer väletablerade verksamhetsgrenen barn- och ungdomsvård (jämför Eriksson, 2003).

Det mest centrala spåret i forskningen kring män som utövar våld avser insatser som syftar till beteendeförändring där våldsutövandet upphör eller reduceras (SKL, 2011). Insatserna sker oftast i gruppform och internationellt sker rekryteringen av programdeltagarna många gånger via domstolsbeslut (Rothman m fl., 2003). Fokus i insatserna riktas mot såväl våldsutövande män

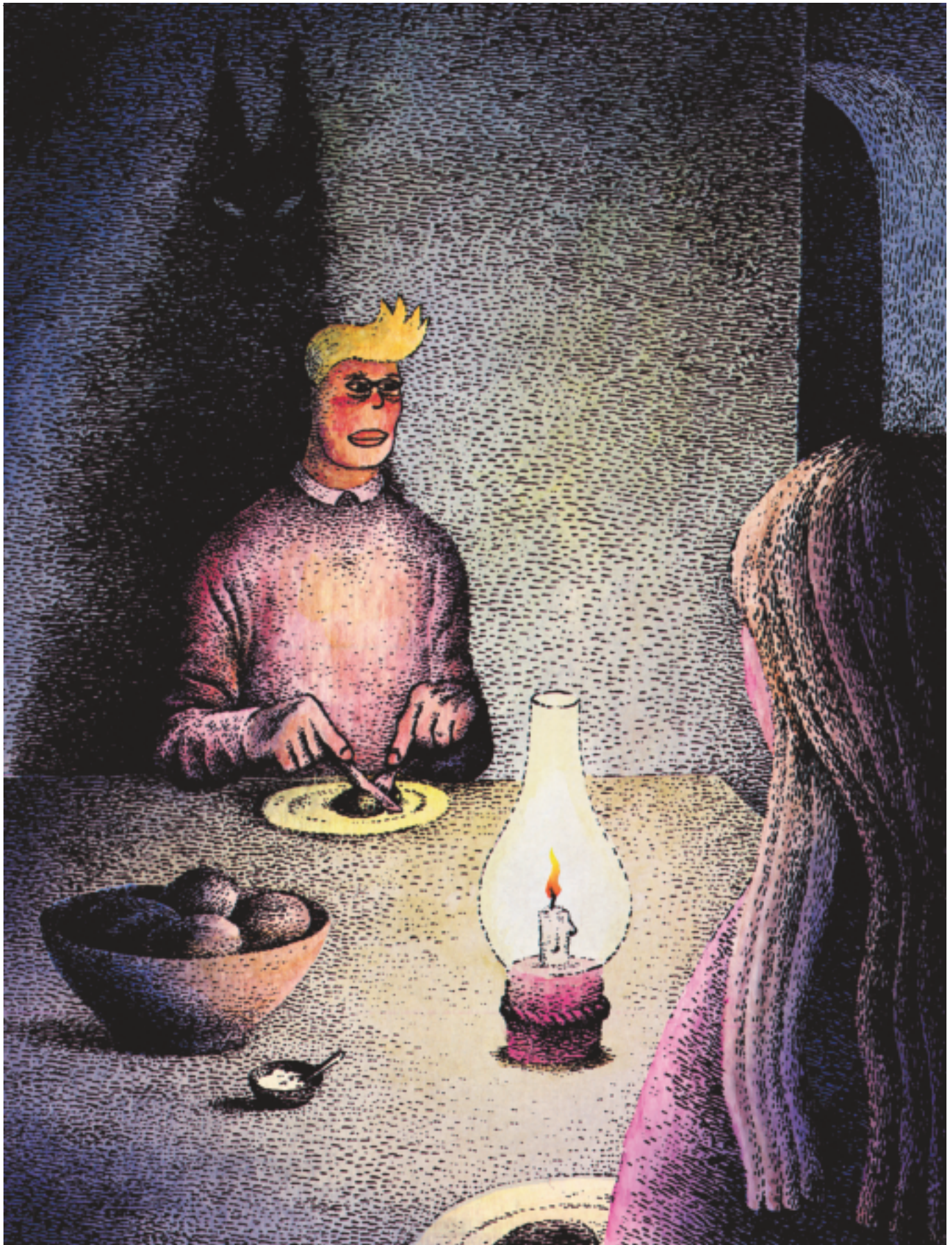


HUGO STRANZ

TITEL: Fil dr i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet.

BAKGRUND: Hans forskning behandlar olika aspekter av socialtjänstens klientrelaterade arbete.

(hugo.stranz@socarb.su.se)



generellt som mot särskilda undergrupper – inte minst fäder – bland dem (jämför Rizo m fl., 2011). I likhet med problemområdet i övrigt har behandlingsprogrammen i huvudsak både utvecklats och utvärderats i andra länder än Sverige, främst i USA.

I metastudier av insatser riktade till män som utövar våld konstateras att de metodologiska utgångspunkterna i huvuddelen av de utvärderingar som genomförts, är av en sådan karaktär att det är svårt att dra några mer generella slutsatser kring behandlingsprogrammets effekter. I de fall utvärderingarna svarar upp mot metastudernas inklusionskriterier noteras enbart blygsamma effekter (t.ex. Feder m fl., 2008; Smedslund m fl., 2007; se även Rizo m fl., 2011).

Svenska studier av socialtjänstens insatser för män (inklusive undergrupper som fäder) som utövar våld är i huvudsak kartläggande (Pihlblad, 2011; SKL, 2011) eller småskaliga lokala projekt med fokus på exempelvis (effekt)utvärdering (Grip, 2012). De senare är få till antalet och i regel designade i form av för-/eftermätningar utan kontrollgrupper (t.ex. Socialstyrelsen, 2010) alternativt med små undersökningsgrupper och kontrollgrupper vars relevans som kontrafaktisk referenspunkt kan ifrågasättas (t.ex. Bergström & Rudqvist, 2006). Även om resultaten här pekar på att de män som är föremål för insatserna upplever att de blivit hjälpta, är de iakttagna förändringarna blygsamma och inte med nödvändighet knutna till själva interventionen. Det finns heller inget som indikerar att det formella innehållet i programmen är av någon direkt betydelse för utfallet (Bergström & Rudqvist, 2006; Socialstyrelsen, 2010).

Mot bakgrund av ovanstående avser vi i den föreliggande artikeln att belysa hur strävan efter en evidensbaserad av det klientbaserade arbetet kommer till uttryck inom verksamhetsfältet våld i nära relationer. Syftet är att beskriva och analysera införandet av ett manualbaserat program i socialtjänstens arbete med våld i nära relationer och hur berörda aktörer ser på programmets kunskapsmässiga bas. Artikeln tar sin utgångspunkt i ett kvalitativt datamaterial som inhämtats inom ramen för en implementeringsstudie av det manual- och gruppbaserade behandlingsprogrammet *Caring Dads* [CD] vid ett socialkontor i Stockholmsområdet.¹ CD lanseras där som förankrat i ämnesrelevant forskning och riktas till män som utövar, har utövat, eller bedöms befinna sig i farozonen för att komma att utöva våld mot sina barn. Dess ingång till vad som

är att definiera som *utövande av våld* är förhållandevis bred: det handlar inte enbart om fysiska/psykiska handlingar riktade direkt mot barnet, utan även om sådant våld som barnens mödrar utsätts för (Crooks m fl., 2006; Scott, 2004; Scott m fl., 2004). Följande frågor behandlas:

- Hur förhåller sig socialarbetare som arbetar med våldsutövande män till den evidensbaserade praktiken i termer av innehåll och betydelse?
- Hur förhåller man sig till det manualbaserade programmet *Caring Dads* och på vilket sätt återspeglas förhållningssättet till den evidensbaserade praktiken i uppfattningarna om programmet?

CARING DADS – BAKGRUND, INNEHÅLL OCH EFFEKTER

CD omfattar totalt 17 behandlingstillfällen (2 timmar/gång) under lika många veckor (Scott, 2004). Varje session leds av en kvinnlig respektive en manlig behandlare med särskild utbildning i programmet, och tar sin utgångspunkt i *motivational interviewing* (MI) och andra kognitiva och pedagogiska behandlingstekniker (Crooks m fl., 2006; Scott, 2004). Programmet saknar mer välartikulerade effektmål, men syftar övergripande till att möjliggöra förbättringar i programdeltagarnas faderskap (jämför Scott, 2004; Scott & Crooks, 2007). Ett reducerat våldsutövande bör kunna ses som ett underförstått exempel på hur ett sådant förbättrat faderskap tar sig uttryck.

För att svara mot sitt övergripande syfte tar CD avstamp i fyra grundläggande principer, som också motsvarar separata delfaser i behandlingen: (a) väcka motivation att betrakta faderskapet med självkritik, (b) hålla fokus på barnet, (c) ansvarstagande i förhållande till våldsamt beteende samt (d) acceptans av att förtroendet till barnet är raserat och i behov av återuppbyggnad. Till detta kommer två kompletterande principer, där behandlingen också fordrar (e) arbete med, och säkerhetsplanering för, barnens mödrar och (f) samverkan mellan berörda aktörer (Scott m fl., 2004; Scott & Crooks, 2004; se även www.caringdads.org).

Utvecklingen av CD påbörjades under 2000-talets inledning, vilket gör programmet till ett av de äldsta manualbaserade programmen på området (SKL, 2011). Programmet har över åren inte bara nått viss internationell spridning, utan har också kommit att få en sådan status att det ligger till grund för utveckling av ytterligare insatser och program (t.ex. McCracken & Deave, 2012; Puddicombe & Davignon, 2013). Programmets särställning är inte helt oproblem-

1) Införandet av *Caring Dads* gjordes på projektbasis under perioden 2010–2011. I syfte att säkerställa intervjupersonernas anonymitet anges inga referenser till dokument/publikationer som producerats i projektet.

2) Ett välkänt problem i interventionsstudier är s.k. "allegiance effects", vilket innebär att programmakare som utvärderar egna program ofta tenderar att få ett utfall till förmån för programmet (Gambrill, 2011).

3) CEBC (The California Evidence-Based Clearinghouse, www.cebc4cw.org) definierar CD som *Not able to be Rated* till följd av avsaknaden av utvärderingar.

matisk: dels har CD:s behandlingstekniska bas – MI – inte kunnat beläggas med några effekter i samband med gruppbaseade interventioner (Lundahl m fl., 2010), dels saknas studier som behandlar programmets effektivitet. I dagsläget har en implementeringsutvärdering i relation till programmets målgrupp (Scott, 2004) samt två studier som fokuserar programmets utfall producerats (Scott & Crooks, 2007; Scott & Lishak, 2012). Utöver det faktum att det i samtliga fall handlar om utvärderingar genomförda av programmets upphovsmakare, är de förbundna med metodologiska problem i form av små undersökningsgrupper, avsaknad av kontrollgrupper och korta uppföljningstider.

Mot bakgrund av det begränsade underlag som finns kring CD, måste programmet i allt väsentligt betraktas som ej utvärderat.³ Bristen på utvärderingar av CD framhålls också i internationella studier (Maxwell m fl., 2012; Rizo m fl., 2011), medan detta ges mindre utrymme i informationskanaler som kan väntas nå ut till den svenska socialarbetarkåren (Pihlblad, 2011; SKL,

2011). Här förs det istället upp på listor över insatser som anses vara "beprövade eller ha evidens" (<http://www.valdmotnara.se/dusomjobbarmed-fragan/lardigmer/metoderochverktyg/stodo-chbehandling.4.55bb6dao13a53de988214c86.html>), utan att någon egentlig värdering av kunskapsunderlaget redovisas. Det senare kan ses som problematiskt av flera skäl, inte minst då svårigheterna att överföra interventioner från en nationell kontext till en annan negligeras.

Vid det socialkontor där programmet implementerades och det föreliggande datamaterialet inhämtades, beskrevs programmet på ett sätt där man inte uttryckligen hävdade att evidens förelåg men att "...programmet verkar matcha behovet av insatser för våldsutövande pappor både gällande syfte, målsättning och innehåll samt lever upp till målsättningen att sätta barns behov av skydd och säkerhet främst".

MATERIAL OCH METOD

Data har erhållits via sex semistrukturerade intervjuer med socialarbetare vid det social-



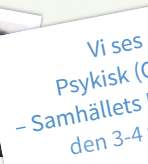

Erfarenhet och kvalitet – hela vägen!

Risingegården - ett nytt sammanhang för tonårsflickor

Risingegården tar emot flickor mellan 12 och 18 år. I vårt förhållnings-sätt ligger fokus på mentalisering och samspel. Det viktigaste är att flickans röst blir hörd under tiden hos oss. Vi arbetar bland annat med djurunderstödd behandling och genom mötet med djuren skapar vi möjlighet för flickan att också möta sig själv.

Läs mer på www.risingegarden.se

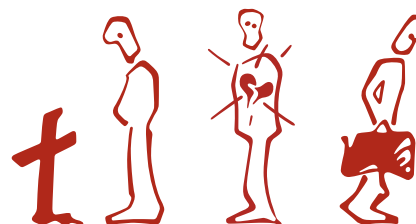




Vi ses på
Psykisk (O)hälsa
– Samhällets Barn & Unga
den 3-4 februari

S:t Marias väg 93, Finspång • 0122-210 50 • www.risingegarden.se

Vill du hjälpa människor i sorg?



Lär dig hur du möter och hjälper andra i sorg vid dödsfall, separationer och andra förluster.

Certifieringskurs - Hjälpa andra

Stockholm 22-26 feb, 25-29 april alt. 13-17 juni

Göteborg 29 feb-4 mars Malmö 7-11 mars

Falun 4-8 april Falkenberg 27 juni-3 juli

Läs mer om utbildningen på Sorg.se.

08-33 50 40
www.sorg.se



»Internationellt har svårigheterna att nå konsensus kring EBP-begreppets innehåll visat sig i en mängd olika sammanhang.«

kontor där CD implementerades under år 2010. Materialet inhämtades under hösten 2011 och vid tillfället för datainsamling arbetade samtliga intervjupersoner aktivt – praktiskt eller arbetsledande – med CD. Respondenterna rekryterades strategiskt med utgångspunkt i deras respektive funktion i programmet: två av dem fungerade som arbetsledare (varav den ena även ansvarade för programimplementeringen), ytterligare två i en rekryterande funktion och de två resterande som ledare av CD-grupper (en representant vardera från totalt två existerande gruppleddarteam). De rekryterande respondenterna arbetade i övrigt som myndighetsutövande socialsekreterare med målgruppen barn, medan gruppleddarna i övrigt var verksamma som familjebehandlare. Med undantag för gruppleddare 1, var samtliga respondenter socionomutbildade. Vidareutbildningar av relevans (med fokus mot exempelvis våld i nära relationer och/eller familjearbete) förekom på chefsnivå liksom bland gruppleddarna, men i lägre grad bland de rekryterande respondenterna. De senare hade begränsade erfarenheter av att arbeta med våld i nära relationer, medan erfarenheterna var större på chefs- och gruppleddarnivå. Samtliga respondenter beskrev sig som engagerade i arbetet med våld i nära relationer.

Intervjuerna genomfördes enskilt, med ljudupptagning, vid intervjupersonernas respektive arbetsplatser och tog omkring en timme per intervju att genomföra. Till stöd för genomförandet användes en intervjuguide som syftade till att spegla förutsättningar för implementering av CD. Inom ramen för guiden behandlades bland annat frågor om evidensbaserat socialt arbete i allmänhet och manualbaserade interventioner/program i synnerhet, men också olika aspekter vad gäller CD (innehåll och syfte, information/utbildning, etc.). Materialet har analyserats med utgångspunkt i det fokus mot evidensbaserad och programinnehåll som artikeln omfattar. Vår ambition har varit att återge citat som speglar just

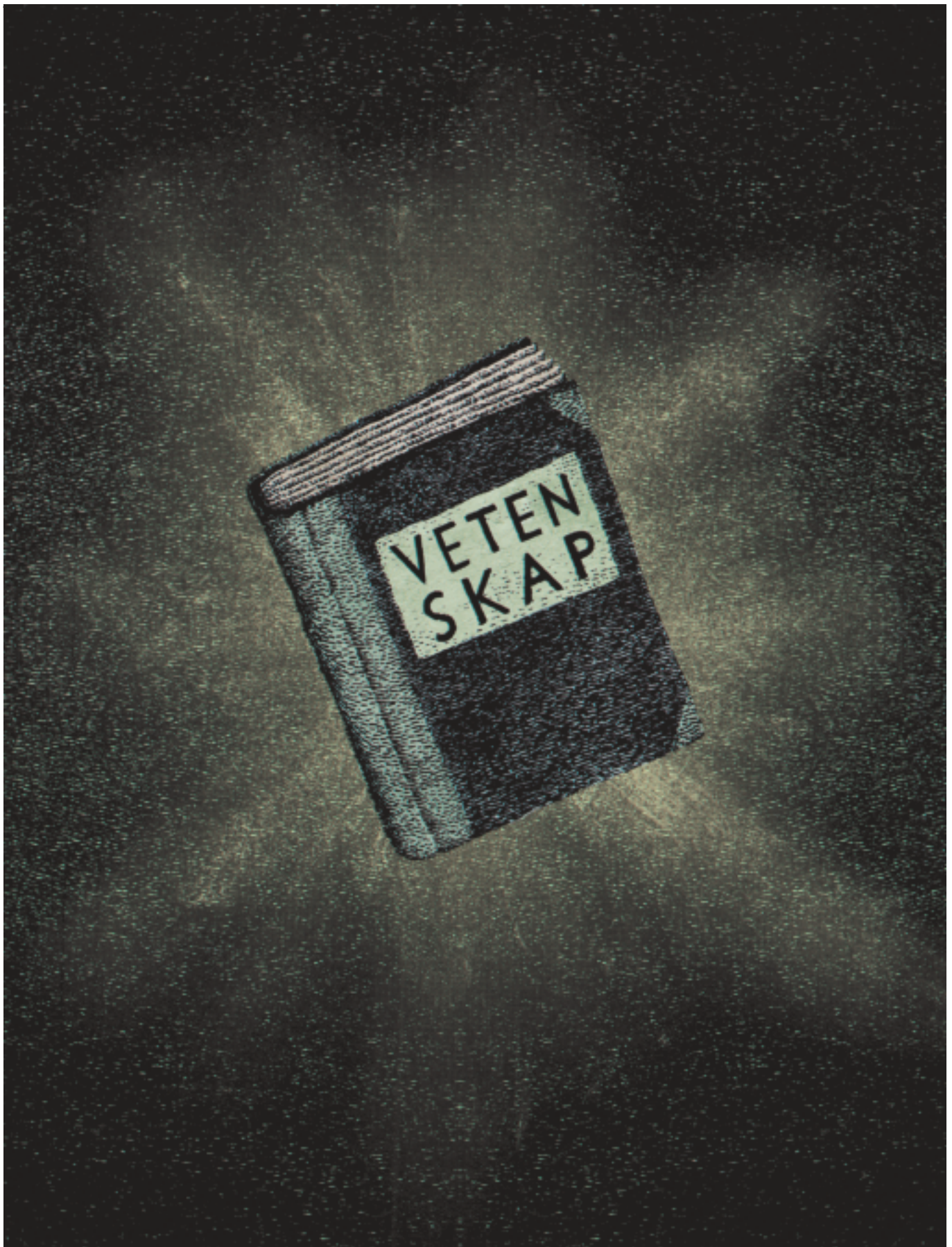
dess förhållanden, varför vi inte eftersträvat att ge samtliga respondenter lika stort utrymme i resultatredovisningen.

Intervjumaterialet innehåller ett antal begränsningar. Först och främst är antalet intervjuer relativt få, särskilt med avseende på det antal som arbetar i en rekryterande funktion. Denna arbetsuppgift var ålagd samtliga socialsekreterare med myndighetutövande arbetsuppgifter innefattande barn. De två socialsekreterare som intervjuats kan inte ses som representativa för den större arbetsgruppen. Detta problem är mindre överhängande i arbetsledar- respektive gruppleddarledet; på arbetsledarnivå motsvarar intervjupersonerna samtliga berörda parter och gruppleddarna motsvarar hälften av den totala gruppleddarstyrkan. Understrykas ska också att själva rekryteringen av respondenter gjordes i samråd med projektledaren. Det kan inte uteslutas att detta medfört de som intervjuats har en generellt sett mer positiv hållning till programmet än de som inte fått komma till tals.

RESULTAT

Om EBP

Internationellt har svårigheterna att nå konsensus kring EBP-begreppets innehåll visat sig i en mängd olika sammanhang. Variationer i hur det definieras har bland annat framkommit i användningen i empiriska studier, uppfattningar hos universitetslärare i socialt arbete (Rubin & Parrish, 2007a, 2007b) och den innebörd praktiskt verksamma socialarbetare ger det (Gray m fl., 2013). Vårt intervjumaterial vittnar om en uppenbart ambivalent hållning till EBP-begreppet även bland dem som arbetar med CD-programmet. Tveksamheten kring dess innebörd gäller oberoende av faktorer som yrkeserfarenhet, position i organisationen och utbildningsnivå. En bidragande orsak till den egna osäkerheten tycks vara det man upplever som forskarsamhällets oenighet kring EBP-begreppets innehåll och



implementeringsmöjligheter (jämför Rubin & Parrish, 2007a):

Vad är ett evidensbaserat socialt arbete [läs: egentligen]? Jag tycker att det har varit så mycket fram och tillbaks [...] den ena forskaren säger si och den andra forskaren säger så

(Gruppledare 2)

Ser man till de beskrivningar de svarande ger om innehållet i EBP, förekommer framförallt två spår. Det första handlar om själva socio-nomutbildningen – som man anser ska ha en stark vetenskaplig förankring – medan det andra tar sikte på hur *behandlingseffekter/effektutvärderingar* skall förstås. När det gäller det senare förekommer uppfattningar om att i princip varje klientrelaterad aktivitet som kan knytas till en empirisk studie tycks vara möjlig att etikettera som *evidensbaserad* (jämför t.ex. Bergmark m fl., 2011):

någonting man använder praktiskt men som [...] man har undersökt, inte någon... alltså flera gånger, behöver inte vara jättetor undersökning, men att man åtminstone har gjort det

(Rekryterare 1)

I studier av socialarbetares attityder till EBP under senare år framkommer i huvudsak en positiv hållning till företeelsen som sådan (Gray m fl., 2013; jämför även Bergmark m fl., 2011). Till de problem som ändå lyfts fram hör sådant som praktisk tillämpbarhet och relevansen i resultat från empiriska studier (Gray m fl., 2013; Knight, 2013). Respondenternas syn på EBP framstår som i huvudsak positiv: man sluter upp bakom tanken att evidensbaserade insatser är till konkret nytta för klienterna. I något fall framkommer direkta reflektioner kring avsaknaden av evidensbaserade arbetssätt, vilket kan förstås som ett uttryck för önskemål om ökat inflytande av EBP:

vi ska kunna [...] föreslå en insats som vi vet är verk-sam istället för att som det är nu, föreslå någon som vi tror och hoppas [...] ska hjälpa

(Arbetsledare 1)

I materialet förekommer också ett antal mer skeptiska resonemang kring EBP. Invändningarna ligger i linje med den skepsis bland socialarbetare som lyfts i den internationella forskningen (Gray m fl., 2013; Knight, 2013; Nelson m fl., 2006) och innefattar bland annat tankar kring kontext-

relaterad problematik som kan uppkomma då metoder som utvärderats internationellt överförs till nationella förhållanden. Vissa respondenter uttrycker också tveksamhet kring graden av tillämpbarhet hos manualbaserade interventioner i relation till vissa klientgrupper, och tveksamhet utifrån vad man uppfattar som avsaknad av flexibilitet vid tillämpning av samma typer av metoder. Andra tycks också hysa en oro för att ett EBP-baserat arbetssätt sätter den terapeutiska relationen mellan socialarbetare och klient på undantag.

Caring what?

Den osäkerhet som präglar uppfattningarna om EBP-begreppet återspeglas också i form av variationer i synen på CD-programmet. En bidragande orsak till detta är att programmet saknar tydliga effektmål; vad det *förbättrade faderskap* som utgör programmets paroll rent konkret består i, tycks höljt i dunkel. Program-mets upphovsmakare framhåller att behandling-en syftar till att reducera förekomsten av en rad negativa beteenden, exempelvis grad av allmän ilska och överreaktiva/fientliga föräldrastrategier (Scott & Lishak, 2012), men användbara preciseringar av hur detta ska förstås saknas. Tolkningarna överlämnas till dem som praktiskt arbetar med det.

Delar av de variationer som framkommer i intervjumaterialet sammanhänger med var i organisationen man befinner sig. De respondenter som arbetar som gruppledare framhåller att programmet primärt syftar till att begränsa användningen av fysiskt och/eller psykiskt våld. Respondenterna som arbetar som arbetsledare alternativt som rekryterare ger en något bredare definition av de beteenden som ska förändras. Tonvikt läggs bland annat vid relationer inom familjen och förstärkt ansvarstagande, samtidigt som förekomsten av våld inte utgör någon med nödvändighet central tematik:

inte krav att det är fysiskt våld, det kan vara relationskonflikter också [...] man ska inte ha så mycket fokus på våldet, utan mer att det är [...] konflikter mellan de vuxna som har påverkat barnets [...] situation

(Arbetsledare 1)

att man hittar andra sätt att uppfostra sina barn [...] hur man ska förhålla sig och [...] vad man har för ansvar som pappa

(Rekryterare 2)

Sammantaget framstår det som om de arbetsledande liksom de rekryterande respondenterna ser sig arbeta mot en bredare målgrupp än vad gruppledarna anser sig göra. Här kan anas en källa till konflikt där rekryterarnas syn på målgruppen skulle kunna ha medfört överremittering och en situation där gruppledarna ansett sig föranledda att neka klienter plats i programmet. Ur de senares perspektiv har detta dock inte varit fallet – här beskrivs istället ett arbete som gått trögt, med ett relativt lågt inflöde av klienter.

För gruppledarna medför det begränsade klientinflödet problem att utföra CD som avsett. Av intervjumaterialet framgår att ett lågt klientinflöde kommit att bidra till att programmet också genomförts i form av individuell behandling. Detta avviker inte bara från den grund CD designats utifrån, utan också från den avsedda implementeringen vid socialkontoret.

Variationerna i synen på programmet slår också igenom vad gäller uppfattningarna om dess status som evidensbaserad insats. Där rekryte-

rarna och en av gruppledarna på den raka frågan om CD är att betrakta som evidensbaserad insats kortfattat fastslår detta med ett ”ja” (rekryterare 1) respektive ”det är det” (gruppledare 1), trycker arbetsledarna framför allt på yttre, potentiellt legitimitetsskapande faktorer. Man framhåller exempelvis att programmet är utvecklat mot bakgrund av tidigare forskning, att det är utvärderat i ursprungslandet och att det nått spridning till andra länder. Bland personalen förekommer också helt motsatta uppfattningar om programets status:

Är det [läs: evidensbaserat]...? Nej, det är det väl inte ännu, egentligen. Det tycker jag inte
(Gruppledare 2)

Den tveksamme gruppledaren framhåller i synnerhet två skäl till att CD inte är att betrakta som evidensbaserat: för det första har man vid socialkontoret ännu inte hunnit arbeta med programmet under någon längre tid och för det



Boenden utan vinstsyfte för ensamkommande flyktingbarn– finns det?

Vi har drivit boenden för ensamkommande flyktingbarn i tio år, och är den största aktören i Stockholms län. Vi står för **kunskap**, **erfarenhet** och **stabilitet** i en bransch som alltmer präglas av nystartade, privata aktörer med vinstintresse.

AB VårLjus är ett kommunägt bolag. För oss är kvaliteten det viktigaste. Syftet är inte att gå med vinst utan allt överskott går till att utveckla verksamheterna samt tillbaka till kommunerna.

Vi söker folk!

Vill du göra skillnad? Välkommen till VårLjus! Som medarbetare hos oss utför du ett oerhört viktigt arbete med ungdomar som har kommit ensamma till Sverige. Vi erbjuder våra medarbetare fortbildning, utveckling och trygga anställningar. Läs mer på www.varljus.se.

»Allt lösare konturer gör det möjligt att med begränsade resurser utveckla och saluföra 'evidensbaserade' program och interventioner.«

andra saknas tydliga effektmål. Det förra kan få till följd att man ännu inte har hunnit etablera en samsyn kring innehåll och målgrupper. En konsekvens av detta är en risk för att representanter från olika delar av förvaltningen försöker styra programmet i olika riktningar (jämför Ponnert & Svensson, 2011), en annan att det begränsar möjligheterna att utvärdera programmets effekter.

Noterbart är att trots variationerna i synen på programmets innehåll, svårigheter i rekryteringen av klienter och frånvaron av samsyn kring programmets vetenskapliga kvalitet, är respondenterna överens om att CD är en bra insats, som bör permanentas i verksamheten.

DISKUSSION

I artikeln har vi dels behandlat frågan om hur socialarbetare som arbetar med våldsutövande män ser på den evidensbaserade praktiken och hur denna syn materialiseras i uppfattningarna om det manualbaserade programmet *Caring Dads* [CD]. Av resultaten framgår att respondenterna överlag är positivt inställda till EBP. Man ser det som en garant för att tillhandahålla insatser man vet är verksamma snarare än sådana man hoppas ska vara det. Resultaten reser samtidigt frågan om *vad* man rent faktiskt är positivt inställd till; respondenterna uppvisar själva en betydande osäkerhet kring begreppets innebörd, samtidigt som det förekommer resonemang som tar sikte på att forskarsamhället förmedlar en otydlig bild avseende begreppets innehåll.

Ett annat uttryck för denna osäkerhet är också att respondenternas uppfattningar om CD:s egentliga innehåll och vetenskapliga underbyggnad varierar. Osäkerheten avseende programmet status som evidensbaserad intervention är egentligen inte överraskande mot bakgrund av

att sådant empiriskt stöd saknas. Samtidigt kan man av den information som finns att tillgå om programmet lätt få uppfattningen att det finns säkra belagda effekter, exempelvis understryks att det tar sin utgångspunkt i ämnesrelevant forskning och att arbetssättet inspirerats av MI. Vissa av de empiriska avrapporteringar som finns kring programmet knyts också upp kring begrepp (*evaluation, intervention, statistically and significant changes*, etc.) liksom metoder (t.ex. att förändringar i undersökningsgrupper mätts med stöd av validerade bedömningsinstrument) som fyller en central funktion inom EBP-rörelsen (se t.ex. Scott & Crooks, 2007; Scott & Lishak, 2012).

Trots en varierande syn inte bara på CD, utan också på graden av framgång i rekryteringen till programmet, är respondenterna överens om att det bör bibehållas i verksamheten. Det sistnämnda är också den formella hållningen hos förvaltningsföreträdare vid socialkontoret, som i tillgängliga presentationsmaterial för CD bland annat framhåller att det är "utvärderat om än begränsat". Detta presenteras emellertid inte som en av programmets mer slående *brister*, utan – tillsammans med omdömen som "lätt att använda" och "hög relevans för problematiken" – som en av dess *styrkor*.

Att avfärda ståndpunkterna som ett resultat av okunnighet eller brist på intresse för att bedriva ett socialt arbete av god kvalitet är varken rättvist eller rimligt. Som framgått är respondenternas intresse för och – framför allt på den behandlande sidan – erfarenheter av att arbeta med våld i nära relationer relativt stort. Förklaringarna bör istället sökas på annat håll: i vissa avseenden tycks CD först och främst ha mer gemensamt med delar av socialtjänstens mer formella regelverk, som förutsätter individuella uttolkningar, än med

sådana standarder som manualbaserade program kan hänföras till (Stranz, 2007). Detta kan – med avseende på konsistens – ses som negativt, då individuellt tolkningsutrymme ofrånkomligen kommer att leda till att definitionerna av programinnehåll, målgrupper och syften kommer att variera (Ponnert & Svensson, 2011; jämför Evans & Harris, 2004; Lipsky, 1980).

Vidare är CD avsett för ett problemområde där socialtjänstens erfarenheter är begränsade och där tillgången på relevant forskning är knapphändig. Att, i enlighet med arbetsledarnas resonemang, hänvisa till mätbarhet och transparens gör att programmet kan få funktionen av legitimitetsskapande åtgärd visavi de yttre kraven på att bedriva ett evidensbaserat arbete (jämför Bergmark m fl., 2011; Gambrell, 2007). Att EBP reduceras till ett konkret programnamn, en handfull välmenande kärnbegrepp och ett par vetenskapliga publikationer vars kvalitet har tagits för given är på många sätt problematiskt. Utöver att förhållningssättet kan medföra missriktade och verkningslösa insatser för personer som utövar eller är föremål för våld i nära relationer, föreligger också en risk att EBP-begreppet tunnas ut. Det sistnämnda innebär konsekvenser som når utöver det aktuella problemområdet. Ett EBP-begrepp med allt lösare konturer gör det möjligt att med ganska begränsade resurser utveckla och saluföra ”evidensbaserade” program och interventioner – med tillhörande utbildningar och licenser – i relation till det sociala arbetets olika målgrupper. Rörelsen mot en evidensbaserad praktik riskerar därmed att bli en (kostsam) färd mot insatser av alltmer oklart värde, snarare än en väg att utveckla verkningsfulla metoder i det praktiska arbetet med socialt utsatta individer. ●

Referenser

- Anttila, S. m fl. (2006). *Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen, IMS.
- Bergmark, A. m fl. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bergmark, A. m fl. (2012). The mismatch between the map and the terrain – evidence based social work in Sweden, *European Journal of Social Work*, 15, 598–609.
- Bergström, L. & Rudqvist, M. (2006). *Mansfrid. En utvärdering av behandling för män som dömts för våld i nära relationer*. Karlstad: Karlstads universitet.
- Brunsson, N. & Jacobsson, B. (1998). *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Crooks, C.V. m fl. (2006). Eliciting Change in Maltreating Fathers: Goals, Processes, and Desired Outcomes, *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(1), 71–81.
- Danis, F. (2003) Social work response to domestic violence – Encouraging news from a new look, *Affilia*, 18(2), 177–191.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Eriksson, M. (2003). *Iskuggan av pappa. Familjerätten och hanteringen av faders våld*. Stehag: Förlags AB Gondolin.
- Evans, T. & Harris, J. (2004). Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work*, 6(34), 871–895.
- Feder, L. m fl. (2008). *Court-Mandated Interventions for Individuals Convicted of Domestic Violence* (Campbell Systematic Reviews 2008:12) (www.campbellcollaboration.org).
- Gambrell, E. (2007). Views of Evidence-Based Practice: Social Workers' Code of Ethics and Accreditation Standards as Guides for Choice, *Journal of Social Work Education*, 43(3), 447–462.
- Gambrell, E. (2011). Evidence based practice and the ethics of discretion, *Journal of Social Work*, 11, 26–48.
- Gray, M. m fl. (2013). What Supports and Impedes Evidence-Based Practice Implementation? A Survey of Australian Social Workers, *British Journal of Social Work* (2013), 1–18, doi: 10.1093/bjsw/bct123.
- Grip, K. (2012). *Den kvantitativa utvärderingen av Utväg Mäns pappagrupsprojekt "Större, starkare, klokare och snäll"*. ([http://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/E20F3484E9B-F46EAC1257AF6003C8D77/\\$File/17D_Bilaga_3_Kvantitativ_utvardering.pdf?OpenElement](http://www5.goteborg.se/prod/Intraservice/Namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/E20F3484E9B-F46EAC1257AF6003C8D77/$File/17D_Bilaga_3_Kvantitativ_utvardering.pdf?OpenElement))
- Hasenfeld, Y. (2010). *Human Services as Complex Organizations*. Newbury Park: Sage.
- Knight, C. (2013). Social Workers' Attitudes Towards Peer-Reviewed Literature: The Evidence Base, *Journal of Teaching in Social Work*, 33(2), 177–195.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage.
- Lundahl, B.W. m fl. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies, *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160.
- Maxwell, N. m fl. (2012). Engaging fathers in child welfare services: a narrative review of recent research evidence, *Child & Family Social Work*, 17(2), 160–169.
- McCracken, K. & Deave, T. (2012). *Evaluation of the Caring Dads Cymru Programme*. Bristol: University of the West of England.

- Nelson, T.D. m fl. (2006). Practitioner Attitudes Toward Evidence-based Practice: Themes and Challenges, *Administrative Policy in Mental Health and Mental Health Service Research*, 33, 398-409.
- Pihlblad, M. (2011). *Kartläggning över insatser för män som utövar våld mot kvinnor. Ett kunskapsunderlag för framtida utvecklingsarbete*. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Ponnert, L. & Svensson, K. (2011). När förpackade idéer möter organisatoriska villkor, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 18(3), 168-185.
- Puddicombe, J. & Davignon, K. (2013). Dads' Connection Program. Program Evaluation Results (2007-2013). Aisling Discoveries Child and Family Centre. (http://www.aislingdiscoveries.on.ca/files/Dads%20Connection_o.pdf).
- Ramsay, J. m fl. (2009). *Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse* (Campbell Systematic Reviews 2009:5). (www.campbellcollaboration.org).
- Rizo, C.F. m fl. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with child focus or child component, *Aggression and Violent Behaviour*, 16(2), 144-166.
- Rothman, E.F. m fl. (2003). *Intervening with perpetrators of intimate partner violence: A global perspective*. Genève: WHO.
- Rubin, A. & Parrish, D. (2007a). Problematic Phrases in the Conclusions of Published Outcome Studies: Implications for Evidence-Based Practice, *Research on Social Work Practice*, 17(3), 334-347.
- Rubin, A. & Parrish, D. (2007b). Views of Evidence-Based Practice Among Faculty in Master of Social Work Programs: A National Survey, *Research on Social Work Practice*, 17(1), 110-122.
- Scott, K.L. (2004). *Pilot Implementation of the Caring Dad's Program*. London, Ontario: Centre for Research on Violence Against Women and Children.
- Scott, K.L. m fl. (2004). *Caring Dads: Helping fathers value their children*. Presentation for Society for Prevention Research, May 2004.
- Scott, K.L. & Crooks, C.V. (2006). Intervention for Abusive Fathers: Promising Practices in Court and Community Responses, *Juvenile and Family Court Journal*, 57(3), 29-44.
- Scott, K.L. & Crooks, C.V. (2007). Preliminary Evaluation of an Intervention Program for Maltreating Fathers, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(3), 224-238.
- Scott, K. & Lishak, V. (2012). Intervention for maltreating fathers: Statistically and clinically significant change, *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 680-684.
- SKL [Sveriges Kommuner och Landsting] (2011). *Väldsförebyggande arbete med män. En kunskapsöversikt*. Stockholm: SKL.
- Smedslund, G. m fl. (2007). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner (Review). The Cochrane Library 2011, Issue 2. (www.thecochranelibrary.com).
- Socialstyrelsen (2008). *På väg mot en evidensbaserad praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Utvärdering av socialtjänstens och ideella kvinnojourers insatser för våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stranz, H. (2007). *Utrymme för variation – om prövning av socialbidrag* (diss.). Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.

VUXNA & PSYKISK HÄLSA

13-14 APRIL 2016 | 7A ODENPLAN | STOCKHOLM

VUXNA OCH PSYKISK HÄLSA

Psykisk ohälsa hos den vuxna befolkningen upplevs som ett allt större, växande samhällsproblem. Vad kan vi som arbetar med vuxnas psykiska hälsa göra för att förebygga och möta denna utveckling?

ETT AXPLOCK UR PROGRAMMET:

Likheter och skillnader mellan psykopati och narcissistisk personlighetsstörning

Helena Bingham, leg psykolog

Kroppslig sjukdom vid psykosjukdom – förekomst och handläggning

Åsa Lindh, överläkare, specialist i psykiatri

Utsatt för tortyr: Att möta och rehabilitera traumatiserade flyktingar

Ulf Gustavsson, verksamhetschef, psykolog, Röda Korsets Behandlingscenter

Nationella riktlinjer vid samsjuklighet – beroende – psykisk sjukdom

Agneta Öjehagen, professor, socionom, leg psykoterapeut

Kan vi acceptera människor i kris, eller måste de sjukförklaras?

Carina Hellström, läkare, spec psykiatri, leg psykoterapeut

Antisocialt beteende och autism

Björn Hofvander, leg psykolog, PhD

Psykisk ohälsa och våldsbrott – inget okomplicerat samband

Märta Wallinius, leg psykolog, med dr

Personer med psykos och missbruk – kliniska frågeställningar och utmaningar

Jonas Stålheim, leg psykolog och doktorand, Linneteamet, Beroendekliniken GBG

Deltagaravgift: 2 695:- inkl för-/eftermiddagskaffe och lunch. Priset är exklusive moms.

Program och mer information: vuxnaochpsykiskhalsa.se

Anmälans och information: Telefon 08-23 73 10 eller e-post info@expomedica.se

Arrangör:

EXPO MEDICA

Mediapartner:

SSIL
FOR VÅRD & OMSÖRG

HELA PROGRAMMET PÅ VUXNAOCHPSYKISKHALSA.SE

Nytt från fält och forskning

Visste du att det i år är 100 år sedan Sveriges första alkoholistlag trädde i kraft? Läs också om varför problem kan uppstå vid upphandling av offentligt finansierade tjänster till hemlösa, och vad som krävs av socialarbetarna i hanteringen av flyktingarna.

TEXT: HANS SWÄRD

Socionomen och författaren Susanna Alakoski utsågs till filosofie hedersdoktor vid Fakulteten för hälsa och samhälle, vid Malmö högskola i oktober 2015. Alakoski hedras för sitt författarskap som har skapat en djup förståelse för människans utsatthet, något som vetenskapen kan ha svårt att förmedla.

Alakoski studerade till socionom i början av 1980-talet och arbetade därefter bland annat som socialarbetare. I en intervju i samband med promoveringen säger hon att utmärkelsen är ett erkännande som knyter samman hennes yrkesliv som socialarbetare och skönlitterär författare.

Alakoski debuterade skönlitterärt med *Svinalängorna* år 2006. Romanen belönades med Augustpriset och boken blev film 2010. År 2010 kom romanen *Håpas du trifs bra i Fängelset*. Dagbokssesän *Oktober i fattigsverige* kom 2012 och 2015 utkom *April i anhörigsverige*. Alakoski har också varit redaktör för en rad antologier och skrivit flera barnböcker, krönikor och framträtt som flitig föreläsare.

Dagbokssesäerna hänvisar ofta till forskningsresultat och Alakoski har ett samarbete med forskare i socialt arbete. Inte bara tidskriften *Socionomen* utan också forskarsamhället och socionomkollektivet har all anledning att vara stolta över en mycket aktad och framgångsrik kollega.

HEMLÖSHETSFRÅGAN HAR KOMMIT i ramp-ljuset under hösten. Även om det inte gjorts

någon nationell hemlöshetskartläggning sedan 2011 tyder allt på att hemlöshetstalen ökar till följd av den besvärliga bostadsmarknaden. Siffrorna från Malmö kommun, som gör sina årliga kartläggningar den 1 oktober, visade att hemlösheten hade ökat sedan förra året och att barn som befann sig i hemlöshet hade ökat från 467 till 675. Sedan 2011 har också nya grupper av fattiga EU-medborgare utan ordnat boende tillkommit.

Efter att svenska kommuner näst intill avskaffade sina härbärgen under 1970- och i början av 1980-talet har vi sedan 1990-talet sett en återuppbyggnad. Det har också blivit vanligt i dag i Europa att man handlar upp tjänster till hemlösa. Upphandlingen kan gälla allt från soppkök, värmestugor, härbärgen och socialt stöd.

Det har börjat komma forskningsresultat om problem som kan uppstå vid upphandlingen av offentligt finansierade tjänster till hemlösa. En jämförande studie som utförts mellan Norge och Frankrike av Evelyn Dyb och Marie Loison (Impact of Service Procurement and Competition on Quality and Standards in Homeless Service Provision) pekar till exempel på detta.

Framför allt i Frankrike finns det mycket olika uppfattningar om lämpligheten av att konkurrensutsätta och kommersialisera tjänster för mycket utsatta. Frivilligorganisationer har historiskt konkurrerat om donationer eller bidrag för arbetet med de utsatta. Situationen skärps när samhället

upphandlar tjänster och begär in anbud och organisationerna måste pressa sina kostnader för att komma ifråga som utförare.

Frivilligsektorn som tvingas in i ett offentligt upphandlingsförfarande riskerar därigenom att bli nära allierad med kommuner och myndigheter. Den kan mista sin roll som väckarklocka eller pådrivare, eftersom den själv blir en del av systemet. Det kan också innebära spänningar och rivalitet mellan olika leverantörer och ett minskat samarbete inom hemlöshetsfältet. Upphandlingarna leder till en fragmentisering när kommunerna upphandlar enskilda insatser som tillfälligt boende, socialt stöd och olika behandlingsinsatser utan att ta hänsyn till helheten och samordningen av hela åtgärdssystemet som behöver byggas upp runt enskilda hemlösa. Kortsiktiga projekt och korta bindningstider skapar bristande kontinuitet och långsiktighet, vilket innebär en de-professionalisering av arbetet.

Enligt ett EU-direktiv ska öppenhet och likabehandling av dem som lämnar anbud ingå i upphandlingsprocessen. Dessutom ska kostnader, kvalitet och brukarnöjdhet prövas. I praktiken är det emellertid svårt att mäta kvalitet i lågtröskelverksamheter. Härbärgenas negativa effekter är väldokumenterade av forskningen och försvårar människors inträde på bostadsmarknaden. Ambitionen är att härbärgesboende ska vara kortsiktigt, men all erfarenhet visar att det är svårt att slussa människor vidare. Många

fastnar i systemet och blir permanent hemlösa. Härbärgesmiljöerna är droginviderande och människor med missbruksproblem har svårt att hålla sig drogfria.

Att upphandlarna ska ta hänsyn till anbudens kostnader gör att man inte alltid gör brukarutvärderingar eller tittar på klientnöjdheten eller ställer sig frågan om offentliga medel används på ett rimligt sätt.

DE STORA FLYKTINGSTRÖMMARNA under senare tid och de öppnade gränserna i Europa med en ökad globalisering som har gjort att socialarbetarkåren ställs inför nya utmaningar. Bland annat krävs det en större internationell orientering och en mångkulturell kompetens. Även ett lokalt socialt arbete kräver både en förståelse för de globala sammanhangen och dess mekanismer och kunskaper om mångfald, olikhet och diversitet. Det sociala arbetet kan i många fall inte stanna vid nationsgränsen utan man måste dra erfarenheter av transnationella kunskaper för arbetet med integrationsfrågor vad gäller flyktingar och migranter. Miljöhoten och en diskussion om ändliga naturresurser och social utveckling kräver också ett grönt socialt arbete. Landets socialarbetarutbildningar har ett stort ansvar att förmedla sådan kunskap till studenterna. I den nya upplagan av *Socialt arbete – en grundbok* (Meeuwisse et al 2016) tas de här frågorna upp.

I ÅR 2016 är det 100 år sedan Sveriges första alkoholistlag trädde i kraft. Riksdagen beslutade om lagen redan 1913 som bland annat stadgade att missbrukare som terroriserade familjen eller låg samhället till last kunde omhändertas. Tvångsvården för missbrukare legitimerades vid denna tid framförallt av att samhället behövde skydd och för att folket inte skulle urarta genom missbruk.

Men eftersom tvånget krävde att man hade någonstans att placera de omhändertagna måste man först bygga en ny anstalt eftersom det var svårt att finna lämpliga lokaler. Staten valde då egendomen Vennengarn med ett barockslott norr om Sigtuna som varit i statens ägo och stod oanvänt. En ny byggnad uppfördes i anslutning till slottet, men också en del mindre byggnader. Anläggningen invigdes augusti 1916 och



Susanna Alakoski – utsedd till filosofie hedersdoktor.
Foto: Elisabeth Ohlson Wallin

fick namnet Statens centrala anstalt för alkoholsjuka.

Ett helt samhälle i samhället med klart feodala drag byggdes upp runt alkoholistvården på Vennengarn. De intagna fick arbeta i jordbruket för att återhämta sig. Återfallen i missbruk var höga.

Anstalten drevs av staten fram till 1982 då nya socialtjänstlagen trädde i kraft och kommunerna skulle ta hand om missbruksvården. Anstalten såldes 1983 till Lewi Pethrus stiftelse som fortsatte med missbruksvård för familjer. Stiftelsen tvingades av ekonomiska problem att försätta sig i konkurs 1987. Därefter följde en mörk histo-

ria då anstalten och slottet gradvis förföll under olika ägare. Under senare år har en lokal entreprenör återställt och rustat upp Vennengarn till en modern konferensanläggning. För dem som vill läsa om den svenska tvångsvården för alkoholmissbrukare rekommenderas Johan Edmans avhandling *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940–1981*. (Almqvist & Wiksell International 2004). Också Jenny Björkmans doktorsavhandling *Vård för samhällets bästa. Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970* (Carlssons 2001) ger en bild av hur man sett på tvångsvård genom tiderna. ●

Författaranvisningar och bedömningssystem

Socionomens forskningssupplement tar emot vetenskapliga artiklar av följande slag: *Originalartiklar* där forskningsresultat från empiriska studier presenteras för första gången. *Översiktsartiklar* (review articles) eller meta-analyser som är kritiska belysningar eller utvärderingar av studier som redan har blivit publicerade. *Teoretiska artiklar* där författaren utifrån existerande forskning söker utveckla teorier eller diskutera generella metodologiska problem. Manuskript skickas per e-post till: Hans.Sward@soch.lu.se.

Artiklarna skall inte vara längre än 5000 ord (35 000 tecken inklusive blanksteg eller 15 sidor med dubbelt radavstånd) inklusive noter, referenser m.m.

För att få en enhetlig form på de vetenskapliga originalartiklarna vill vi att nyinsända artiklar följer en bestämd mall som innehåller följande punkter. I ett inledande *Abstract* ges en mycket kort sammanfattning av artikeln med syfte, metod, resultat och slutsatser. Ange gärna några ämnes- eller nyckelord som identifierar artikelns innehåll. I *Introduktion* ges en allmän bakgrundsbeskrivning samt syfte, frågeställningar, avgränsningar och teoretiska utgångspunkter. *Metod och material* bör utformas på ett sådant sätt att andra forskare kan bedöma tillförlitlighet och trovärdigheten av resultaten samt i möjligaste mån kunna upprepa studien. Under *Resultat* redovisas forskningsresultaten tillsammans med eventuella tabeller och diagram. *Diskussion/slutsatser* kan innehålla en diskussion om hur resultaten skall värderas, hur de förhåller sig till tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter och om det behöver göras några speciella metodologiska överväganden. Till slut skall

också artikeln innehålla en lista över *Referenser* som har åberopats i framställningen.

Bedömningsproceduren följer de internationella regler som gäller för vetenskapliga tidskrifter inom det samhällsvetenskapliga området. Bedömningarna sker av externa granskare som är experter inom sitt ämnesområde. Dessa vet inte vem som har skrivit artiklarna och författarna får inte heller reda på vem som gjort bedömningarna. Granskarna bedömer om de inskickade artiklarna kan antas för publicering direkt, om de kräver smärre revideringar av författarna, om de kräver större förändringar och en ny bedömning eller om de är oacceptabla för publicering.

Följande kriterier används i bedömningarna: vetenskaplig relevans, förtrogenhet med forskningen inom området, använd vetenskaplig metod, språklig och annan presentationsform, presentation av tabeller och figurer, längden på artikeln och dess originalitet. Dessutom lämnar bedömarna råd till redaktören. Varje artikel bedöms av minst två bedömare.

Alla tidskrifter som arbetar med ett peer reviews-system måste avstå från att publicera ett antal artiklar. Det gäller också för de artiklar jag låtit bedöma för detta nummer. Kritik mot en artikel skall inte ses som en nackdel, utan snarare som en fördel både för tidskrift, läsare och författare. Författarna har i många fall möjligheter att arbeta vidare med en artikel som inte kan antas och har möjligheter att förbättra den med hjälp av bedömarnas råd. Det är mer prestigefullt att publicera sig i tidskrifter som tillämpar ett strikt bedömningssystem vilket gör att de kommer att dra till sig artiklar av de mest framstående forskarna inom området, vilket i sin tur kommer läsekretsen till del.