

Philosophical Communications, Web Series 62

ISSN 1652–0459

*Delat beslutsfattande och evidensbaserad
praktik inom socialtjänsten*

mål, begrepp och etik för utformning och implementering



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
PHILOSOPHY, LINGUISTICS & THEORY OF SCIENCE

Delat beslutsfattande och evidensbaserad praktik inom socialtjänsten

mål, begrepp och etik för utformning och implementering

Christian Munthe

*Professor i praktisk filosofi, Institutionen för filosofi,
lingvistik och vetenskapsteori Göteborgs universitet*

Pia Nykänen

*Universitetslektor, Institutionen för pedagogik,
kommunikation och lärande, Göteborgs universitet*

Lars Sandman

*Professor i vårdetik, Högskolan Borås och Linköpings
universitet*

Philosophical Communications, Web Series 62 (2015)

ISSN 1652–0459



UNIVERSITY OF GOTHENBURG
PHILOSOPHY, LINGUISTICS & THEORY OF SCIENCE



**INSTITUTIONEN FÖR FILOSOFI,
LINGVISTIK OCH VETENSKAPSTEORI**

DELAT BESLUTSFATTANDE OCH EVIDENSBASERAD PRAKTIK INOM SOCIALTJÄNSTEN

mål, begrepp och etik för utformning och implementering

Christian Munthe
Pia Nykänen
Lars Sandman

Rapport beställd av Socialstyrelsens avdelning för kunskapsstyrning, 2014

Förord

Denna rapport är ett resultat av en utredning beställd av Socialstyrelsens avdelning för kunskapsstyrning till Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori. Verksamma i arbetet med denna utredning var Christian Munthe (professor i praktisk filosofi vid denna institution), Pia Nykänen (universitetslektor, Institutionen för pedagogik, kommunikation och lärande, Göteborgs universitet) och Lars Sandman (professor i vårdetik vid Högskolan Borås samt Prioriteringscentrum, Linköpings universitet).

Större delen av arbetet som redovisas genomfördes med ekonomiskt stöd av Socialstyrelsen, oktober 2014 till mars 2015. Kompletterande finansiering i arbetet har tillkommit via det FORTE-finansierade programmet *Etiska hinder för person-centrerad vård* (projekt nr. 2014-4024) samt projektet *Patterns of Responsibility in Change*, finansierat av nederländska forskningsrådet, NWO.

En preliminär slutrapport presenterades vid ett seminarium vid Socialstyrelsen i Stockholm den 29 maj, 2015, och vi är tacksamma för de kommentarer som där framfördes.

Vi är också tacksamma för de kommentarer och det stöd i arbetet som vi fått från Knut Sundell, tidigare socialråd vid Enheten för kunskapsstyrning, Socialstyrelsen och numera sakkunnig för området socialtjänst inom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.

Innehållet i rapporten är självfallet helt och hållet författarnas eget ansvar.

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Uppdragets bakgrund	3
1.2 Rapportens syfte preciserat	4
2. Delat beslutsfattande – vad och varför?	5
2.1 Olika grundmodeller för DBF	5
2.2 Grundtankar om DBF inom socialtjänstens områden	7
2.3 Rapportens vidare organisation	9
3. Värden i vården respektive socialtjänsten	11
3.1 Vårdens värden och hänsyn	11
3.2 Socialtjänstens värden och hänsyn	14
4. Likheter och skillnader i synen på verksamhetens värden och DBF	18
4.1 Synen på autonomi	18
4.2 Utrymme för personens subjektiva perspektiv på behov och nytta	19
4.3 Individ- och grupp-hänsyn	22
4.4 Synen på ansvar	23
4.5 En modell för hänsynstaganden i DBF inom socialtjänsten	23
4.5.1 Äldre och funktionshindrade	24
4.5.2 Barn och unga	25
4.5.3 Missbruk	26
4.5.4 Försörjningsstöd	26
4.5.5 Vardagsärenden	27
4.6 Exemplifierande fall från socialtjänsten	28
4.6.1 Fall 1: Misstanke om att barn far illa	28
4.6.2 Fall 2: Misstanke om allvarlig brottslighet	29
4.6.3 Fall 3: Ospecificerad oro om barn och familj	30
4.6.4 Fall 4: Behovs- och nyttobedömning inom äldreomsorg	30
4.6.5 Fall 5: Omsorg om äldre med nedsatt beslutsförmåga	30
4.6.6 Fall 6: Vardaglig behovsbestämning på särskilt boende	31
4.6.7 Fall 7: Klient avvisar vård som villkor för försörjningsstöd	31
4.6.8 Fall 8: Klient önskar icke föreskriven missbruksbehandling	31
4.6.9 Fall 9: Information om tvångsvård för att motivera frivillig vård	32
4.6.10 Fall 10: Person söker vägledning för hjälp med riskbeteende	32
5. DBF och evidensbaserad praktik	33
5.1 Vad är evidensbaserad praktik inom socialtjänsten?	33
5.2 DBF i EBP: en kartbild	35
5.2.1 Socialtjänstens "beslutstopografi" och kontinuerlig DBF	37
5.2.2 Dokumentation med MOS och andra verktyg för EBP	38
5.2.3 Teamarbete och interprofessionellt arbetssätt	39
6. Avslutning och checklista	41
Referenser	43

1. Inledning

Denna rapport redovisar resultat av projektet "Delat beslutsfattande och evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: mål, begrepp, etik och andra grundfrågor vid utformning och implementering". Projektet inleddes i oktober 2014, en preliminär skriftlig redovisning tillhandahölls Socialstyrelsen i mitten av december 2014, kompletterad av en muntlig föredragning med tillhörande bilder för avdelningen för kunskapsstyrning och kunskapsstöd av Christian Munthe som gjordes vid konferensen *Nya Spår*, Stockholm, den 3 december, 2014. En uppföljande muntlig avstämning ägde rum i Socialstyrelsens lokaler den 5 februari, 2015.

Uppdragets innehåll är identiskt med dess rubrik, dvs. att för Socialstyrelsens räkning utreda grundläggande begrepps-, etik- och värde-frågor kring förutsättningarna för att inom ramen för socialtjänsten, särskilt dess arbete med s.k. evidensbaserad praktik, tillämpa de modeller för s.k. delat beslutsfattande som utvecklats inom hälso- och sjukvårdsteoretisk diskussion.

Uppdraget utfördes av Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori vid Göteborgs universitet och arbetet leddes av Christian Munthe, professor i praktisk filosofi. I projektet arbetade också Pia Nykänen, FD i praktisk filosofi och lektor i utbildningsvetenskap, samt Lars Sandman, professor i vårdetik, Högskolan Borås samt Linköpings universitet.

1.1 Uppdragets bakgrund

Delaktighet och så kallad evidensbaserad praktik, där handläggare och klienter ska samverka kring ärenden, deras dokumentation och utvärdering, är ett växande inslag inom socialtjänsten och det finns för närvarande en vilja att öka detta i olika verksamheter. Inom sjukvården har motsvarande utveckling skett gradvis ända sedan mitten av 1970-talet och vid 2000-talets början har begreppet "delat beslutsfattande", (här förkortat: DBF), blivit ett gängse inslag i diskussion och forskning om så kallad patient- eller personcentrerad vård, relationen mellan patienter och vårdprofessionella samt vårdens organisation kring detta. På samma vis har det under denna tid varit ett ökande fokus på evidensbaserad av åtgärder inom hälso- och sjukvården, kopplat till utvärdering och resursprioritering.

Denna utveckling har lett till en rad viktiga frågor att beakta med avseende på vad DBF kan och bör innebära i olika sammanhang, vad det kan tjäna för olika syften och hur det kan orsaka olika problem och spänningar. En central och på olika vis återkommande fråga är vad delaktigheten av klienter i beslutsfattandet ska medföra i termer av ansvarsfördelning i olika avseenden mellan klienten och de professionella (Sandman & Munthe 2010, Munthe, et al. 2012). En annan fråga gäller hur evidensbaseringskrav och de krav som DBF ställer förhåller sig till varandra och om de eventuellt kan komma i konflikt. Det är därför viktigt att tydliggöra dessa aspekter och precisera vilka krav som ställs för att DBF ska fungera bra i en verksamhet. Preliminära analyser har t.ex. påvisat att om DBF leder till en hög grad av individualisering (vilket ofta eftersträvas), så kan det resultera i att den standardisering av indikationer, åtgärder och utfallsmått som ligger till grund för evidensbaseringen undergrävs (Gustavsson, et al. 2015). En annan aspekt gäller hur DBF ska fungera i relation till att såväl professionella som patienter som regel är mer än enskilda individer – exempelvis arbetar vårdprofessionella som tillhör olika specialiteter och funktioner i komplex samverkan.

Motsvarande undersökningar saknas för socialtjänstens olika områden, där många av dessa områden på uppenbara vis skiljer sig från sjukvårdens verksamheter, exempelvis vad gäller formella och uppfattade makt-, ansvars- och beroendeförhållanden mellan klienter och professionella, den lagstiftning och kultur som kringgärdar verksamheterna, m.m. Samtidigt finns

uppenbara likheter i att man hanterar utsatta personer i en verksamhet som syftar till att möta speciella behov och ofta arbetar interprofessionellt. Visserligen nämns etik som en aspekt som kan motivera att man bättre försöker ta tillvara klienters synpunkter, erfarenheter och önskemål i bakgrundsdokument, men fördjupning kring de olika begrepps-, etik- och värde-frågor som därmed uppstår saknas. Det finns också viktiga skillnader mellan det evidensbaseringsideal som tillämpas inom hälso- och sjukvården (med randomiserade kontrollerade studier som idealtyp) och idén om evidensbaserad praktik, som gör att frågan hur DBF inom socialtjänstens område bör vara utformad kompliceras ytterligare. Idén om evidensbaserad praktik, så som den kommit att utvecklas inom Socialtjänsten i Sverige, kan ta sig uttryck i modeller för systematisk uppföljning och utvärdering som exempelvis s.k. Single system designs (SSD)/Single case experimental designs, vilket inom Socialstyrelsen kallas MOS – Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer.¹ MOS, liksom andra lösare former av evidensbaserad praktik, innebär att handläggare och klienter samverkar kring den löpande uppföljningen och utvärderingen av ärenden på ett strukturerat sätt. Det förefaller osökt att denna samverkan ska tillämpa något slags modell för DBF och frågan om hur detta ska se ut med avseende på makt- och ansvarsfördelningar blir således avgörande för hur evidensbaseringen ska utformas.

1.2 Rapportens syfte preciserat

Föreliggande rapport utreder grundläggande möjligheter, utmaningar och viktiga hänsynstaganden i att tillämpa modeller för DBF inom socialtjänsten, i synnerhet som ett led i implementeringen av så kallad evidensbaserad praktik. Rapporten utgår från den diskussion om DBF som utvecklats i relation till hälso- och sjukvårdens område och de olika problem, variationsmöjligheter och utmaningar som identifierats där. Rapporten fokuserar särskilt på grundläggande begreppsliga, etiska och värderelaterade frågor som aktualiseras av idén att tillämpa DBF inom olika delar av socialtjänstens verksamhet, till exempel med avseende på barn, familjer och äldre eller med kopplingar till missbruk eller frågor om ekonomiskt bistånd. Särskilt fokus läggs på frågor om ansvars- och maktfördelning mellan olika parter och hur DBF kan påverka hur modeller för evidensbaserad praktik fungerar och kan integreras med ett interprofessionellt arbetssätt.

I slutet av rapporten presenteras en vägledande teoretisk modell i flera steg för beslut om hur DBF ska (eller inte ska) tillämpas inom socialtjänsten och integreras i evidensbaserad praktik. Modellen är ett unikt utvecklingsarbete som baseras på både tidigare befintlig forskning och ny forskning som aktualiserats inom ramen för föreliggande utredning. Modellen blandar abstrakta, teoretiska delar (för att sortera allmänna tankelinjer) med en konkret checklista för att kunna användas praktiskt av socialstyrelsen, chefer och handläggare inom socialtjänsten.

¹ Se avsnitt 5.2 nedan.

2. Delat beslutsfattande – vad och varför?

Uttrycket "delat beslutsfattande" (DBF) kommer från engelskans "Shared Decision Making" (SDM) och betecknar en brokig flora idéer och praktiker som gradvis vuxit fram i hälso- och sjukvårdsetisk diskussion, och som tagit mer konkret form sedan början av 2000-talet (Sandman & Munthe 2010). I forsknings- och facklitteratur framträder många olika definitioner och många olika förståelser av vad DBF är eller bör vara och därmed också många olika beskrivna tillämpningar. För att bringa reda i frågan om vad DBF kan innebära för socialtjänstens del är det därför viktigt att besvara en del grundläggande frågor, till exempel: vad betyder "delat" i ett visst aktuellt sammanhang och varför? Vad betyder "beslutsfattande" i ett visst aktuellt sammanhang och varför? Vad följer praktiskt av de uppfattningar om "delat" respektive "beslutsfattande" man har inom en viss verksamhet? Och vad följer inte?

En annan grundläggande fråga som bör ställas är: varför betraktas det delade beslutsfattandet som *bra*, inom det område som diskuteras? Vilket eller vilka värden tänks det delade beslutsfattandet främja eller realisera? Men också: vilka olika utfall ger olika tolkningar och förståelser av de aktuella värdena? Värden som "respekt", "självbestämmande" och "ansvar" kan ges många olika tolkningar, där det inte är på förhand givet vilka tolkningar vi bör anamma och vad dessa tolkningar kan stödja vad gäller olika idéer om delat beslutsfattande.

2.1 Olika grundmodeller för DBF

Varför vi bör tillämpa delat beslutsfattande och *vad* det ska innebära kan alltså ges många olika svar. I allmänna diskussioner tas ofta för givet att DBF i vården ska medföra en ökad makt för patienter, men detta har vid närmare påseende visat sig vara en förenklad bild. I en flitigt citerad artikel från 2010, analyserades det som dittills sagts om DBF och resulterade i förslag på nio substantiellt olika versioner av – eller modeller för – DBF inom vården i relation till hur makt och ansvar fördelas mellan vårdprofessionella och patienter. Alla dessa versioner eller modeller inbegriper i någon mån ett dialogiskt inslag där professionella utgår från att lyssna på individers berättelser för att komma fram till en problembeskrivning, värdera möjliga åtgärder, utforma en plan, m.m. (Sandman och Munthe 2010):

- 1.) **Patient Adapted Paternalism:** den professionelle väljer en plan som hen uppfattar vara anpassad till någon aspekt som framkommit i patientens berättelse och dialogen utifrån den.
- 2.) **Patient-Preference-Satisfaction Paternalism:** den professionelle väljer en plan som hen uppfattar vara fördelaktig i förhållande till patientens önskemål utifrån patientens berättelse och påföljande dialog.
- 3.) **Shared Rational Deliberative Paternalism:** den professionelle väljer en plan som hen uppfattar vara fördelaktig utifrån patientens berättelse, uttryckta önskemål, påföljande dialog och en därpå baserad diskussion mellan patienten och den professionelle.
- 4.) **Informed Patient Choice:** på basis av patientens berättelse, informerar den professionelle om olika möjligheter angående diagnos och behandling, och patienten väljer ett av dessa.
- 5.) **Interpretative Patient Choice:** Till föregående modell läggs att den professionelle hjälper patienten att tolka vad dessa möjligheter kan innebära i hens eget liv; patienten väljer därefter ett av alternativen.
- 6.) **Advised Patient Choice:** Till föregående modell läggs att den professionelle ger uttryckliga råd angående vilka alternativ som vore bäst; patienten väljer därefter ett av alternativen.

- 7.) **Shared Rational Deliberative Patient Choice:** På basis av patientens berättelse och den professionelles information och tolkningar för de båda en dialog och diskussion som även innefattar frågan om vad som ska vara målet för vården, grunden för att värdera olika insatser och vilka insatser som på basis av det ska kunna övervägas; patienten väljer därefter ett av (de framkomna) alternativen.
- 8.) **Shared Rational Deliberative Joint Decision:** Till tidigare modell läggs att diskussionen ska leda till en uttalad enighet och gemensamt beslut av patient och den professionelle om vilket alternativ som ska väljas.
- 9.) **Professionally Driven Best Interest Compromise:** I det fall modell 8 inte är möjlig, anpassar den professionelle sina mål för vården och grunder för att värdera alternativen för att på så vis kunna acceptera en kompromiss som passar patientens synsätt och önskemål.

Dessa modeller kan betraktas som gradskillnader på en skala där vi i ena änden hittar idéer om DBF som kan förenas med en mer eller mindre långtgående paternalism, dvs. att vårdprofessionella fattar beslut för patientens räkning utifrån en uppfattning om vad som ligger i dennes intresse (1-3) och, i den andra, idéer som i ökande grad lägger makt i patientens händer (4-8). Modell 9 är en idé om hur man i DBF ska hantera situationer där en hög grad av individmakt för patienten eftersträvas, men då detta resulterar i beslut som ligger långt ifrån professionella riktlinjer och medicinska mål. Denna variant ger utrymme för strategiska kompromisser från vårdprofessionellas sida.

Vid närmare beaktande av olika motiveringar för varför DBF är bra blir det också tydligt att ökad individmakt bara är ett av flera skäl som kan stödja DBF, då i synnerhet varianterna 7-9 (Sandman och Munthe 2009). Andra skäl som framförts är en tro på att DBF i någon form skulle bidra till att avhjälpa brist på följsamhet, dvs. att patienter inte följer vårdens ordinationer (Sandman, et al. 2012), samt att vården helt enkelt blir mer effektiv genom DBF (t ex genom att relevant information kommer fram genom att man lyssnar mer på patienterna), eller att DBF skulle kunna innebära en omedelbar bekräftelse för patienten som kan lindra oro, öka trygghet och göra patienter mer nöjda med vården (Sandman och Munthe 2010).

Evidensläget är ännu oklart kring i vad mån den ena eller andra varianten av DBF verkligen skulle ha sådana effekter som nämns ovan, även om forskning pågår – inte minst inom det vårdparadigm som ofta kallas patient- eller personcentrering (Munthe, et al. 2012, Ekman, et al. 2011). En alldeles färsk Cochrane analys av personanpassad vårdplanering (som innefattar tydliga moment av DBF) för personer med kroniska eller långvariga tillstånd framhåller främst behov av mer forskning, men också att vissa mer avancerade versioner av ansatsen visar lovande (om än blygsamma) resultat i termer av hälsa på vissa områden (Coulter, et al. 2015). Större svenska kontrollerade studier inom det kardiovaskulära och höftfraktur-området kunde inte påvisa någon skillnad av att införa ett personcentrerat arbetssätt, innefattande en variant av DBF som liknar någon av modellerna 6-9, på vare sig livskvalitet eller tid till nästa inläggningstillfälle. Däremot visade de en viss positiv effekt på känslor av osäkerhet och ångest och det initiala antalet vård dagar på sjukhus – nöjdhet eller följsamhet har inte mätts i dessa studier (Ekman, et al. 2015). Samtidigt har det problematiserats hur begreppet följsamhet alls ska förstås i relation till DBF, eftersom ett modifierat mål för vården i enlighet med patientens önskemål gör det mer oklart vad patienten ska vara följsam emot (Sandman, et al. 2012). Likaså har det problematiserats om DBF i själva verket kan undergräva vårdkvalitet genom att fragmentisera behandlingsstrategier och bryta upp de standardiserade mätningar av kvalitet som etablerade metoder för evidensbaserad vård inom sjukvården arbetar med (Gustavsson, et al. 2015). Nya explorativa studier har dessutom indikerat att det kan spela stor roll exakt *hur* även en ambitiös variant av DBF (typ 7-9 ovan) praktiseras och i vilken mån patienters individmakt faktiskt främjas (Herlitz, et al. 2015), något som hittills

till stor del förutsatts i diskussionen, även om det också framhållits som en potentiell etisk problematik (Munthe, et al. 2012). En särskilt viktig faktor i det sammanhanget gäller i vad mån patienten har de känslomässiga och intellektuella resurser som verkar förutsättas då DBF beskrivs, eller om en framgångsrik användning förutsätter särskilt stöd till patienter, exempelvis med nedsatta beslutsförmågor, som kan komplicera bruket av DBF (Entwistle & Watt 2013). Denna problematik gör även DBF mottagligt för kritiken att lägga över alltför mycket ansvar för vårdens resultat på redan sårbara patienter.

Hela denna diskussion har alltså sina rötter i sjukvården och de värden, mål, regleringar, organisationsformer och praktiker som präglar denna. Hur detta kan relateras till socialtjänstens och de sociala omsorgernas olika områden och mer specifika verksamheter beror därför på hur dessa förhåller sig till de grundfrågor som utvecklandet av tanken om DBF inom vården varit ett svar på.

2.2 Grundtankar om DBF inom socialtjänstens områden

Det finns inte mycket material som uttrycker grundtankar om vad DBF skulle tänkas innebära inom socialtjänstens område. I *Om vård- och omsorgstagares delaktighet* (Socialstyrelsen 2014) omtalas dock DBF i anslutning till begreppet delaktighet, vilket ses som "ett sammanfattande begrepp som innebär att den enskilde ska ha inflytande över sin egen vård och omsorg". DBF kan härmed aktualiseras på olika nivåer, på individnivå, verksamhetsnivå och organisations- eller systemnivå. Argumenten för delaktighet som framförs i texten är att delaktighet i beslut som rör en själv är en rättighet och att stärkt delaktighet har positiva effekter (som t.ex. stärkt självkänsla och att personen kan bli mer nöjd med omsorgen och vården, även om man också anför att det senare inte måste vara fallet). Följande uttalanden anknyter nära till idéer om DBF:

Det sätt som en person är delaktig kan se olika ut, allt från att personen själv fattar beslut om insats till att den professionelle fattar beslut om insats efter förhandling och diskussion med personen. Vård- eller omsorgstagaren har ingen formell rätt att själv besluta om åtgärd, men han eller hon har rätt att bli väl informerad och ha ett reellt inflytande över processen.²

DBF uttrycks som:

en metod för vård- och omsorgstagarens delaktighet. Det innebär att den professionelle och den enskilde jämlikt utbyter information och gemensamt tar ställning till olika behandlingsbeslut. Den professionelle bidrar med kunskap om evidensbaserade behandlingsmetoder, förklarar deras för- och nackdelar och uppmuntrar den enskilde att ta aktiv del i besluten kring insatser. Den enskilde bidrar med sina erfarenheter av att leva med problem och att beskriva sina behov, preferenser och värderingar.³

Det anges vidare några förutsättningar för DBF: minst två personer ska vara inblandade och de ska dela all relevant information. De ska delta i beslutsprocessen och beslutet (som också kan vara ett beslut om att avstå från att göra något) ska accepteras av alla inblandade. En struktur eller arbetsgång för själva arbetet läggs också fram, där följande inslag föreskrivs:

² Ibid., s. 7. Jämför även detta med diskussionen om var i en handläggningsprocess DBF kan äga rum. Att personen själv fattar beslut om insats kan alltså endast röra en mindre typ av "ärenden" eller frågor och i vilken mån man ens kan tala om att den enskilde kan "fatta beslut om insats" när det är nämndbeslut som fattas, kan diskuteras. Frågan i detta sammanhang blir alltså: hur ska "reellt inflytande" tolkas och på vilka grunder?

³ Ibid., s. 8.

1. Förklara att ett beslut behöver fattas.
2. Beskriva och tydliggöra de inblandades roller och ansvar.
3. Presentera behandlingsalternativ.
4. Informera om nytta och risker med de olika alternativen.
5. Undersöka vård- eller omsorgstagarens förståelse, värderingar och förväntningar.
6. Identifiera inblandade personers önskemål.
7. Diskutera med samtliga inblandade.
8. Fatta ett beslut som alla personer samtycker till.
9. Planera uppföljning.

Det ges inga argument för varför just den presenterade tolkningen valts, inte heller hur den kan förhålla sig till alternativa tolkningar och modeller för DBF, eller olika områden inom Socialtjänsten. Värt att notera redan inledningsvis är att samtidigt som det betonas att ett gemensamt beslut måste fattas med konsensus, så förefaller de tidigare stegen betona att det är den socialtjänst-professionelle som ska leda och styra situationen. Den här motsättningen blir extra tydlig i det föregående citatet, där det framhålls att klienterna saknar beslutanderätt. Vad som då händer om t.ex. klienten inte accepterar "att ett beslut måste fattas", de roller och ansvar som föreskrivs, m.m., eller om konsensus inte kan uppnås, framgår inte. Redan inledningsvis kan det också framstå som oklart hur väl modellen passar för olika områden inom Socialtjänsten, exempelvis sådana där klientens rätt till självbestämmande är beskuren på olika sätt. Således finns här en blandning av förhållanden som ger en ganska perplex bild av vad DBF i praktiken skulle kunna innebära och tjäna för syften inom Socialtjänstens olika områden.

Socialstyrelsen har också utvecklat ett mer specifikt material om DBF, som är kopplat till vård och omsorg om personer med psykisk sjukdom, i synnerhet psykosjukdomar. Även detta material anknyter i mycket begränsad grad till den begreppsliga komplexitet som beskrevs i avsnitt 2.1. Exempelvis antas att parterna i DBF "måste dela all relevant information" och att en DBF-process måste utmynna i gemensamma beslut och konsensus (Socialstyrelsen 2012, s. 9). Det syfte med DBF som framhålls är samtidigt att detta "kan förbättra rutiner inom den psykiatriska vården genom att: öka följsamheten i behandling; minska behandlingsavbrott; öka tillfredsställelsen med vården". Det påstås också att det finns forskning som stöder dessa effekter av DBF (Socialstyrelsen 2012, s. 10).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd presenteras mer specifika idéer om vad DBF ska innefatta när det gäller "[p]ersoner med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kontakt med stöd-, service- eller vårdverksamhet" (Socialstyrelsen 2011, ss. 85, 98f):

- att skapa ett sammanhang där åsikter om behandlingsalternativ värderas och anses som nödvändiga för ett beslut
- att förmedla teknisk information om alternativ och att se till att personen förstår denna information
- att tydliggöra personens preferenser
- att hjälpa personen att basera sina önskemål om behandling på bästa möjliga evidens
- att fatta gemensamma beslut om åtgärder och klargöra att det alltid finns en osäkerhet i den kliniska beslutsprocessen

Den första punkten föreskriver alltså att klienten ska påverkas att inta en specifik hållning (dvs. anse att åsikter om och värderingar av behandlingsalternativ är nödvändiga för beslutsfattande), till synes oberoende av vad klienten själv anser om detta. Samtidigt återkommer antagandet att DBF måste involvera *gemensamma beslut* och, får man anta, konsensus mellan patient och professionell, parallellt med att beskrivningen utesluter de mer långtgående varianter av DBF som beskrivs av modellerna 7-9 i avsnitt 2.1. Samtidigt pekar material kring konkreta former för att involvera klienter och göra dem mer delaktiga inom familjevårdens område – så kallade familjerådslag – mot att det också finns tendenser till nyansering, exempelvis att man skiljer mellan DBF i syfte att identifiera problem och DBF i syfte att, givet en problemformulering och möjligen även ett principbeslut som i huvudsak dikterats av regelverk och professionella bedömningar, mer exakt utforma utförandet av beslutade åtgärder (Sundell 2002).

Förutom att den perplexa bilden av vad det är tänkt att DBF ska innebära kvarstår, så är det en öppen fråga vad detta upplägg tänks syfta till och varför det ska anses eftersträvarvärt. Det framhålls också att patientens *följsamhet* och *nöjdhet* är mål som skulle kunna motivera vårdprofessionella att anamma DBF (Socialstyrelsen 2011, s. 19), vilket i viss mån överensstämmer med en mindre amerikansk studie på området (Lukens, et al. 2013). Samtidigt är det alltså, som framhölls i 2.1, i allra högsta grad oklart om DBF, i så fall vilken eller vilka varianter, verkligen skulle ha de effekter som tycks eftersträvas. Det är i viss mån också oklart vad de föregivna syftena – t ex följsamhet eller nöjdhet – ska antas betyda och varför de ska anses eftersträvarvärda. Till detta kommer att det inte ens är säkert att DBF, ens i sina mest ambitiösa varianter, verkligen ökar individens makt över sin vård och omsorg och därmed delvis också över sitt liv.

Alla dessa oklarheter framträder alltså än mer om man beaktar att socialtjänstens område omfattar många olika och högst olikartade verksamheter som har att göra med väldigt olika grupper av människor som uppvisar olika typer av sociala och omsorgsbehov. Dessa verksamheter har dessutom olika regleringsmässiga förutsättningar, och olika insatser har ofta helt olika mål och innefattar därutöver olika sorters beslutsprocesser. Om man ska försöka skapa mer klarhet i vilken roll DBF kan och bör ha i socialtjänsten blir därför en central fråga att ta ställning till vad dessa olikheter spelar för roll.

2.3 Rapportens vidare organisation

I föreliggande rapport hanteras dessa utmaningar på två parallella sätt. Dels kommer inledningsvis fokus att läggas på heterogeniteten inom socialtjänsten och hur den skiljer sig från hälso- och sjukvården. Vi kommer härmed ställa fram potentiellt viktiga olikheter med avseende på vad olika verksamheter har för mål och prioriteringar och ställa det i relation till olika varianter av och syften med DBF. Efter en genomgång i avsnitt 3 av de värden som motiverar hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten i centrala styrdokument, analyseras därefter i avsnitt 4 betydelsefulla likheter och skillnader mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samt hur dessa kommer till uttryck genom hänsynstaganden i olika delar av verksamheterna och kan komma till uttryck i DBF. Detta angreppssätt bygger på en metod som i tidigare utredningar för Socialstyrelsen kallats mål- eller värdebaserad analys,⁴ vilken bygger på antagandet att olika grundvärden som eftersträvas i olika verksamheter också medför olika etiska hänsynstaganden. Samtidigt leder denna kartläggning och analys fram till *en generell modell*, där olika utformningar och praktiseranden av DBF inom olika delar av socialtjänsten kan karakteriseras i ett spänningsfält mellan delvis konkurrerande centrala hänsynstaganden.

⁴ Juth och Munthe (2012), respektive Socialstyrelsen (2015).

Därefter följer, i avsnitt 5, en fördjupande problematisering av hur olika sådana varianter av DBF inom olika delar av socialtjänsten kan relateras till idealet om *evidensbaserad praktik*. Även här blir rapportens budskap mindre specifikt och innebär i realiteten en fortsatt fokusering på heterogenitet. Den generella modellen från avsnitt 4 kompletteras med ytterligare variationsmöjligheter, denna gång med avseende på ambitionsnivå i evidensbaseringen av åtgärder. Medarbetare inom olika verksamheter kan ta denna "karta" till utgångspunkt när de med sakkunskap om och erfarenhet av specifika verksamhetsområden griper sig an konkreta försök att implementera någon form av DBF. Som stöd för sådana tillämpningar beskrivs som avslutning en checklista för att använda den generella modellen.

3. Värden i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten

I det här avsnittet kommer vi att kortfattat beskriva de grundvärden och centrala hänsyn som enligt grundläggande styrdokument ska präglade hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Sverige. Fokus ligger på att uppmärksamma sådana likheter och skillnader som har betydelse för vad man betraktar som syftet med DBF och vilken variant av DBF som därmed kan förmodas eftersträvas. Vi kommer också att uppmärksamma heterogenitet inom dessa olika samhällsområden i detta avseende.

3.1 Hälso- och sjukvårdens värden och hänsyn

De centrala målen och därtill knutna hänsyn som fastslagits för hälso- och sjukvårdsområdet står att finna i Hälso- och sjukvårdslagens (SFS 1982:763) andra paragraf:

Mål för hälso- och sjukvården

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. *Lag (1997:142).*

2 a § Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. [...] ⁵

De värden som här kan identifieras är god hälsa och jämlikhet som uppnås genom vård på lika villkor och detta mål gäller lika för samtliga i befolkningen. Den vård som sedan de facto ges, ska vara "god", ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Kravet att behovet av vård ska styra prioritering av insatser innebär främst att andra faktorer *inte* ska styra (detta ger konkret innehåll till vad "lika villkor" innebär), men har också alltmer blivit aktuellt i prioriteringar om vad som alls ska erbjudas inom allmän vård. *God vård* preciseras som ett sammansatt begrepp, vilket innefattar (1) evidensbaserings- och kvalitetskrav, (2) tillgänglighetskrav, (3) grundkrav på att respektera självbestämmande och integritet, samt att vården organiseras så att patienter är trygga och tas omhand effektivt.

Den traditionella tolkningen av (1) är att det uttrycker ett samhällskrav på vården att den inte använder ineffektiva eller farliga metoder samt att den så gott det går har vetenskapliga belägg för att detta uppfylls. I praktiken är det i mycket de medicinska professionerna själva, i synnerhet läkarprofessionen inom tillämpliga specialiteter, som avgör vad detta ska innebära, även om utvecklandet av behandlingsrekommendationer, riktlinjer, m.m. sker i samspel med olika myndigheter, som Läkemedelsverket, SBU och Socialstyrelsen. Krav på resursprioriteringar har dock inneburit att evidensbaserade metoder inte alltid erbjuds pga. höga kostnader och marginella

⁵ SFS 1982:763.

effekter, efter beslut av sjukvårdshuvudmännen eller Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Dessa beslut vilar på den av Riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar (Socialutskottet 1996/97:60). Hälso- och sjukvården är likväl fortfarande en i högsta grad professionsstyrd verksamhet, då de mått på måluppfyllelse och kriterier på evidenskvalitet som används och styr hur "behov" konkretiseras och i praktiken mäts kommer från professionerna själva. Detta gäller även de grundläggande synsätten på när en metod är "tillräckligt bra", och de allra flesta beslutsprocesser innebär betydande medverkan av och inflytande för medicinsk expertis. Sammantaget kan man säga, att även om samhället formulerar och övervakar viktiga allmänna värden och hänsyn för vad som ska gälla som god vård, så är genomförandet och konkretiseringen i långa stycken delegerad till en profession som därmed tillmäts ett särskilt förtroende.

Traditionellt har (3) uppfattats så att, i den mån som patienter är beslutskompetenta så har de en villkorslös rätt att tacka nej till vårdinsatser som professionen i samspel med myndigheter bestämt att man ska erbjuda (genom de processer som beskrevs i föregående stycke). Med tiden har dock vissa förskjutningar skett genom att förverkligandet av denna veto-rätt verkar kräva en rad aktiva insatser från vårdens sida, t ex att adekvat informera patienter om vad olika insatser innebär, vilket i sin tur förutsätter att patient och vårdprofessionella samråder om diagnoser, biverkningar, troliga positiva effekter, m.m. Det har också visat sig att i praktiken kan det ofta finnas utrymme för ännu mer djupgående överläggning och dialog mellan patienter och professionella om hur det problem som vården ska försöka åtgärda ska beskrivas och hur olika möjliga insatser ska värderas. Detta har lett till utvidgade och förstärkta krav på patienters rätt att medverka aktivt i utformningen av vården, numera understruken i den nya *Patientlag* (Lag 2014:821) som trädde i kraft den 1 januari 2015. Denna lag ...

... syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (SFS 2014:821, 1 kap., 1§.)

I kapitel 5, *Delaktighet*, paragraf 1 i Patientlagen, återfinns en mening som tidigare var central i Hälso- och sjukvårdslagen: "Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten." (SFS 2014:821, 5 kap., 1§). I det femte kapitlet anförts också i paragraf 2 att "En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar." (SFS 2014:821, 5 kap., 2§) I paragraf 3 omtalas ytterligare parter: "Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta." (SFS 2014:821, 5 kap., 3§)

Som vi redan sett (i avsnitt 2), motiveras DBF i vården på i huvudsak tre olika sätt; med hänvisning till ökad individmakt, ökad följsamhet och ökad vårdkvalitet. Samtliga dessa mål med DBF kan grundas i de värden som sätts i förgrunden av de nyss refererade lagarna. Ökad vårdkvalitet anknyter omedelbart till målet att säkra god och effektiv vård och uppnå god hälsa. Detsamma kan gälla följsamhet, men som vi ska se beror det lite på hur detta begrepp förstås; det är också möjligt att följsamhet är en aspekt av att öka individmakt. Detta sistnämnda mål, i sin tur, kan värderas dels i sig självt utifrån fokus på patienters deltagande, inflytande och självbestämmande (i vårdetiska sammanhang ofta sammanfattat under begreppet *autonomi*), dels som instrumentellt för t ex god hälsa (om den ökade individmakten ökar hälsan). Mindre uppmärksammat har varit att värdet av DBF också kan ses som en aspekt av kravet på att befolkningens goda hälsa uppnås "på lika villkor" och den därtill knutna behovsprincipen: I den mån som DBF leder till att diagnos och behandlingar bättre anpassas till individens situation så

kan detta ses som att var och en behandlas mer "på sina egna villkor" och bygger på en mer individ-specifik behovsbedömning (Gustavsson, et al. 2015).

Ofta tas det för givet att om målet med DBF är att öka individens makt över sin vård, så måste skälet vara att autonomi ses som ett centralt värde, men så enkelt är det alltså inte. Vanligtvis tänker man sig tre olika sätt på vilket något kan ha värde: instrumentellt (för att förverkliga något annat värde), kontributivt (som del av ett annat värde) och finalt (som ett värde i sig). Följande citat visar hur autonomi kan tillskrivas värde i de tre olika betydelserna:

If an aspect of autonomy is ascribed instrumental value, it is thereby supposed to produce other valuable things. These other things may in turn be ascribed instrumental, contributory, or final value. However, at the end of any chain of instrumental value ascriptions, there has to be something of contributory or final value that confers value to the instrumentally valuable links of the chain. If autonomy is ascribed contributory value, it will add to the value of a certain situation, given the presence of other aspects or values in this situation. [...] If autonomy is ascribed final value, it adds to the value of a situation or a life regardless of how the situation or life is otherwise constituted (Sandman och Munthe 2009, s. 295)

Samtidigt kan autonomibegreppet preciseras på ett flertal sätt och i samma artikel presenteras tre olika långtgående ambitioner i vad som ska ses som en värdefull ökning av en persons makt över sitt eget liv:

1. Autonomi som preferenstillfredsställelse: att mitt liv blir som jag vill, oavsett vem som styr det
2. Autonomi som självstyrelse: att jag styr mitt liv oavsett om det blir som jag vill eller inte
3. Autonomi som självförverkligande: att jag styr mitt liv och att det blir som jag vill

Dessa olika ambitioner kan i sin tur infogas i två olika sorters autonomi-ideal: Dels ett om s.k. binär personlig autonomi, vilket anger vad en person behöver ha för förmågor för att kunna ha ett autonomt liv överhuvudtaget; detta kommer inte beröras närmare i fortsättningen. Dels ett ideal om gradvis autonomi, enligt vilket en persons liv blir bättre ju mer autonomt det är. Dessa olika autonomi-tolkningar har olika relation till olika syften med och modeller för DBF. Exempelvis tycks ett (gradvis) autonomiideal som poängterar preferenstillfredsställelse inte nödvändigtvis motivera långtgående deltagande av patienter i vårdens utformning, så länge som vården får en utformning som är som de vill ha den. Står självstyrelse i stället i centrum blir i stället deltagande och inkludering i beslutsprocesser centralt. Även om självstyrelsen utgår från patientens egna preferenser, så innebär den inte nödvändigtvis att det leder till att dessa preferenser uppfylls – i vissa fall kanske det leder till mer preferenstillfredsställelse om någon annan styr. Det ideal om det autonoma livet som tycks kunna motivera de mest ambitiösa varianterna av DBF (modell 7-9) är det som föreskriver självförverkligande som ett värde, men det är osäkert om det är detta ideal som uttrycks av Hälso- och sjukvårdslagen. Den frågan hänger samtidigt ihop med frågan om hur man ska se på följsamhetsmotiveringen för DBF, vilket även gäller frågan om något av autonomiidealen skulle kunna motivera någon form av DBF mer indirekt (instrumentellt eller kontributivt), t ex med att det ökar eller ingår i den goda hälsa som eftersträvas i vården.

Utgångspunkten för intresset för följsamhet är en traditionell problematisering av att patienter ibland inte följer de behandlingar de förskrivits (Munthe, et al. 2012). Men den traditionella synen på detta som brist på *efterlevnad* av vårdbeslut tagna av den medicinska professionen har idag alltmer kommit att betraktas som för paternalistisk. I stället talas det numera om *följsamhet* i

förhållande till vårdplaner och -beslut där patienten haft ett inflytande, eller i alla fall medverkat vid utformningen, dvs. där någon sorts DBF tillämpats. Men då blir det också oklart vari följsamhetens *värde* tänks bestå. Eftersom en långtgående DBF kan innebära att vårdplaner kommer att avvika från den medicinska professionens ideal, så är det inte alls säkert att ökad följsamhet innebär samma sak som ökad efterlevnad – lika gärna kan det innebära att DBF anpassar vårdens mål bort från den medicinska professionens ideal och mer i linje med vad människor vill med sina liv som helhet (Sandman, et al. 2012). Det kan bero på att människor ser annorlunda på t ex biverkningar, men också på att de värderar annat i livet än sin hälsa. Det behöver heller inte innebära att vården anpassas bättre till den enskilde patientens behov, utifall inte även behovsprincipen ges en ny förståelse, där behovet bestäms mer av patientens allmänna önskemål än av den medicinska professionen. Men i så fall är det tveksamt om ökad behovstillfredsställelse innebär vare sig bättre vård eller bättre hälsa, som det normalt förstås i Hälso- och sjukvårdslagen (Gustavsson, et al. 2015).

Sammanfattningsvis är det alltså på många vis oklart dels vad som ska ses som huvudsyftet med DBF i sjukvården, dels hur detta kan grundas i de värden som uttrycks av vårdens centrala styrdokument, dels vilken variant av DBF som därmed är bäst motiverad i olika sammanhang. Att något av motiven att förstärka individens makt över sig själv och sitt liv och att förbättra individens hälsa och tillfredsställelsen av individens behov av vård är relevant, tycks dock stå klart.

3.2 Socialtjänstens värden och hänsyn

Vilka värden är då aktuella för socialtjänstens verksamhetsområde generellt? I detta avsnitt tar vi upp relevant lagstiftning på området. Lagstiftning och rekommendationer som aktualiseras i samband med konkreta fall, behandlas nedan i avsnitt 4.

I Socialtjänstlagens första kapitel, dess portalparagraf, kan vi hitta ett antal värden som anges som socialtjänstens mål:

- 1 § Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas
- ekonomiska och sociala trygghet,
 - jämlikhet i levnadsvillkor,
 - aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

- 2 § Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas.
Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande.⁶ [...]

Ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet ska främjas av socialtjänsten och detta ska ske ”på demokratins och solidaritetens grund”. En tolkning av detta är att se det som att de aktuella värdena ska främjas då de springer ur, eller har

⁶ SFS 2001:453.

en relation till, andra (troligen betraktade som mer grundläggande) värdefullheter, det vill säga i det här fallet demokrati och solidaritet. Det är också möjligt att se demokrati och solidaritet som begränsningar i så måtto att det som främjas inte får främjas på ett sätt som strider mot just demokrati respektive solidaritet.

I paragrafen betonas att människan har ansvar för sin och andras sociala situation och att socialtjänsten ska ta hänsyn till detta i arbetet med att ”frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser” (SFS 2001:453). Verksamheten måste bedrivas så att den bygger på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet. Vilket ansvar var och en har för sin egen sociala situation och vad det innebär att ha ansvar för *andras* sociala situation är inte tydligt, men ett praktiskt exempel på det senare skulle kunna vara den anmälningsskyldighet som finns vad gäller misstanke om barn som far illa. Hur och i vilken grad detta kan betraktas som ansvar för en annans situation är dock något som kan problematiseras ytterligare.

När barn är involverade i åtgärder betonas att barnets bästa ska beaktas särskilt och om ett ärende rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska det som är bäst för barnet vara avgörande. Vad barnets bästa innebär och hur detta ska beaktas i olika sammanhang finns många idéer och teorier om, men dessa utvecklas inte ytterligare här.⁷ Nedan återkommer vi till några exempel relaterat till barn, som är relevanta för frågan om hur DBF ska förstås inom socialtjänsten.

Utöver dessa inledande värden specificeras i socialtjänstlagens femte kapitel ytterligare detaljer om vad socialtjänsten ska verka för *med avseende på vissa särskilda grupper*. Här blir den heterogenitet med avseende på grupper som socialtjänstens ansvarsområde omfattar tydlig.

När det gäller *barn och unga* ska socialtjänsten (förutom det som sagts om barn ovan) ”- verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden, - i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom” (SFS 2001:453, kap 5, §1).

Vad gäller *äldre människor* ska socialtjänsten verka för ”att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)” och ”verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra” (SFS 2001:453, kap. 5, §4). Här är det värt att uppmärksamma den nationella värdegrund som skrivits fram för äldreomsorgen och som trädde i kraft den 1 januari 2011. ”Syftet med värdegrunden är att tydliggöra de etiska värden och normer som bör vara grunden för arbetet inom äldreomsorgen.” anför det här (SOSFS 2012:3).

När det gäller *människor med funktionsbinder* ska socialtjänsten ”verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra” och man ”skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd” (SFS 2001:453, kap. 5, §7). I samband med denna grupp blir en ytterligare lag, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (SFS 1993:387), aktuell. Där anges vad personer med vissa angivna funktionsnedsättningar har för rätt till insatser och verksamheten ska enligt denna lag ”främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för de personer som anges i 1§. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.” (SFS 1993:387). I paragraf 6 anges att verksamheten ska hålla god kvalitet och att den ska grundas i respekt för den enskildes

⁷ För en till socialtjänsten relaterad utredning av de etiska och begreppsliga frågor som aktualiseras av begreppet barnets bästa, se Socialstyrelsen (2015a).

integritet och självbestämmanderätt. Där står också att: ”Den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges.” (SFS 1993:387, §6).

I Socialtjänstlagen står vidare att vad gäller *missbrukare* ska man ”aktivt sörja för att [...] missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.” (SFS 2001:453, kap. 5, §9).

När det gäller *personer som vårdar eller stödjer närstående* så ska man ”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.” (SFS 2001:453, kap. 5, §10).

Och slutligen, när det gäller *brottsoffer* ska man ”verka för att den som utsatts för brott och dennes närstående får stöd och hjälp” (SFS 2001:453, kap. 5, §11).

De värden som uttrycks i Socialtjänstlagen säger något om samhällets syn på vad det är att leva ett gott liv: en ekonomiskt och socialt trygg människa som upplever meningsfullhet och som aktivt deltar i samhällslivet under jämlika levnadsvillkor. Likaså lägger man vikt vid människors eget ansvar för sin sociala situation och ett mål förefaller vara att stärka och frigöra människors egna resurser för att kunna ta ett sådant ansvar. Men denna uppfattning kan naturligtvis ifrågasättas och behöver därför inte delas av alla människor: en person kan rata materiella värden och helst leva för sig själv. Det livet kan definitivt uppfattas som ett gott liv av den person som lever det (och även av andra) och det behöver inte heller innebära att det är en person som är i behov av socialtjänst. Detta löser lagstiftaren genom att lägga till ett krav om att socialtjänsten ska ske inom ramen för respekt för personers självbestämmande, vilket signalerar att personens egen värdering av dessa aspekter är viktig att väga in.

Det är värt att notera att ambitionsnivån i det socialtjänsten ska göra, uttrycks något olika, beroende på vilken grupp det är tal om. Följande varianter kan vi återfinna i texten: ”verka för”, ”främja”, ”medverka till”, ”aktivt sörja för” och ”erbjuda stöd”. Här verkar vi kunna återfinna en gradskillnad av ansvar med avseende på socialtjänsten, där ”verka för” antyder ett svagare förhållningssätt och ”aktivt sörja för” eller ”medverka till” antyder ett starkare. Dessa anförda skillnader i förhållande till olika grupper kan förmodligen inverka på såväl de formella som de uppfattade makt-, ansvars- och beroendeförhållandena mellan klienter och professionella. En klient kan exempelvis uppfatta den professionelles ansvar som något som kan tolkas som ”aktivt sörja för”, medan den professionelle utifrån socialtjänstlagen hanterar ärendet utifrån det i socialtjänstlagen inskrivna, något svagare ”verka för”.

Vad som skapar olika varianter av formella och uppfattade makt-, ansvars- och beroendeförhållanden kan alltså vara beroende av såväl olika skrivningar i lagstiftningen som till exempel det antal professionella och klienter som medverkar i ett ärende. Såväl de professionella som klient och klientens närstående kan ha olika uppfattningar om just vad det är socialtjänsten ska göra. En modell för delat DBF som ska fungera väl inom socialtjänstens område bör därför förslagsvis ta hänsyn även till hur olika skrivningar kan påverka såväl de formella som de uppfattade makt- ansvars- och beroendeförhållandena.

På vilket sätt motiveras då DBF inom socialtjänsten utifrån de värden som återfinns i lagtexterna? I Socialtjänstlagen omnämns inte ”delaktighet”, ”inflytande” eller ”medbestämmande” överhuvudtaget och en skrivning liknande den som finns i LSS och som säger att den enskilde ska ges inflytande och medbestämmande över givna insatser finns inte i portalparagrafen. Tankarna om DBF verkar således i stor utsträckning motiveras av den skrivning som säger att ”verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet”. I

kap. 3, 4§ i Socialtjänstlagen står dock dessutom att ”Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne [...]” (SFS 2001:453). Här blir idén om delaktighet som ett värde något tydligare, även om det inte refererar till *beslut* om insatser, än mindre någon sorts rätt till inflytande. I Socialstyrelsens egna indikatorer för god vård och omsorg definieras dock självbestämmande och integritet som att det innefattar att ”den enskilde är delaktig, *har inflytande och ges möjlighet till egna val*” (Socialstyrelsen 2015c, vår kursiv) I den skrift om delaktighet som refererats till i avsnitt 2.2 sägs samtidigt: ”Regler om delaktighet finns både i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL” (Socialstyrelsen 2014a, s. 4). Därefter anges de inledande raderna från Socialtjänstlagen om självbestämmande och integritet, samt skrivningar ur HSL, TL (Tandvårdslagen) och LSS.

Någon särskilt tydlig reglering av krav på delaktighet är inte helt lätt att urskilja mot bakgrund av detta, även om styrdokumentet på olika sätt signalerar att detta är något som lagstiftaren bryr sig om på den ena eller andra grunden. De skrivningar om delaktighet och DBF som börjat utvecklas av Socialstyrelsen kan ses som ett sätt att tydliggöra denna oklarhet i lagstiftningen och specificera vad av det tankegods kring DBF som finns inom hälso- och sjukvården som kan vara lämpligt att integrera i socialtjänstens verksamhet. Det vill säga, om inte motiveringar på ett tydligt sätt går att hitta i lagstiftningen kan skrivningarnas tolkningsutrymme ge just möjligheten att formulera hur man *önskar* tolka dem, i ljuset av de moderna diskussionerna om DBF.

Men idéerna om delaktighet och motiv för DBF inom socialtjänsten kan också knytas till andra typer av idéer med därtill relaterade värden, där tanken om evidensbaserad praktik (från och med nu: EBP) är framträdande. Sedan 2010 har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting träffat överenskommelser om att en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten ska stödjas genom olika insatser. Delaktighet uttrycks i *Om vård- och omsorgstagares delaktighet* som en förutsättning för EBP och detta kan vi se genom att en av komponenterna i EBP är just det som betecknas ”Personens erfarenhet och önskemål” (Socialstyrelsen 2014a). Se avsnitt 5 nedan för mer kring just denna aspekt av DBF.

4. Likheter och skillnader i synen på verksamhetens värden och DBF

I avsnitt 3.1 och 3.2 har vårdens värden och hänsyn respektive socialtjänstens värden och hänsyn redogjorts översiktligt för via centrala styrdokument för områdena. Båda verksamheter bygger på att behov hos individer identifieras och att dessa behov ska mötas på ett gott sätt. Vad det innebär att möta behoven på ett gott sätt specificeras i lagtexter och riktlinjer och är beroende av olika normer, som exempelvis våra uppfattningar om vad som utgör hälsa, ett gott liv, självständighet och hur människors delaktighet i samhällslivet bör se ut. Men inte endast reglering och samhällsnormer har här betydelse, utan även professioners praxis har och kan ha ett mycket stort inflytande.

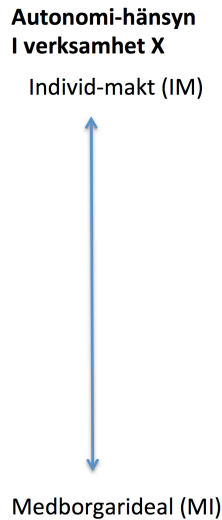
Vilka likheter respektive skillnader mellan vården och socialtjänsten vad gäller synen på verksamheternas värden kan vi hitta? Finns det här skillnader mellan synen på autonomi, reglering, professionspraxis och hur dessa ska förhålla sig till varandra? Och, spelar dessa likheter respektive skillnader någon roll vad gäller DBF:s syften och olika modeller för DBF? Om så, *vilken* roll spelar de? I detta avsnitt diskuteras ett antal olika sådana aspekter och avslutningsvis presenteras ett antal fall från socialtjänsten där vi analyserar hur dessa värden tar sig uttryck och vad det kan innebära för möjligheter till DBF.

Nedan presenteras tre figurer, de är ämnade att illustrera hänsynstagande som gör att DBF kan ta sig olika uttryck, beroende på vilken parts synsätt som dominerar eller ska prioriteras. Dessa figurer införs för att visuellt visa att hälso- och sjukvård respektive socialtjänst kan vara reglerade i olika grad, professionsbestämda i olika grad och skilja sig åt vad gäller hur stark hänsyn som ska tas vad gäller en persons autonomi. Det nyss sagda innebär inte att verksamheterna inte kan röra sig utmed skalorna, rörlighet är snarast att uppfatta som en naturlig del av olika regleringar, normer och professionspraxis över tid.

4.1 Synen på autonomi

Den första figuren illustrerar den skala som synen på individens autonomi spänner över och där olika verksamheter intar olika positioner. I ena änden (längst upp) är individens makt mycket stark och ska tas stor hänsyn till (genom rättigheter för individen och skyldigheter för professionella och verksamheter), medan den andra änden (längst ner) representerar ett av samhället föreskrivet medborgarideal med avseende på autonomi. Detta medborgarideal kan handla om sådant som att vi förväntas vara självständiga och ta ansvar för våra egna liv (och för dem som är beroende av oss), men också att en autonom person förutsätts fatta vissa sorters beslut. Detta medborgarideal är en samhällsnorm som vi mer eller mindre explicit kan hitta uttryckt i styrdokument och som den enskilde individen naturligtvis inte för egen del behöver omfatta i samma utsträckning som en viss verksamhet gör. Det innebär att i en verksamhet som lyfter fram ett sådant medborgarideal så kan utrymmet för individmakt vara begränsat (om individen inte delar idealets uppfattningar och värderingar).

Figur 1: Olika grader/typer av autonomi-hänsyn

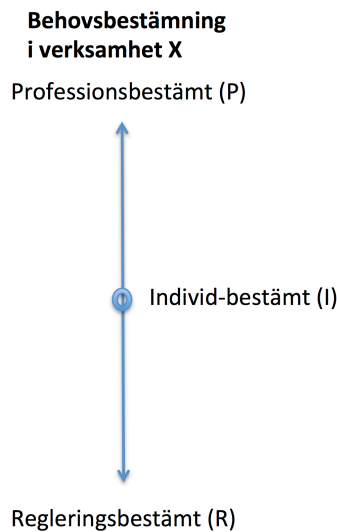


Tittar vi generellt på socialtjänsten i relation till hälso- och sjukvården så ser vi att autonomisynen i den förra ger uttryck för både tankar om individmakt och ett medborgarideal, medan hälso- och sjukvårdens autonomisyn i princip uteslutande pekar mot individmakt. Medborgaridealet kan komma fram extra mycket i relation till vissa grupper, exempelvis när det gäller människor med missbruksproblem eller med försörjningsproblem. Medan tanken om individmakt förefaller ha en mer framträdande roll när det gäller stöd till personer med funktionshinder och när det gäller äldreomsorg. Detta kan påverka utrymmet för och synen på DBF. DBF inom hälso- och sjukvården har ju normalt sett utvecklats för att främja individmakt i relation till den professionella makt som traditionellt väglett vården. Om det finns ett medborgarideal som begränsar utrymmet för individmakten, så innebär det också att det kommer att finnas vissa begränsningar i DBF, dvs. den professionelle kan inte acceptera precis vilket perspektiv som helst från klienten (om det strider mot medborgaridealet). I relation till de nio modellerna ovan innebär det att inom de områden där det finns medborgarideal kanske det kan krävas modell nummer 9, där den professionelle (eller snarare verksamheten) sätter upp vissa ramar för klientens påverkan och beslutsfattande.

4.2 Utrymme för personens subjektiva perspektiv på behovs- och nyttobestämning

Den andra figuren (nedan) visar hur *behov* bestäms eller avgörs inom en viss verksamhet. Behovsbestämningen kan vara starkt bestämd av regleringar genom att det finns gott om detaljerade riktlinjer för verksamheten som utgör en begränsning för manöverutrymmet för de professionella. Behovsbestämningen kan också, när det inte finns en tydlig eller stark reglering vara starkt bestämd av professionens uppfattning(ar) och praxis. Men behoven kan också vara individbestämda i olika grad i förhållande till regleringars behovsbestämning och professioners traditioner. Den punkt som markerar individbestämningen i mitten av skalan ska alltså förstås som att individen där har formuleringsprivilegiet vad gäller vilka behov som föreligger, hur stora dessa är, m.m.

Figur 2: Olika källor för att bestämma behovet



I förhållande till skalan över behovsbestämningen är det viktigt att ha i åtanke den grundläggande tanke om att behoven styr insatsen eller åtgärden, som är grundläggande för verksamheten. I Socialstyrelsens handbok "Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten" står exempelvis om att bedöma rätten till bistånd att:

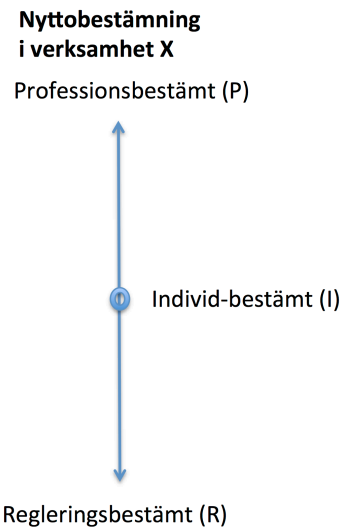
Oavsett vad ärendet gäller – bistånd till försörjningen eller till livsföringen i övrigt – är det viktigt att fokusera på den enskildes behov och inte på socialtjänstens insatser. Arbetet med att bedöma rätten till bistånd handlar i korthet om att söka svar på följande frågor:

- * Hur ser den enskildes behov och önskemål ut?
- * Behöver den enskilde få behovet tillgodosett för att uppnå en skälig levnadsnivå?
- * Kan den enskilde själv tillgodose behovet eller kan det tillgodoses på annat sätt?
- * Hur ska biståndet utformas för att tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå?⁸

Den tredje figuren illustrerar skalan över hur *nyttan* av olika insatser bestäms inom en viss verksamhet. Precis som med avseende på bestämningen av behov kan den vara å ena sidan starkt regleringsbestämd, å andra sidan starkt professionsbestämd. Även här finns en individbestämd tolkning, det vill säga, det är möjligt att helt ge individen formuleringsprivilegiet vad gäller att formulera vari nyttan består och hur väl den uppnås. I en verksamhet där individen har inflytande över vad som är nyttan med insatser på detta vis, kan det finnas en heterogen bild av vilken nytta verksamheten ska uppnå, beroende på hur olika olika individers synsätt är.

⁸ Socialstyrelsen (2015b), s. 343.

Figur 3: Olika källor för att bestämma nyttan



Inom både socialtjänstens område och inom hälso- och sjukvården förefaller det finnas ett stort utrymme för att personens subjektiva perspektiv på sin situation ska vara vägledande för vilka insatser som ska sättas in. Vi kan dock se vissa viktiga skillnader. Inom hälso- och sjukvården beskrivs det överordnade målet i termer av god hälsa. Hälsobegreppet kan förstås på många olika sätt, men de flesta hälsoteoretiker förefaller eniga om att hälsobegreppet inte kan vara rent subjektivt – dvs. att det jag anser är hälsa också är hälsa. Snarare förefaller de flesta ha uppfattningen att hälsobegreppet, åtminstone delvis, bör ses utifrån ett mer objektivt perspektiv (kring sådant som fysiologisk, psykisk funktion etc.). Det innebär även att patienten inom hälso- och sjukvården i vissa fall kan anses ha misstagit sig om att hen har ett vårdbehov (eftersom dessa objektiva kriterier inte är uppfyllda). Vad som krävs för att ha ett behov eller för att sägas ha nytta av en insats är dock sällan regleringsbestämt inom hälso- och sjukvården – snarare är detta i storutsträckning bestämt av de professionella, dvs. oavsett om patienten upplever sig ha ett behov så har hen inte det om inte de professionella kan konstatera att så är fallet. DBF inom hälso- och sjukvården handlar dock om att öppna upp detta och tillåta ett större inslag av individbestämning både när det gäller behov och nytta. Detta innebär alltså att man inom hälso- och sjukvården rör sig uppifrån på de två skalorna för behovs- och nyttobestämning ned mot mitten.

De begrepp som används för att beskriva målen för socialtjänsten förefaller i jämförelse betydligt mer öppna: ekonomisk, social trygghet, jämlika levnadsvillkor, aktivt deltagande i samhällslivet etc. Om något så är de snarare intersubjektiva än objektiva, dvs. föremål för överenskommelser kring vilken nivå som kan/bör erbjudas (exempelvis när det gäller försörjningsstöd). Här är det inte lika tydligt att de professionella skulle ha tolkningsföreträde kring vilket behov klienten har och huruvida en viss insats har nytta eller inte. Snarare förefaller socialtjänsten i utgångsläget ligga närmare mitten på dessa två skalor, dvs. redan i utgångsläget har en större grad av individbestämning. Samtidigt kompliceras bilden av det ovan nämnda medborgaridealet som vi hittar i Socialtjänstlagen. Detta är tydligt när det gäller insatser gentemot missbruksproblem. Här förefaller det finnas mindre utrymme för klienten att påverka synen på huruvida hen har ett behov eller inte (vilket också visar sig i möjligheten till tvångsvård). Däremot kanske individen delvis kan påverka synen på vad som är nytta med en insats, med ett tydligt undantag. En på förhand definierad nytta som inte förefaller förhandlingsbar är missbruksfrihet. I det sammanhanget används också begreppet ”aktivt sörja för”, i relation till det mer vaga och öppna ”verka för” som används i relation till andra grupper. Vad som krävs för att ha ett behov

förefaller dock inte detaljreglerat utan är snarare professionsbestämt, dvs. professionen utreder med olika standardiserade instrument om klienten har ett missbruk eller inte. Om vi istället rör oss över till området försörjningsstöd så förefaller utrymmet för individbestämning av behov och nytta med insatser även där vara mer begränsat. Där är det dock snarare bestämt genom reglering som bestämmer vad som krävs för att en klient ska ha rätt till försörjningsstöd och där klienten får den insats (ekonomiska summa) som är reglerad (oavsett vad hen anser om nivån på denna).

Detta kan få vissa konsekvenser för synen på DBF. Inom missbruksvården förefaller utrymmet för personen att påverka målet för insatserna vara mindre, vilket även innebär att DBF med avseende på målet är mer kringskuret av professionens uppfattning om detta. Här förefaller missbruksvården till och med mindre öppen än hälso- och sjukvården generellt. Samma grad av kringskurenhet för individens påverkansmöjlighet förefaller gälla försörjningsstödet, fast då via tydliga detaljregler. När det däremot gäller flera av socialtjänstens andra områden och mål förefaller det snarare finnas mer utrymme för personens subjektiva perspektiv på vilka mål som ska uppnås än i hälso- och sjukvården. Det skulle kunna innebära att den konflikt kring vilken syn hälso- och sjukvårdsorganisationen/-professionen har på patientens behov av vård etc. som kan kräva att vi använder version 9 ovan (dvs. den som innebär en kompromiss mellan professionens och patientens syn) inte uppträder lika ofta inom socialtjänstens område. Detta eftersom socialtjänstorganisationen/-professionen inte behöver ha en lika väldefinierad uppfattning om vad personen har för behov eller bör ha för insatser, utan kan i viss mån låta klienten avgöra detta.

4.3 Individ- och grupp-hänsyn

Ytterligare en jämförelse mellan ”värdeuppsättningarna” framskrivna i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och socialtjänstlagen kan visa på en tendens till en mer individorienterad skrivning inom hälso- och sjukvårdslagen jämfört med socialtjänstlagen. Den förstnämnda talar om *patientens* hälsa, den *enskilda människans* värdighet, respekt för *patientens* självbestämmande och integritet och så vidare.

Socialtjänstlagen däremot, talar om *människornas* ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet och aktiva deltagande i samhällslivet. Människans ansvar för sin och *andras* sociala situation omtalas och också att inte bara enskildas resurser ska frigöras utan även *grupper*. Den person eller grupp som ska stödjas kan man säga betraktas mer som en person eller grupp i ett socialt sammanhang, än vad som är fallet i hälso- och sjukvårdslagen. I socialtjänstlagen anges också olika *grupper* av människor som socialtjänsten ska verka för att stödja, på olika sätt. Att olika grupper anges betyder naturligtvis inte att människor inte kan ingå i *flera* av dessa grupper och det socialtjänsten då ska verka eller sörja för, blir således något mer än om en person ingått i endast en grupp. Detta kan ses som ett uttryck för det medborgarideal som vi pekade på ovan, dvs. ett ideal för klienten är att hen ska ingå i ett socialt sammanhang och ta ansvar för sin och andras sociala situation. Ett sådant ideal kan då sätta vissa gränser för vad som kan accepteras i ett DBF. I relation till autonomiskalan från medborgarideal till individmakt kan det alltså här finnas ett visst spänningsförhållande. När det gäller ansvaret för barn förefaller det sätta relativt strikta ramar för klientens individmakt, medan när det gäller andra områden så är det kanske mer av ett ideal som kan förhandlas bort av klienten. Även om idealet är att den äldre eller funktionshindrade personen ska vara delaktig i ett socialt sammanhang, om individen inte vill detta utan vill spendera sitt liv i ensamhet – så accepteras förmodligen detta. Återigen kan detta påverka vilken form av DBF som är lämplig. I den mån medborgaridealet är mer styrande kan det kräva att man använder modell 9 där den professionelle eller verksamheten kan sätta upp ramar för DBF. Om det istället handlar om ett förhandlingsbart ideal, kan det snarare vara något som den

professionelle för fram som ett argument i versionerna 7-8 eller i någon av de andra modellerna där den professionella har utrymme att ge uttryck för sin /verksamhetens uppfattning.

4.4 Synen på ansvar

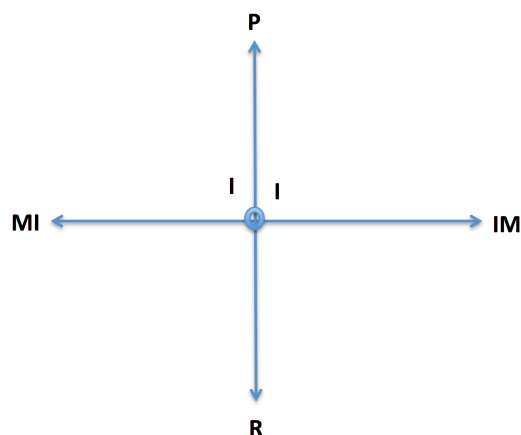
Ytterligare en viktig skillnad förefaller vara synen på individens ansvar inom hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens område. Inom hälso- och sjukvårdens område görs inga referenser till individens ansvar för sin egen situation och i den etiska plattformen för prioriteringar sägs det uttryckligen att patienter inte får ställas till ansvar för tidigare val i livet. I denna plattform ges visst utrymme för att ta hänsyn till patientens framtida val och för att stödja egenvård, men det ges inga tydliga riktlinjer när det gäller detta. Inom socialtjänsten lyfter man å andra sidan fram att insatserna ska utgå från att människor har (och kan ta?) ansvar för sin sociala situation och man betonar vikten av att stödja personen för att frigöra och stärka egna resurser som kan möjliggöra ett sådant ansvarstagande.

I relation till DBF innebär det att vi kan identifiera ytterligare ett möjligt mål/värde som DBF skulle kunna bidra med (jfr med DBF inom hälso- och sjukvården), nämligen att personen genom att ingå i DBF stärks i sin förmåga att fatta egna beslut och ta ansvar för dessa i sitt liv. I Sandman och Munthe (2009) beskrivs hur vissa av de ovan redovisade modellerna (ffa 7-9, men även delvis 3) kan bidra till att stärka olika förmågor hos personen (exempelvis att värdera och argumentera kring olika handlingsalternativ) som kan anses stärka personens förmåga att ta ansvar för sin situation. Samtidigt väcker det intressanta frågor kring om personens deltagande i DBF också innebär att vi i större utsträckning kan ställa krav på att hen tar ansvar för sin situation (eftersom vi därmed potentiellt stärkt personens förmåga till ett sådant ansvarstagande) (Sandman et al., kommande), och därmed möjlighet att på olika sätt villkora insatser till personen eller att det påverkar den framtida prioriteringen av personens behov.

4.5 En generell modell för hänsynstaganden i samband med DBF inom socialtjänsten

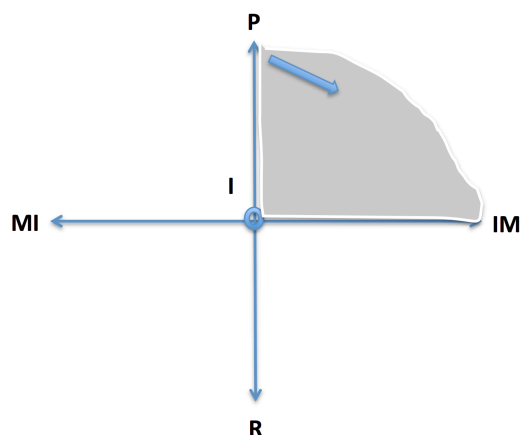
Om vi återgår till de tre figurerna ovan kan vi nu slå samman dessa och skapa schematiska bilder av hur olika verksamheter placerar sig i relation till, dels inslag av medborgarideal respektive betoning av individers makt och ansvar, dels hur behovs- och nyttobedömningar kan styras av regleringar, professionella ideal och individers egna synsätt. Profilen av hänsynstaganden i dessa avseenden för en verksamhet påverkar i sin tur vad DBF kan användas till och hur det, i ljuset av detta, bör utformas. Generellt kan sägas om figuren, att ju närmare vi rör oss mitten på den vertikala axeln och ju längre ut åt höger på den horisontella axeln, desto mer rör vi oss mot de former av DBF som betonar individens eget beslut och inflytande. Ju mer vi rör oss uppåt eller neråt på den vertikala skalan, desto snävare ramar finns det för anpassning till individuella önskemål och synsätt. Generellt gäller i sådana fall att modellerna 1-3 för DBF blir mer tillämpliga och de andra modellerna mindre. Detsamma gäller om vi rör oss mot ett starkare medborgarideal som är styrande, jämfört med ideal som handlar om att stärka individens makt över sitt liv enligt eget tycke. För att underlätta sådana avgöranden utrymmer för olika sorters DBF beskrivas relaterat till olika verksamhetsområden i en modell som kombinerar både de nyss nämnda variationerna (horisontell och vertikal). Figurerna som följer nedan syftar till att grafiskt framställa sådana skillnader.

Figur 4: Generell modell för hänsynstaganden som bestämmer utrymmet för olika sorters DBF



Som en jämförelse inleder vi i figur 5 med att illustrera hälso- och sjukvårdens situation. Det grå fältet representerar det huvudsakliga område av hänsynstaganden inom vilket DBF inom hälso- och sjukvården varierar (och ger upphov till olika varianter av DBF) och pilen indikerar den utveckling mot ökad individmakt för patienter som då ofta har eftersträfvats.

Figur 5: Variationsområde för DBF inom hälso- och sjukvården



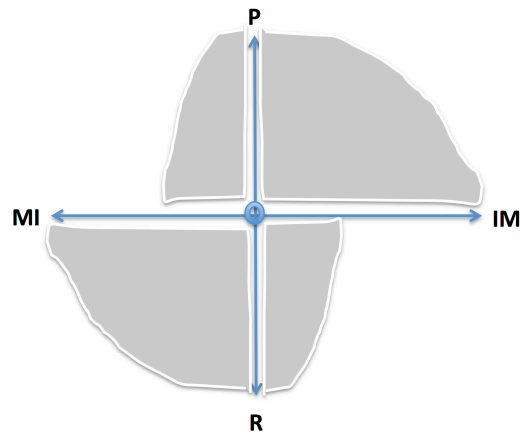
Om vi istället betraktar socialtjänstens olika områden får vi följande bilder av vilka variationsutrymmen av hänsyn som erbjuds som grund för att använda någon form av DBF.

4.5.1 Äldre och funktionshindrade

Inom äldreomsorg och funktionshinderområdet förefaller vi framförallt röra oss på skalan mellan individ- och professionsbestämning, med tyngdpunkten kring individbestämning. Horisontellt ligger vi där snarar på individmaktsidan, men med medborgaridealet som ett bakgrundsantagande (som dock individens makt kan trumfa). Lite förenklat förenas här starka rättigheter baserade på ett medborgarideal om vad ett gott liv innebär och vilka individen har oavsett vad hen själv anser om saken med hög grad av makt för den enskilde att påverka hur dessa rättigheter förverkligas. Resultatet blir att ett DBF här kan ha stora variationer i vad slags hänsyn som vägs av på vilka sätt. I ett enskilt fall kan en klient vilja förhålla sig passiv och då blir resultatet upp till den professionelle att avgöra mot bakgrund av de starka rättigheter som den enskilde åtnjuter. I andra

fall kan klienten vilja vara mer aktiv och beroende på vad hen då har för synpunkter och önskemål, kan det bli stora variationer som rör sig mer eller mindre från "klockan 7" respektive "klockan 12" mot "klockan 3" i figuren.

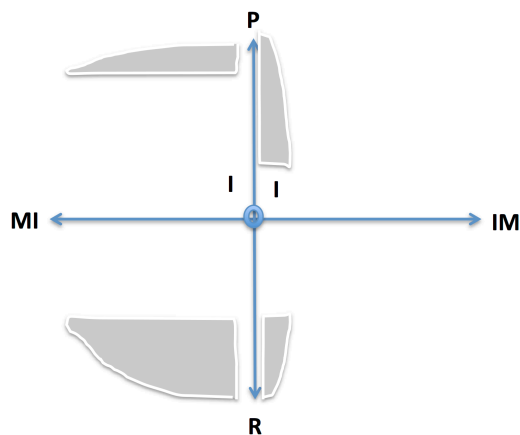
Figur 6: Variationsområde för DBF inom Socialtjänsten: äldreomsorg och funktionshinder



4.5.2 Barn och unga

När det gäller barn så förefaller detta mer professions och/eller regleringsbestämt och utrymmet för individbestämning av behov och nytta är märkbart mindre, framförallt om vi här pratar om vårdnadshavarnas inflytande och det rör sig om barn som misstänks fara illa på något sätt. Inom detta område finns ett tydligare och mer detaljerat medborgarideal som är styrande för vad som kan anses vara ett acceptabelt sätt att ta hand om och visa omsorg om barnen, där utrymmet för individmakt följaktligen blir begränsat och även den professionelles berättigade handlingsmöjligheter kan vara kraftigt beskurna. Följaktligen blir här variationsutrymmet för vilka hänsyn som kan ges utrymme inom DBF likaledes begränsat, i extrema fall kan det vara inskränkt till mindre detaljer kring, t ex det praktiska genomförandet av ett omhändertagande. Men i tidigare skeenden av ett ärende kan förstås sådana möjligheter också vara en del av ett samråd med klienterna som syftar till nå DBF i linje mot anpassning till det medborgarideal som är styrande inom detta område.

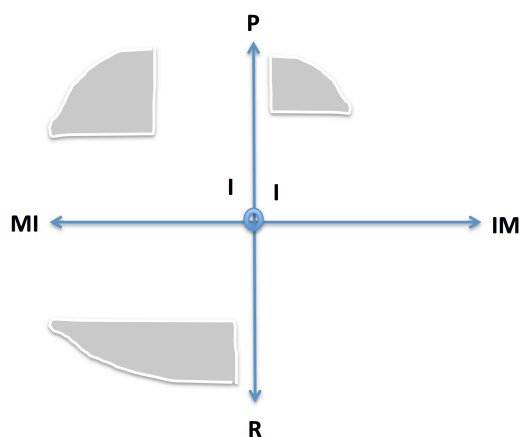
Figur 7: Variationsområde för DBF inom Socialtjänsten: barn



4.5.3 Missbruk

När det gäller missbruksområdet så rör vi oss snarare mot en starkare professionsbestämning när det gäller bedömning av behov, medan nyttan med insatserna delvis också är regleringsbestämda. Här finns återigen ett starkt medborgarideal som förefaller kunna inskränka utrymmet för individmakt. Ett DBF inom detta område förefaller ha något större variationsmöjligheter än inom området barn och unga, särskilt förefaller finnas en del utrymme för gemensamma dryftanden av hur individens problem ter sig, vilka handlingsmöjligheter som finns i dennes liv och exakt när situationen kan anses vara så långt gången att mer restriktiva åtgärder kan komma att aktualiseras. Förvisso finns här mer objektiva gränser satta av lagstiftning, men denna tycks ändå ge mer möjlighet för individer och professionella att samråda kring när och hur olika mer skarpa bestämmelser är tillämpliga jämfört med området barn och unga och detta kan förstås också leda till DBF där klienten anpassar sitt beteende för att undvika tvångsåtgärder.

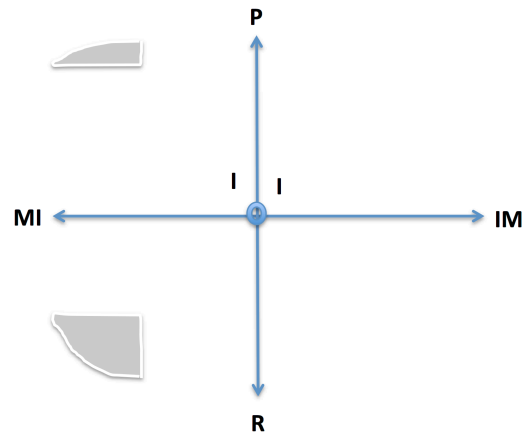
Figur 8: Variationsområde för DBF inom Socialtjänsten: missbruk



4.5.4 Försörjningsstöd

Slutligen när det gäller försörjningsstöd så förefaller det ytterst regleringsbestämt och framförallt kopplat till ett medborgarideal och utrymmet för individbestämning samt individmakt förefaller ytterst begränsat. Det individen kan tänkas påverka är främst att avgöra när vederbörande tycker sig ha anledning att söka stöd och att bidra med personliga synpunkter på sitt behov, dock utan att därmed ha något inflytande att tala om. Ett DBF får här ett ytterst begränsat utrymme att variera inom dessa ramar, även om förstås ett slags samrådsförfarande kan vara till hjälp att individer och professionella uppfattar situationen korrekt. Annars förefaller utrymmet för DBF inom detta område mest skapas i eventuella diskussioner om hur ett identifierat behov ska kunna åtgärdas, dvs. hur individen ska kunna få en försörjning i enlighet med det medborgarideal som nämnts.

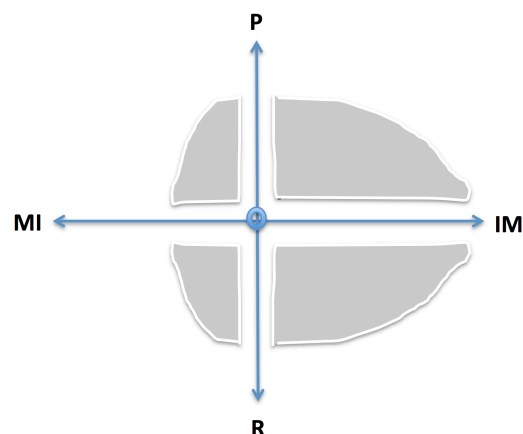
Figur 9: Variationsområde för DBF inom Socialtjänsten: försörjning



4.5.5 Vardagsärenden

Vid sidan av de särskilt reglerade områden som finns och tillspetsade fall som där kan aktualiseras, består socialtjänsten också av mindre entydiga "vardagsärenden", där inga av de extremer som berörts ovan är för handen. Visserligen kan i dessa fall, då en individ eller familj helt enkelt kommer i kontakt med socialtjänsten på mer vaga premisser, inslag av faktorer från de nämnda områdena figurera, men i den omedelbara situationen finns inledningsvis en mer obestämd uppfattning om behov av någon sorts stöd eller insats. I fall som dessa förefaller hänsynstagandena kunna variera en del och utrymmet för DBF vara relativt omfångsrikt. Dock gäller, att detta beror på just att beslutsfattandet i mångt och mycket gäller just att komma fram till vari eventuella problem består (eller att enas om att det inte finns något problem), ofta med betoning på att förebygga framtida problematik av mer skarpt slag inför någon sorts hot (sjukdom, arbetslöshet, skilsmässa, etc.). I denna process har klienten ovanligt mycket att säga till om och dennes perspektiv kan naturligt få mycket utrymme, även om den professionelles kunnande och synpunkter, liksom ramen av reglering, förstås också har betydelse.

Figur 10: Variationsområde för DBF inom Socialtjänsten: vardagsärenden



4.6 Exempelfall från socialtjänsten

För att konkretisera vad resonemangen och figurerna ovan kan innebära i enskilda fall, för vi nu in några typ-exempel hämtade från socialtjänstens verksamhet, vilka har kommit oss tillhanda genom tjänstemän på Socialstyrelsen. Alla egen-namn i fallbeskrivningarna är fingerade. I relation till fallen analyserar vi i vilken utsträckning det förefaller finnas utrymme för DBF och i så fall vilken modell av de nio som nämndes i avsnitt 2.1 som förefaller mest lämplig.

4.6.1 Fall 1: Misstanke om att barn far illa

Ensamstående mamma, pappa delar vårdnaden. Tonåringen Laban har befunnit sig i olämpliga miljöer en längre tid och det kommer in rapporter (från jour och polis) till socialtjänsten och mamman om detta. Mamma kommer till socialtjänsten och ber dem omhänderta tonåringen eftersom hon inte längre kan ”hantera” honom och han är misstänkt för narkotikabrott. Pappan tycker inte att det är något problem, ”sonen kommer att växa ur problemen”.

I detta fall finns reglerat att en anmälan ska göras: ”Var och en som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa bör anmäla detta till socialnämnden.”⁹ Som synes är detta en rekommendation, men för somliga grupper utgör det en skyldighet. Hit hör olika myndigheter som i sin verksamhet har med barn och ungdom att göra, andra myndigheter såsom socialtjänsten, polisen, m.fl. Den process som därefter tar vid innebär kortfattat¹⁰: Socialnämnden bekräftar att anmälan har inkommit och gör genast en skyddsbedömning, d.v.s. en bedömning av om barnet/den unge behöver omedelbart skydd, vilket också är reglerat av Socialtjänstlagen. En utredning kan inledas direkt om skyddsbedömningen visar att det finns skäl för detta. I annat fall görs en förhandsbedömning av huruvida en utredning ska göras eller ej. I de fall en utredning görs så ska den berörde genast informeras om detta och de barn som har uppnått 15 års ålder ska underrättas personligen och de har rätt att föra sin egen talan. I utredningsarbetet har barnet rätt till delaktighet och information och i Socialtjänstlagen formuleras det på följande sätt:

1. När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information. Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klargöras på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.
2. Ett barn som har fyllt 15 år har rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden enligt denna lag. Ett barn som är yngre får höras i domstol, om barnet inte kan antas ta skada av det.¹¹

Utredningar som behandlar barns stöd eller skydd ska vara slutförda inom fyra månader såvida inte särskilda skäl finns för att förlänga utredningen. En utredning måste inte leda till en insats. I fallet ovan avslutas ärendet utan åtgärd. Men ett ärende kan avslutas utan åtgärd på grund av olika skäl; det kan bedömas att inga insatser behövs men det kan också vara så att barnets vårdnadshavare inte samtycker till insatser. I det senare fallet kan lagen stödja insats ändå efter beslut av Socialnämnden.

I detta fall är uppenbarligen de åtgärder som krävs av socialtjänsten efter att det uppkommit en misstanke om behov hos tonåringen relativt strikt reglerade. Klienten har här egentligen inga möjligheter att ha inflytande över huruvida ett ärende upprättas och en utredning sätts igång. Likaså förefaller det finnas få möjligheter för klienten att påverka huruvida hen kan anses ha ett behov av insatser eller inte, dvs. om det konstateras att tonåringen använder droger så finns det ett behov av insatser (oavsett huruvida tonåringen själv uppfattar att det finns ett sådant behov

⁹ SFS 2001:453, 14 kap., 2§.

¹⁰ Se Socialstyrelsen (2014c).

¹¹ SFS 2001:453, 11 kap., 10§.

eller inte). Här finns ett starkt medborgarideal kring barn/ungdomar och deras föräldrar som begränsar autonomin. Det förefaller rimligt att tonåringen involveras i en dialog kring huruvida det finns en droganvändning eller inte, men det kan betraktas mer som ett instrument för utredning än ett exempel på DBF. Däremot så förefaller det finnas visst utrymme att påverka vilka insatser som sätts in om det konstateras ett behov, här finns det ett visst utrymme för DBF. Delvis kan det kopplas till att klienten kan ha uppfattningar om nyttan med åtgärderna, men liksom när det gäller att konstatera behovet så finns det delar av nyttan som inte förefaller förhandlingsbar – dvs. insatserna ska leda till minskad eller upphörd droganvändning. I detta fall finns dessutom en speciell aspekt kopplad till vårdnadshavarna, dvs. att det finns visst utrymme för dessa att motsätta sig att insatser sker. Det innebär att det finns skäl att involvera dem i DBF där de har möjligheter att göra sin åsikt hörd när beslut om insatser väl ska fattas.

Eftersom detta är en situation där det finns tydligt begränsande reglering och bakomliggande ideal, så förefaller en kombination av modellerna 1-3 och modell 9 vara lämplig: de första avspeglar att klienternas utrymme för inflytande här är begränsat och att föreskrivna normer styr det mesta av hanteringen, men att det finns skäl att ha en dialog med dem för att tillämpa dessa och den sistnämnda innebär att det finns utrymme för att socialtjänsten kan anpassa sig strategiskt till klienters önskemål för att undvika onödigt tillspetsade lägen. De professionella eller verksamheten kan då sätta upp ramar för vilka beslut som kan accepteras, och även försöka påverka barnet och vårdnadshavarna att gå med på relevanta insatser (så länge en sådan påverkan sker på ett öppet och transparent sätt).

4.6.2 Fall 2: Misstanke om allvarlig brottslighet

Sven akutplacerades inom Statens institutionsstyrelse efter ett allvarligt våldsbrott. Han var placerad på avdelning YY under den tiden en rättspsykiatrisk utredning pågick. Pojken har vuxit upp med föräldrarna. Han har några äldre bröder. När föräldrarna separerade bodde pojken kvar hos fadern. Fadern var alkoholiserad och pojken tog hand om honom utan att skola eller de sociala myndigheterna reagerade. Pojken flyttade senare till modern. Signaler kom från omgivningen att pojken betedde sig underligt. Sven uppgavs bl a ha stulit flicktrosor och dödat små djur.

I detta fall finns ett tydligt medborgarideal angående vad som är ett acceptabelt beteende. Svens beteende (om det bekräftas) är kraftigt fördömt av samhället oavsett vad Sven anser om saken, dock med olika handläggning beroende på utfallet av den rättspsykiatriska utredningen. Sven har utifrån den regleringsbestämda bedömningen, som görs av de professionella, ett behov av insatser av det ena eller andra slaget (tvångsvård av något slag och eventuellt konventionell påföljd). När det gäller nyttan av de insatser som övervägs förefaller det möjligt att Sven kan ha visst inflytande över detta – men endast till en viss gräns, eftersom målet är att påverka Svens beteende i en föreskriven riktning som delvis är strängt lagreglerad. När det gäller att konstatera huruvida det finns ett behov av insatser finns inte något utrymme för DBF, bortom modellerna 1-3, där alltså klienten inte har något inflytande vid sidan av att vara en informationskälla. När det däremot gäller att komma fram till vilka insatser som bör sättas kan modell 9 komplettera, eftersom den tillåter visst utrymme för individen att påverka utfallet av dialogen men samtidigt ger de professionella utrymme för att sätta upp ramar för detta utfall och förhålla sig öppet strategiskt till klientens åsikter, exempelvis i syfte att påverka dessa i linje med det föreskrivna målet för samhällets åtgärder.

4.6.3 Fall 3: Ospecificerad oro om barn och familj

Efter en anmälan från skolan om allmän oro att det inte står rätt till med ett barn i årskurs 2 inleds en utredning. Under utredningens gång kommer fram att det är flera runt familjen, både professionella och icke-professionella, som hyser oro för barnet men att det är svårt att identifiera konkreta skäl för den. Föräldrarna har medverkat i utredningen och förefaller ta till sig att det finns en oro och går med på att ta kontakt med BUP för att göra en neuropsykiatrisk utredning, men verkar inte själva vara särskilt bekymrade. Under utredningens gång har socialsekreteraren även börjat misstänka att det kan finnas missbruk i familjen. När socialsekreteraren föreslår insatser i form av familjebehandling avböjer föräldrarna.

Kravet på anmälan från skolan är reglerat på ett sätt som inte ger utrymme för DBF. Under utredningen kan det däremot finnas visst utrymme för DBF när det gäller att avgöra sakläget och vad som är barnets behov liksom vad som vore nyttan med olika insatser, men detta utrymme är samtidigt kringskuret av ett medborgarideal kring vilka förutsättningar barn ska ha i vårt samhälle och professionsbestämda standards, t ex inom barnpsykiatri och -neurologin. Återigen framstår modell 9 som en form för DBF som kan ges utrymme, exempelvis inom ramen för ett familjerådslag (Sundell 2002), dels i den inledande fasen, men kanske än mer när det gäller vilka insatser som ska sättas in och nyttan av dessa; även om modellerna 1-3 också här förefaller behöva blandas in, beroende på hur skarpt behov som konstaterats. Beroende på hur mycket samsyn med vårdnadshavarna som eftersträvas (vilket torde bero på vilket behov som identifierats) kan det t.o.m. bli fråga om modell 8 och, om det bedöms viktigt för barnets intresse att undvika konflikt med familjen, kan det i praktiken bli fråga om modell 7 (där vårdnadshavarna ges egen beslutanderätt kring insatser).

4.6.4 Fall 4: Behovs- och nyttobedömning inom äldreomsorg

En äldre person ansöker om hjälp att handla och att sköta sin hygien (äldreomsorg i form av hemtjänst). Handläggaren samtalar med den äldre och bedömer dels om det finns ett behov av omsorg, dels om insatser krävs för att den äldre ska få en 'skälig levnadsnivå' (enkelt exempel om den äldre kan tala för sig själv).

Till skillnad från de tidigare fallen finns det här ett stort utrymme för individmakt och därmed för DBF i formerna 4-8. Handläggaren har inget föreskrivet skäl att ha synpunkter angående huruvida den äldre personen har "rätt sorts" behov, men däremot att bistå och föra dialog med klienten i syfte att formulera det behov som denne har så väl som det går, vilket pekar mot modellerna 6-7. Vad handläggaren ska bedöma är snarare huruvida den äldre kan klara detta på egen hand eller behöver en insats från äldreomsorgen. I detta finns en viss begränsning av klientens individmakt, som aktualiserar modellerna 1-3. Den äldre kan normalt inte få bistånd för något hen anses klara av själv. Samtidigt har den äldre stor möjlighet att påverka bedömningen av vilka insatser som bäst uppfyller det beskrivna behovet, så i praktiken kan det likväl bli fråga om modell 8, i den mån en gemensam syn kan arbetas fram i dialog.

4.6.5 Fall 5: Omsorg om äldre med nedsatt beslutsförmåga

Anhöriga är oroliga och vill ansöka om en plats på särskilt boende för en äldre person med kognitiv svikt och därmed behov av både tillsyn och omsorg, men den äldre själv vill inte flytta.

Om den äldre personen i detta fall har en så allvarlig kognitiv svikt att hen inte längre är beslutskompetent uppkommer inte frågan om DBF (eftersom detta kräver en tillräcklig grad av beslutskompetens). I det fallet kommer personens behov och nyttan av insatsen (dvs. en flytt) snarare vara helt och hållet professionsbestämd (baserad på anhörigas information). Om personen, å andra sidan, fortfarande är beslutskompetent (trots sin kognitiva svikt) uppkommer inte heller tillfälle till ett DBF kring behovet av flytt, eftersom personen uppenbarligen inte

bedömer att hen har ett sådant behov. Däremot kan det naturligtvis uppkomma en dialog med åtföljande DBF kring om personen har andra behov av insatser, liksom en dialog med klienten kan ingå i bedömningen av dennes beslutsförmågor.

4.6.6 Fall 6: Vardaglig behovsbestämning på särskilt boende

En äldre person på ett särskilt boende, med funktionssvårigheter (på grund av t.ex. benamputation eller halvsidig förlamning), behöver gå på toaletten (eller vill gå och lägga sig) men personalen har inte tid just då. Den äldre får därför vänta och kan inte själv bestämma trots tydliga behov. Alternativt fall: en person med funktionshinder som har särskilt boende hamnar i en situation motsvarande den äldres.

När det gäller behovsbestämningen i detta fall förefaller det inte finnas något skäl för DBF alls; om personen bedömer att hen behöver gå på toaletten finns det inget skäl för personalen att ifrågasätta detta. Inte heller när det gäller vilken insats som ska göras och nyttan av denna förefaller det finnas skäl för DBF. Om personen bedömer att hen behöver och vill gå på toaletten (istället för att använda blöjan om det finns en sådan) så bör det normalt vara vägledande. Även tidsaspekten som förhindrar personalen att bistå klienten talar emot DBF, då detta kräver tid för dialog. Här handlar det snarare om hur personalen ska prioritera sin tid i förhållande till ett givet behov och en insats med en given nytta kopplat till det aktuella behovet. Om det finns mer angelägna behov, kanske de måste prioritera dessa framför att ta denna person på toaletten, om inte, så bör personen ifråga få hjälp till toaletten.

4.6.7 Fall 7: Klient avvisar vård som villkor för försörjningsstöd

Person med skadligt bruk/beroende av droger ansöker om försörjningsstöd men avböjer erbjudande om insatser för missbruket.

När det gäller behovsbestämningen rör vi oss här inom två områden där vi ovan bedömt att utrymmet för individen att påverka är mer begränsat. Behovet av försörjningsstöd är strikt reglerat och professionen har stort inflytande när det gäller att bedöma huruvida personen har ett missbruk eller inte. Oavsett om det finns regler som ställer krav på åtgärder mot missbruket för att kunna ge försörjningsstöd eller inte, så förefaller utrymmet för individen att påverka behovsbedömningen vara på samma vis ytterst begränsat och det är tveksamt om det kan sägas finnas utrymme för DBF överhuvudtaget, i så fall modellerna 1-3 och kanske 9 med ett mycket begränsat utrymme för kompromiss). På motsvarande sätt kan vi resonera kring DBF kopplat till vilka insatser som är möjliga och nyttan av dessa. Storleken på försörjningsstödet är reglerat, oavsett vad personen anser om huruvida det är tillräckligt eller inte. Klienten kan tacka nej till de insatser som hen erbjuds mot sitt missbruk (vilket också sker) vilket gör att i den mån det alls sker ett DBF så är det rimligen i enlighet med modell 9, där den professionella försöker påverka klienten till att acceptera vård – men denne i sista änden vägrar – något som hen har rätt till så länge hen inte uppfyller kriterierna för tvångsvård.

4.6.8 Fall 8: Klient önskar icke föreskriven missbruksbehandling

En person med ett konstaterat skadligt missbruk av droger ansöker om slutenvård men kommunens policy anger att öppenvård bör erbjudas.

Här finns inget behov av DBF när det gäller behovsbestämningen, klienten ger uttryck för ett behov som bekräftas av den professionelle, möjligen kan denna konsensus ha föregåtts av DBF, t.ex. modell 8, då det här föreligger enighet. När det däremot gäller vilka insatser som klienten anser bör ges och nyttan av dessa så finns det en oenighet mellan klienten och den professionelle. Om kommunens policy tolkas som bindande, blir utrymmet för DBF begränsat till 1-3, vilket leder till att klienten erbjuds en åtgärd som hen kan tacka ja eller nej till. Om det däremot finns

visst handlingsutrymme för den professionelle att gå emot policyn i särskilda fall, kan DBF hjälpa till att avgöra om ett sådant fall föreligger, t.ex. med en blandning av modellerna 1-3 och 9, beroende på det långsiktiga behovet att förhålla sig strategiskt till klienten.

4.6.9 Fall 9: Information om tvångsvård för att motivera till frivillig vård

En person med konstaterat missbruk av droger erbjuds frivillig vård. Klienten får samtidigt information om att tvångsvård kan bli aktuellt om frivillig vård inte accepteras. Liknande fall kan också uppstå i samband med familjevård, där vårdnadshavare kan informeras om möjligheten att barn omhändertas om missförhållanden förvärras eller stödåtgärder avvisas.

Som vi varit inne på tidigare så eftersom det gäller missbruk så är individens möjlighet att påverka behovsbedömningen begränsad – har personen ett konstaterat missbruk föreligger det behov av insatser enligt SoL. När det gäller att komma fram till vilka insatser som ska sättas in och nyttan av dessa så har individen dock även i fallet med missbruk ett visst utrymme att påverka, enligt ovan normalt i linje med modell 9 – dvs. där det dock finns ramar för detta utrymme. I detta fall uppfyller dock klienten kriterierna för tvångsvård av missbruket (om inte detta används som ett tomt hot för att få klienten att acceptera den frivilliga vården) och det innebär att den professionelle kan använda tydlig strategisk påverkan för att få klienten att acceptera en viss vård.

4.6.10 Fall 10: Person söker vägledning för hjälp med riskbeteende

En socialt integrerad person med riskbruk av alkohol/droger uppsöker socialtjänsten för råd och stöd för att komma ur sitt riskbeteende. Ett annat exempel kan vara en person som har ett privatekonomiskt riskbeteende, t.ex. gällande skuldsättning eller spelande.

I detta fall, där klienten inte har ett missbruk eller en aktuell problematik av annat slag utan endast ett riskbeteende, finns det stora möjligheter för klienten att påverka bedömningen av huruvida hen har ett behov av insatser eller inte. Därmed framträder modellerna 4-9 som tillämpliga, beroende på ambitionsnivå hos den professionelle och hur allvarlig situationen uppfattas. Beroende på hur riskfyllt klientens beteende är kan den professionelle vara mer eller mindre angelägen om att få personen att nå fördjupad insikt i problematiken och även acceptera vissa insatser (i vilket fall modellerna 7, 8 och 9 passar bra, beroende på hur dialogen utvecklar sig). Om det snarare handlar om att ta reda på vad klienten vill och försöka erbjuda insatser som skulle kunna passa, och som klienten kan välja att acceptera eller inte, så handlar det snarare om modellerna 4-6 beroende på hur mycket den professionella hjälper till att tolka klienten eller rekommenderar vissa insatser.

5. DBF och evidensbaserad praktik

I avsnitt 4 har vi belyst skillnader vad gäller grundläggande mål och värden mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten utifrån regelverk och praxis och vad detta kan få för konsekvenser för möjligheterna att införa DBF inom socialtjänstens olika områden. I detta avsnitt tillför vi ytterligare en dimension till den analysen, nämligen kraven och förväntningarna på att socialtjänsten ska evidensbaseras. I andra sammanhang har vi pekat på hur DBF inom hälso- och sjukvården kan leda till problem utifrån ett evidensbaseringsperspektiv (Gustavsson et al 2015). Inom hälso- och sjukvården är ju ”golden standard” för evidens randomiserade kontrollerade studier som ger resultat på statistisk gruppnivå, eller i brist på detta, stora kontrollerade fallserier under lång tid. I båda dessa fall är det väsentligt att kontrollera för faktorer som kan störa möjligheten att dra konklusiva slutsatser, vilket normalt innebär att man har ett strikt selekterat urval av patienter som deltar i dessa studier samt strängt standardiserade sätt att mäta utfallen. Om patienten sedan i den kliniska situationen ger uttryck för andra behov (än de som studerats i studierna) eller vill ha en behandling som avviker från den som studerats – innebär det att även evidensen i den kliniska situationen blir oklar (utifrån denna ”gyllene standard”). Då uppstår naturligtvis frågan om vi får ett motsvarande problem när vi rör oss över till socialtjänstens område. Detta förefaller bero hur man tolkar evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och hur denna är tänkt att integreras och användas inom socialtjänstens område.

5.1 Vad är evidensbaserad praktik inom socialtjänsten?

Som nämdes i avsnitt 3.2 finns en bakgrund till idéerna om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. 2008 kom betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU 2008:18), där det konstaterades att socialtjänsten i större utsträckning behöver bedriva insatser utifrån kunskaper om effekterna av dessa och detta följdes upp med en departementspromemoria samt en överenskommelse mellan Staten och SKL om en plattform för att kunna arbeta med att utveckla och stödja EBP inom socialtjänsten.¹² Alltsedan dess har överenskommelser gjorts kontinuerligt och syftet med insatserna åskådliggörs i citatet nedan:

Insatserna ska syfta till att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap och informationsteknik. Avsikten är att skapa förutsättningar för att resurser ska användas för de insatser och på det sätt som de gör bäst nytta. Utgångspunkten är lagstiftningens krav på en god kvalitet i socialtjänsten sett ur ett brukar- och medborgarperspektiv. Det övergripande målet är att brukare, oavsett kön, ålder, etnicitet, funktionsnedsättning, religion och sexuell läggning, ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap samt att öka tillgänglighet, kvalitet och effektivitet genom eHälsa.¹³

Relevant för denna rapports syfte är skrivningarna om hur den evidensbaserade praktiken förstås i relation till det samspel mellan professionella och klienter där DBF kan aktualiseras. Övriga inslag i EBP, t.ex. olika insatser för eHälsa kommenteras inte.

I plattformen från 2010 sägs att EBP är ”ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande, där brukaren och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap, tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser i den mån brukaren eller hans eller hennes närstående kan och vill vara delaktiga” (Socialdepartementet 2010). Något senare förståelser av EBP är t.ex:

¹² Se Socialdepartementet 2010 & 2013.

¹³ Socialdepartementet 2013, s. 4.

en medveten och systematisk användning av: den bästa tillgängliga kunskapen; den professionelles expertis; den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål. Hur informationen från de olika kunskapskällorna vägs samman bestäms av det nationella och lokala sammanhanget, till exempel lagstiftning, riktlinjer och tillgängliga insatser.¹⁴

I Socialstyrelsens handbok "Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten" (Socialstyrelsen 2015b, s. 56) finns en modell som illustrerar hur de olika komponenterna ska betraktas:



EBP beskrivs som "ett alternativ till en praktik där professionella bestämmer på egen hand, utan insyn och utan hänsyn till de senaste vetenskapliga rönen" (Socialstyrelsen 2012c, s. 10). Det framhålls också att klientens intressen och önskningar är viktiga i EBP: "I EBP väger den hjälpbehövandes egna önskemål tungt (såvida inte lagstiftningen säger annat)." (Socialstyrelsen 2012c, s. 8). Och vidare anföras att: "Definitionen av evidensbaserad praktik understryker vikten av att väga in klientens situation, erfarenhet och behov inför beslut om insatser. Vad klienter och deras anhöriga föredrar, förväntar sig och upplever är en viktig del av evidensbaserad praktik" (Socialstyrelsen 2012a, s. 40). Samtidigt betonas den evidensbaserade praktikens begränsningar när det sägs att "vi aldrig kommer att ha tillräcklig kunskap om vad som fungerar för en enskild klient" (Socialstyrelsen 2012a, s. 12). Vad som "fungerar" kan, helt enkelt, tolkas som öppet för tolkning – där förstås klientens synpunkter också kan ges utrymme – men där den evidensbaserade praktiken kan bidra till en systematisk hantering av denna tolkning.

I de olika skrifterna om EBP framförs också vad EBP *inte* är eller ska uppfattas som. Till dessa uppfattningar hör: "Att evidensbaserad praktik är detsamma som evidensbaserade metoder"; "Att EBP ger entydiga besked för beslutsfattande"; "Att EBP reducerar professionella till robotar"; "Att endast randomiserade kontrollerade studier ger information om metodens effekter" och "Att EBP handlar om att spara pengar" (Socialstyrelsen 2012c, s. 17). Särskilt viktig är här vidden i synen på vad som kan utgöra "bästa tillgängliga kunskap" – som exempel anföras "välgjorda kohortstudier" men även forskning om annat än effekter, t.ex. prognoser och screening.

¹⁴ Socialstyrelsen (2012a), s. 11.

(Socialstyrelsen 2012c, s. 14). Vikten av strukturerad dokumentation inom och för EBP betonas samtidigt och det anförts att det är ”nödvändigt att kontinuerligt dokumenteras (sic!) vilken inverkan som forskning, praktikers erfarenhet och expertis samt klienternas erfarenheter och önskemål har haft på utredningar och beslut av insatser” (Socialstyrelsen 2012a, s. 12). Detta går hand i hand med det fokus på olika typer av systematisk uppföljning och systematiska översikter som framförs. (Socialstyrelsen 2014b).

Utifrån denna inledande beskrivning kan man dra slutsatsen att DBF verkar ses som en integrerad del av EBP inom socialtjänsten, på ett sätt som inte är lika tydligt inom hälso- och sjukvårdens område. Synen på relationen mellan evidensbaserad och DBF verkar därmed ha ett mindre konfliktfyllt förhållande inom socialtjänstens område än inom hälso- och sjukvården. Centralt i idén om EBP är att professionella och klienter på ett strukturerat sätt och kontinuerligt samråder kring olika steg i behandlingen av ärenden, hur dessa ska beskrivas, samt i vad mån det föreligger oenighet eller ej samt systematiskt dokumenterar detta samråd. Vilka former av DBF som därmed kan vara lämpliga och hur de ska implementeras beror dock på en rad ytterligare faktorer, som utreds översiktligt i avsnitt 5.2. Därefter kommenteras *när* i handläggningen av olika ärenden DBF lämpligast kan ges utrymme.

5.2 Former för DBF i EBP: en kartbild

Dokumentation är förstås viktigt för andra syften än EBP, t ex den enskildes rättssäkerhet och det löpande arbetet inom socialtjänsten. Men den spelar också stor roll vad gäller uppföljning och utvärdering och i förlängningen: kvalitetssäkring – dvs. för den vanligaste formen av EBP (Socialstyrelsen 2015b, ss. 201ff.). Den systematiska uppföljningens nytta indelas i sin tur in med avseende på olika områden eller nivåer: ”i det direkta arbetet med klienter (individuell uppföljning), på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten (verksamhetsuppföljning) och på nationell nivå i form av exempelvis öppna jämförelser (nationell uppföljning)” (Socialstyrelsen 2014b, s. 7).

Det finns flera modeller för systematisk uppföljning och utvärdering och en som är omtalad i flera skrifter utgivna av Socialstyrelsen är SSD, Single system designs eller Single case experimental designs. Det svenska namnet på denna är Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS). MOS är inte den enda modell som kan hjälpa till vad gäller att arbeta med EBP, men då denna modell omtalas i flera texter, koncentrerar vi oss på den som vårt exempel. I ”Att skapa en grund för evidensbaserad praktik” återfinns ett avsnitt benämnt ”Uppföljning av enskilda klienter”. Där presenteras MOS syfte som att ”följa upp enskilda individer över tid genom att mäta om en viss insats är till nytta för en viss individ. Det är alltså ingen vetenskapligt kontrollerad studie av insatsers effekter.” (Socialstyrelsen 2012a, s. 38). Metoden innebär att klient och den professionella tillsammans: ”omformulerar individens problem; bestämmer sig för en insats; bestämmer vad som ska mätas; gör en eller flera förmätningar innan insatsen sätts in. Därefter görs mätningar med jämna mellanrum, både under tiden som insatsen ges och efter avslutad insats. Efter dessa steg dokumenterar man insatsen och beskriver beståndsdelarna.” (Socialstyrelsen 2012a, s. 38). Därefter bedöms insatsen professionellt utifrån frågor om måluppfyllelse, förändrad livssituation för klienten, m.m.

Givet de ansatser som anförts i Socialstyrelsens material kan vi här tänka oss att en modell för DBF inom socialtjänsten som skulle kunna vara önskvärd, är en modell som harmonierar med såväl EBP så som den framställs i Socialstyrelsens texter *och* en god metod för systematisk uppföljning och utvärdering av insatser som innefattar en modell för dokumentation. Detta *skulle kunna vara* den metod som kallas MOS, men det är på intet sätt nödvändigt. Det som framförs

om MOS är att den ”hjälpes den professionella att väga samman klientens önskemål eller situation med bästa möjliga kunskap om insatsen och med den professionellas egna erfarenheter” (Socialstyrelsen 2012b). Om andra modeller kan fylla motsvarande funktion kan man således använda dessa.

Låt oss likväl använda MOS som ett exempel på en sådan metod eller modell inom vilken DBF i syfte att uppnå EBP ska ges utrymme. Frågan blir då vilka modeller (av de tidigare presenterade nio) av DBF som kan kombineras på ett gott sätt med såväl EBP som MOS. Här gäller det att identifiera innehållet i både EBP och MOS och de olika steg som MOS innebär.

Det som måste klargöras och tolkas vad gäller MOS är vad det betyder att ”man tillsammans med klienten omformulerar individens problem; bestämmer sig för en insats; bestämmer vad som ska mätas; gör en eller flera förmätningar innan insatsen sätts in”.¹⁵ Och därefter vad det innebär att man tillsammans gör ”mätningar med jämna mellanrum, både under tiden som insatsen ges och efter avslutad insats”¹⁶ och hur det går till att dokumentera insatsen och ge en beskrivning av dess beståndsdelar.

Låt oss se endast på ett exempel, utifrån det första steget – eller den första uppgiften – i MOS: att omformulera klientens problem. Tanken är här att man tillsammans först frågar sig vad det största bekymret är för klienten. ”Samarbete är särskilt viktigt under problem- och målformuleringsfaserna” sägs i ”Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer.” (Socialstyrelsen 2012a, s. 38). Klienten väljer problem och ett mål att arbeta vidare med och den professionelle ska hjälpa klienten med att sortera och prioritera bland problem och mål så att dessa kan rangordnas i en prioriteringsordning. Mål och delmål ska därefter specificeras. Sedan ska mätbara mål formuleras och slutligen ska en adekvat insats hittas.

Av de nio tidigare presenterade modellerna för delat beslutsfattande inom vården förefaller de modeller som har ett stort inslag av gemensamt övervägande och undersökande vara mest i linje med den ansats som presenteras här – dvs. modellerna 7-9 och eventuellt 3 (om beslutet vilar hos den professionelle). Men fortfarande kvarstår då frågan om vilken beslutsform som är mest lämplig. Här förefaller idealet vara ett gemensamt beslut (dvs. modell 8) men dels kan idén om ett gemensamt beslut ifrågasättas som orealistiskt eller förljuget (det finns alltid någon som tar initiativet eller som har det faktiska slutliga beslutsmandatet), dels har vi sett ovan att i många fall kan det finnas skäl som gör att ett harmoniskt gemensamt beslut kanske inte är möjligt. Det innebär att den gemensamma dialogen och överväganden snarare leder till antingen en ren maktutövning av den professionelle där klienten har bidragit med underlag via modellerna 1-3, eller möjligen en kompromiss i enlighet med modell 9.

Utifrån det kan man konstatera att bilden av vilken roll DBF ska ha i EBP nog har beskrivits en smula idealiserat med avseende på klientens ställning och inflytande i Socialstyrelsens olika skrifter som citerats ovan. Samtidigt ligger det mycket i tanken om att *någon* sorts DBF är ett väsentligt inslag i EBP. Vilken form som ska tillämpas kan då dels vägledas av den modell som presenterades i avsnitt 4.5 och som tar hänsyn till vilket sorts ärende som är i fokus för EBP. Men till detta kan också läggas synpunkter som hämtas från vilken roll just *EBP* tillmäts, och vilken funktion det är tänkt att ha. Här ligger alltså fokus inte på vad slags ärenden det gäller och hur dessa värderas utifrån lagar, professionella ideal och klienters önskemål och synsätt utan på vad som EBP är menat att användas till – vad *slags* utvärdering och kvalitetssäkring av *vad* och för *vem* det är som eftersträvas. Den kartbild som framkommer i avsnitten 5.2.1-5.2.3, samt de mer

¹⁵ Socialstyrelsen. (2012). Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg Stockholm: Socialstyrelsen, s. 38.

¹⁶ Ibid.

praktiska synpunkter på i vilka steg DBF kan passa att använda som presenteras i 5.3, kompletterar på så vis modellen i avsnitt 4.5 med ytterligare vägledning för vilken form av DBF som kan vara lämplig i olika situationer och hur denna kan implementeras.

5.2.1 Socialtjänstens "beslutstopografi" och kontinuerlig DBF

En skillnad mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten som även förefaller komma till uttryck i MOS är att man inom socialtjänsten (och MOS) inte lägger vikt vid ett "större, slutligt beslut" som ska fattas och där preferenser för respektive emot något (t.ex. en viss behandling), liksom argument för respektive emot, ska diskuteras och övervägas kring. Visserligen ska man gemensamt enas kring en viss insats, men denna föregås av en mängd andra "mindre" beslut, där klienten ska kunna påverka det problem som ska formuleras och de mål som ska sättas upp. Det finns således här inget "slut" i bemärkelsen av ett slutgiltigt beslut där antingen den professionelle eller klienten har det sista ordet. Man kan naturligtvis välja att se beslutet om vilken insats som ska göras, som detta "större beslut". Men frågan är hur väl en sådan tolkning fångar MOS-modellens "beslutstopografi" – den verkar snarare måla upp bilden av åsrygg som fortlöper i fjärran, än en enstaka kulle att bestiga. Om vi istället tittar på hälso- och sjukvården finns det naturligtvis även där inslag av detta stegvisa beslutsfattande och av "åsryggar", där det är oklart när ett ärende hanterats färdigt, men eftersom beslut om behandling normalt vilar på en professionell grupp, läkarna, blir beslutssituationen i många fall mer tydlig.

Resonemanget kring "beslutstopografi" ovan är tänkt att fånga en aspekt av skillnaden mellan olika patient- respektive klientsituationer. Tanken är att utöver olika aktualiserade värden, olika patientgrupper respektive klientgrupper med olika karakteristika (t.ex. barn, äldre, missbrukare etc.) som gör skillnad för vilken form av DBF som kan vara lämpligt, så kan vi också hitta skillnader värda att ta hänsyn till med avseende på strukturen hos själva beslutsprocessen. För att illustrera detta kan vi se hur Charles och kolleger i en av de klassiska artiklarna om DBF inom hälso- och sjukvården framställer DBF med avseende på en viss, partikulär situation: "The particular decision-making context that we focus on is potentially life threatening illnesses, where there are important decisions to be made at key points in the disease process [...]" (Charles, et al. 1997, s. 681) Dessa "nyckelpunkter" eller viktiga punkter omtalar de senare som "key treatment decision points" (Charles, et al. 1997, s. 682) och de är sådana som, i kraft av sjukdomens framskridande aktualiserar avgörande beslut om behandling.

Förslagsvis bör olika idéer om vad för slags modeller för DBF som socialtjänsten bör anamma inom ramen för EBP, ta hänsyn till att dylika radikala "nyckelpunkter" inte med självklarhet existerar med avseende på alla grupper och beslutsprocesser inom socialtjänsten. Samtidigt fattas naturligtvis beslut även i de olika mindre stegen på vägen mot eller under en viss insats, och någon, antingen den professionelle, klienten eller båda, fattar även dessa mindre och delvis osynliga beslut. Så, även om taxonomin ovan ger intryck att tänka i termer av stora, slutgiltiga beslut – kan den även tillämpas på dessa mindre stegvisa beslut. Utifrån ett EBP-perspektiv kanske det då är än mer väsentligt att tydliggöra vem som faktiskt fattar dessa stegvisa beslut och vad de innebär, och detta kan även ses som positivt ur de allmänna ideal som ligger bakom DBF; eftersom beslutens osynlighet annars kan ge utrymme för manipulation (å antingen den professionelles eller klientens vägnar). Socialtjänstens beslutstopografi gör det förstås mer otydligt när en tydlig modell av DBF behöver implementeras, men samtidigt kan alltså en kontinuerlig dialog, som också dokumenteras bidra till att medvetet hålla ögonen på när det i processen kan vara fråga om "nyckelbeslut", där mer elaborerade varianter av DBF blir aktualiserade. Det kontinuerliga DBF som därutöver pågår längs med ett ärendes "åsrygg" blir då ett medel att föra en strukturerad dialog kring när nyckelbeslut aktualiseras och i denna tycks professionell och klient kunna tillmätas likartad ställning (även om den ene eller andra får en mer framskjuten ställning vid olika nyckelbeslut, vilken talar för olika modeller av de nio som presenterades i

avsnitt 2.1). Detta kontinuerliga DBF i syfte att åstadkomma en strukturerad ärendehantering, problemkaraktärisering och dokumentation kan då lämpligen ta formen av modell 8, där avsteg mot 7 eller 9 kan göras av den professionella utifrån bedömning i situationen.

5.2.2 Dokumentation med MOS och andra verktyg för EBP

Förutom synen på vilka beslut som aktualiseras och vad de innebär är en annan avgörande fråga för hur DBF kan komma in i EBP, vilken typ av dokumentation som eftersträvas. Detta avgörs i sin tur av vilken ambitionsnivå är i den eftersträvalda evidensbaseringen. Ju mer av övergripande generella utvärderingar med hjälp av gedigna "kvalitetsregister" som eftersträvas, desto närmare ligger EBP hälso- och sjukvårdens ideal, som alltså kräver hårt standardiserad och styrd dokumentation. Mindre anspråksfulla synsätt kan nöja sig med att varje ärende har sin egen strukturerade dokumentation i enlighet med dess "beslutstopografi" och då finns betydligt större svängrum för variationer i vad som dokumenteras och hur. Däremellan kan vi hitta mellanformer som blandar försök till mer objektiv mätning och subjektiva variationer.

Dokumentationen, oavsett hur den ser ut, utgör en viktig del i EBP, då såväl mätningar som andra förhållanden och uppgifter ska nedtecknas i formulär och sammanställningar göras, så att bedömningar sedan kan göras av huruvida mål har nåtts eller inte uppnåtts. Bedömning av om en insats ska fortsätta, i oförändrad eller förändrad form, om den ska avslutas etc., görs på basis av dessa sammanställningar. Som redan sagts kan dessa bedömningar aktualisera olika former av DBF. Inom ramen för MOS finns inte bara "MOS-formuläret", utan också olika typer av loggar, som exempelvis används när det är oklart vad för slags problem klienten har. Här finns klientloggar (som klienten själv fyller i) som kan vara av olika typ: utforskande logg, målformuleringslogg, relationslogg och förändringslogg. Utöver klientloggar finns logg för de professionella.

De typer av dokumentation som finns presenterade i MOS-modellen har en inte obetydlig grad av standardisering. Formulären för mätningar är formulerade på förhand och även de olika klientloggarna har en bestämd form. Loggen för de professionella beskrivs som att den skiljer sig från "vanliga journalanteckningar" i så måtto att den ger större möjlighet för systematik. Att dokumentationen i MOS-modellen är standardiserad signalerar en hyggligt hög ambition med avseende på EBP. Men denna standardisering kan alltså innebära att utrymmet för klientens subjektivitet minskar och att delaktigheten och inflytandet därmed är mindre än om en mer "subjektiv", öppen och detaljerad dokumentation skulle föras. Samtidigt är inte förhållandet enkelt. En mer standardiserad dokumentation som ger stort utrymme för hög EBP ambition kan förlora i subjektivitet och öppenhet samtidigt som en mer detaljerad dokumentation kan ge större utrymme för delaktighet men också vara kränkande för integriteten – då klienter pressas på förhand bestämda personliga uppgifter. Anvisningar och struktur för exempelvis loggar, torde kunna ge större respektive mindre utrymme för subjektivitet. Samtliga dessa variationer synes relevanta för valet av modell för DBF inom ramen för MOS – lite förenklat tycks regeln gälla att ju högre ambitionsnivå vad gäller EBP, desto mer begränsas klientens inflytande över vad som dokumenteras, och detta bör avspeglas i vilken modell för DBF som tillämpas.

En kvarstående fråga gäller hur MOS-modellen förhåller sig till dokumentationen av själva *samverkan och delaktigheten*. Samverkan eller DBF är aktuellt vad gäller vad som dokumenteras, hur det dokumenteras men också: vad om *samverkansprocessen* som dokumenteras och hur denna samverkan eller delaktighet dokumenteras.

I "Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS" (SOSFS 2014:5) sägs ingenting om evidensbaserad praktik och ingenting om DBF eller dokumentation av DBF. Det är dock möjligt att se öppningar för var DBF skulle kunna ha sin plats (oavsett om

MOS-modellen används eller ej). Den dokumentation av dialog mellan handläggare och klient som är önskvärd (utifrån vilka värden som ska premieras och vilket slags ”grupp” klienten tillhör) behöver emellertid tydligt införas i den aktuella strukturen, detta då dokumentation av ”dialogperspektivet” i befintliga föreskrifter och råd inte finns med. De allmänna råden om dokumentation uttrycks i bör-satser och det finns alltså här öppningar för att större delaktighet för klienten de facto *har* kunnat förekomma, men inte dokumenterats. Då den professionelle som möter klienten inte är bunden av de allmänna råden kan hen således i praktiken tillämpa en mer dialogisk modell vid möten med klienten. Detta kan naturligtvis resultera i en för klienten och ärendet gynnsam gång, men bristen på dokumentation av detta gör att eventuella fördelar respektive nackdelar med förfarandet förblir ”formellt osynliga”. Detta försvårar systematisk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av olika förfaranden med avseende på just klientens delaktighet och inflytande.

5.2.3 Teamarbete och interprofessionellt arbetssätt

En komplicerande faktor som kan behöva vägas in vid utformningen av DBF med syfte att åstadkomma EBP är hur arbetet kring klienten är organiserat och vilka som därmed kan behöva involveras i beslutsfattandet kring klienten. I många fall kan de professionella vara en eller flera och ofta representera olika verksamheter eller professioner med olika etos, regelverk och andra förutsättningar att förhålla sig till.¹⁷ Många ärenden kan dessutom kräva att de arbetar i team, såväl intra- som interprofessionella. Dessa olika professionella parter kan då ha mer eller mindre väldefinierade roller när det gäller att fatta beslut om insatser, men även här förefaller situationen vara mer komplex än för hälso- och sjukvården. Även inom hälso- och sjukvården arbetar man förstås i team, men generellt ligger beslutsfattandet om medicinsk behandling på läkaren, medan beslut om omvårdnad, arbetsterapi, sjukgymnastik etc. ligger på andra professionella i teamet. Även då finns dock ofta en tydlig rollfördelning, kopplad till det system för ansvarsställande som är definierat genom hälso- och sjukvårdens regelverk.

Inom missbruksvården kan socialtjänsten exempelvis samarbeta med hälso- och sjukvården och även inom hemtjänsten och omsorgen om barn är interprofessionella team vanligt förekommande. Ett fokus på interprofessionella team vad gäller DBF är av vikt, eftersom kunskapen om och ideal kring DBF kan se väldigt olika ut i olika professioner. Vi har t.ex. i den här rapporten sett avgörande skillnader mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården i grundläggande synsätt. Samtidigt är det en trend att samverkan i team verkar öka och sannolikt också lär öka ytterligare, vilket noterats i den internationella forskningslitteraturen kring DBF:

Recently, the concept of SDM has expanded beyond the client/health professional dyad to include significant others such as family members and the interprofessional (IP) healthcare team members.¹⁸

Kunskapen om DBF inom olika professioner kan gissningsvis vara alltifrån praktiskt taget obefintlig till välutvecklad. Olika professioner kan också föredra olika modeller för DBF, dels på basis av vilka modeller man inom professionen uppfattar som bäst lämpade för olika typer av fall, dels på basis av vilka överordnade värden man omfattar som profession, samt olika ideal vad gäller evidensbaserad och förhållande till sådana saker som EBP. Vi kan här också föreställa oss att olika professionella *individer* kan föredra olika modeller, till exempel utifrån olika personliga erfarenheter av tidigare ”tillämpning” av modeller. Denna hypotetiska (men praktiskt inte

¹⁷ I det uppmärksammade fallet under 2014 med den mördade flickan Yara Alnajjar i Karlskrona, uppdagades att hon haft 11 olika handläggare i 5 olika ärenden. Se SVT. *Utredning om Yaras död färdig*.

¹⁸ Légaré, et al. (2014). I den modell Légaré et al presenterar finns också en ”decision coach whose role is similar to a care coordinator with a focus on the decision-making process” (s. 2). En modell av det slaget inkluderar alltså en ytterligare part i teamet: ”beslutscoachen” eller ”beslutshandledaren”, möjligen motsvande de koordinatorsfunktioner som blir allt vanligare i olika verksamheter.

otroliga) mångfald av såväl kunskap om, som preferens för och erfarenhet av DBF kan i ett ärende ge upphov till spänningar. Det utgör i sig ett skäl för att utarbeta en procedur för just interprofessionella team vad gäller hur man ska komma fram till vad för slags modell för delat beslutsfattande man bör arbeta utifrån i ett givet fall.

Utöver denna faktor aktualiserar teamarbete ytterligare utmaningar gällande DBF. En kanadensisk studie visade att de professionella kan uppleva en mängd svårigheter i implementeringen av en modell av interprofessionellt DBF rörande äldres (och de anhörigas) beslut att låta den äldre fortsätta att bo hemma eller att flytta till äldreboende:

... the most frequently mentioned barriers identified by the participants were time constraints, staff workloads, the difficulty of coordinating professionals, failure to synchronize the client care interventions, lack of human resources, high staff turnover, lack of cohesion among professionals in the teams and different work methods and vocabulary.¹⁹

Även om man alltså är överens om vilken modell av DBF som ska användas, finns svårigheter inom interprofessionella team som har att göra med arbetsmetoder, ”yrkesspråk” m.m. Även dessa blir då viktiga att identifiera i den vidare implementeringen.

¹⁹ Légaré, et al. (2014), s. 9.

6. Avslutning och checklista för att välja modell för DBF

I den här rapporten har belysts grundläggande förutsättningar av etisk natur för användning av delat beslutsfattande (DBF) inom socialtjänsten. DBFs etiska och idémässiga rötter i hälso- och sjukvården har aktualiserat en genomgång av skillnaden vad gäller grundläggande mål, värden och hänsyn inom dessa olika verksamheter, vilket påvisar ett behov att tänka medvetet kring vilken modell för DBF som passar inom ramen för socialtjänstens olika områden och arbetssätt. Mot denna bakgrund presenterar rapporten i avsnitt 4.5 en generell modell för att göra sådana bedömningar och i avsnitt 4.6 ges en rad konkreta exempel på hur denna modell kan tillämpas i förhållande till enskilda ärenden. Modellen påvisar tydligt att det kan bli mycket stora skillnader vilken slags DBF som är lämpligt i olika ärenden och olika faser av dessa. En grundläggande distinktion är mellan, å ena sidan, de faser där det utreds huruvida ett problem för Socialtjänsten att ta sig an föreligger och vilken karaktär detta problem i så fall har och, å den andra, de faser då åtgärder ska utformas och genomföras mot bakgrund av en fastslagen problemformulering. Även här gäller förstås att det kan skilja sig mycket vilket slags utrymme som finns för DBF i de olika faserna, men det är viktigt att inse att även om den ena fasen inte ger mycket sådant utrymme, så kan den andra mycket väl göra det.

Denna generella insikt har vi tagit med in i avsnitt 5, där frågan komplicerats ytterligare genom att lyfta fram idealet om evidensbaserad praktik (EBP) för socialtjänsten. Detta ideal tycks i sig självt påkalla bruk av DBF, dock oklart i vilken form. Vi har här pekat på olika dimensioner beroende på vilken sort "beslutstopografi" som dominerar och framhållit att en kontinuerlig modell för DBF som ger klienter och/eller professionella stort inflytande kan kombineras med andra modeller i samband med "nyckelbeslut", där klientens eller den professionelles inflytande många gånger kan vara på olika vis begränsat. Vi har också framhållit en generell spänning mellan högre ambitionsnivåer i EBP och modeller för DBF som ger stort inflytande till klienter. Det finns också en otydlighet i riktlinjerna för dokumentation om hur dokumentationen av (olika modeller för) DBF ska se ut. Arbete som försiggår i team, i synnerhet interprofessionella sådana, kan möta svårigheter i implementering av både DBF och EBP till följd av skillnader mellan individers och professioners kunskaper, förutsättningar och värderingar.

Till "syvende og sidst" blir det, i avsaknad av tydliga direktiv, många gånger den enskilde professionelle som får avgöra om man alls ska använda DBF och i så fall vilken modell och hur det ska gå till rent praktiskt. Detta gäller även om socialtjänsten eller Socialstyrelsen arbetar fram tydligare vägledning på detta område. För båda dessa syften följer på nästa sida en enkel lathund för att tillämpa modellen från avsnitt 4.5 samt ta hänsyn till de komplicerande faktorerna gällande EBP.

Checklista för att välja modell för delat beslutsfattande

1. Innebär ärendet en löpande hantering av oklar natur?

JA: Tillämpa modell 7-9 tills nyckelproblem och -beslut identifieras, gå till nästa fråga
NEJ: Gå till nästa fråga

2. Är ärendet av en typ med omfattande regelstyrning och skyldigheter för socialtjänsten?

JA: Tillämpa modell 1-3 (+ 9)
NEJ: Tillämpa någon av modellerna 4-9, se nästa fråga

3. Innebär ärendet starka rättigheter för klienten med potentiellt viktiga följder?

JA: Tillämpa modellerna 7-9
NEJ: Gå till nästa fråga

4. Är ärendet ett rutin-inslag i ett system där klienten har starka rättigheter?

JA: Tillämpa modellerna 4-6
NEJ: Se tidigare frågor

5. För beslut om dokumentation: kräver ärendet högre ambitioner i evidensvärderingen?

JA: Välj en modell som passar den erforderliga standardiseringen: mer 1-3
NEJ: Se nästa fråga

6. För beslut om dokumentation: är det viktigt med utrymme för subjektiv variation?

JA: Välj modell 7-9
NEJ: Se föregående fråga

Referenser

- Charles, C, Gafni, A, Whelan T (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44 (5): 681-692.
- Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R (2015). *Effects of personalised care planning for people with long-term conditions*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD010523. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
- Ekman, I, Hedman, H, Swedberg, K, Wallengren, C (2015). Commentary: Swedish initiative on person centred care. *British Medical Journal*, 350:h160. Doi: 10.1136/bmj.h160
- Ekman, I, Swedberg, K, Taft, C, Lindseth, A, Norberg, A, Brink, E, Carlsson, J, Dahlin-Ivanoff, S, Johansson, I-L, Kjellgren, K, Lidén, E, Öhlén, J, Olsson, L-E, Rosén, H, Rydmark, M, Stibrant Sunnerhagen, K (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *Eur Journal of Cardiovascular Nursing*, 10: 248-51.
- Entwistle, VA & Watt, IS (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *American Journal of Bioethics*. 2013, 13(8): 29–39.
- Gustavsson, E, Munthe, C, Juth, N, Sandman, L (2015). Etiska och praktiska utmaningar med ökat patientinflytande. *Läkartidningen*, accepterad.
- Herlitz, A, Munthe, C, Törner, M, Forsander, G (2015). The moral psychology of person-centered care and shared decision-making, multi-dimensional care decisions and ethics: the case of adolescent diabetes. *Health Communication*, accepterad.
- Juth, N och Munthe, C (2012). Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. *Philosophical Communications*, web series, nr. 58. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Légaré, F, et al. (2014): An interprofessional approach to shared decision making: an exploratory case study with family caregivers of one IP home care team. *BMC Geriatrics*, 14:83
- Lukens, JM, et al. (2013). Shared Decision Making for Clients With Mental Illness: A Randomized Factorial Survey. *Research on Social Work Practice* 23(6): 694-705..
- Munthe, C., Sandman, L., Cutas, D. (2012): Person Centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Analysis*, 20: 231-249.
- Sandman, L. & Munthe, C. (2009). Shared decision-making and patient autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30:289-310.
- Sandman, L. & Munthe, C. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis* 18(1): 60-84.
- Socialutskottet 1996/97:SoU14. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges riksdag.

SFS 1982:763. *Hälsö- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1993: 387. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:454. *Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2010). *Plattform för arbetet med att utvärdera en evidensbaserad praktik i socialtjänsten*, S2009/4028ST. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet (2013). *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten*. Överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012a). *Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012b). *Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012c). *Om evidensbaserad praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012d). *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014a). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014b). *Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014c). *Anmäla oro för barn. Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014d). *Websidor och resurser om evidensbaserad praktik*: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik> (Hämtad 150120).

Socialstyrelsen (2015a). *Etiska aspekter på att lyssna på barn i familjehem: Mål, komplikationer och konflikter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015b). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015c). *Indikatorer för god vård och omsorg i socialtjänsten*. Websida: <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgisocialtjansten> (Hämtas 150814)

SOSFS 2006:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2012:3 Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2014:5. Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Sundell, K (2002). *Familjerådslag i Sverige: Socialtjänstens fortsatta insatser till barn och föräldrar*. FoU Rapport 2002:3. Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsenheten, Stockholms stad.

SVT. Utredning om Yaras död färdig.
<http://www.svt.se/nyheter/regionalt/blekingenytt/utredning-om-yaras-dod-fardig>
(Hämtad 150121)