

Konsensuspaneler om psykosociala arbetsmetoder

Enkäter till forskare och socialarbetare

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-152-4
Artikelnummer 2014-1-30

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2014

Förord

Denna rapport ger underlag till en diskussion om hur Socialstyrelsens kunskapsstyrande arbete med vägledningar och riktlinjer kan utvecklas. Ett hinder i arbetet är att det ofta saknas vetenskaplig kunskap om effekterna av sociala och psykologiska arbetsmetoder. När det har saknats vetenskapligt underlag för riktlinjer på hälso- och sjukvårdens område, har Socialstyrelsen ibland genomfört så kallade konsensusprocesser. Då undersöks om det bland experter med stor klinisk erfarenhet finns enighet om resultaten av åtgärder eller arbetsmetoder, som är otillräckligt utvärderade. Det har ännu aldrig gjorts på socialtjänstens område. I rapporten undersöks tillgången på experter för att genomföra konsensusprocesser bland annat på socialtjänstområdet.

Undersökningen har genomförts av Socialstyrelsen i samarbete med universitetslektor Per Åke Nylander, Örebro universitet. Rapporten har skrivits av forskare Per Arne Håkansson, Socialstyrelsen.

Sven Ohlman
avdelningschef
avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Konsensusprocesser	8
Konsensusprocessernas frågor	8
Konsensusprocessernas form	9
Socialstyrelsens konsensusprocesser	9
Frågor	11
Enkät till forskare	12
Antal svarande	12
Forskarnas svar	13
Kunskap om arbetsmetoder och praktisk erfarenhet	13
Intresse för konsensusprocesser	15
Kunskapsområden	16
Enkäter till socialchefer och socialarbetare	18
Socialchefer	18
Socialarbetare	19
Socialarbetarnas svar	20
Intresse för konsensusprocesser	20
Utbildning	20
Yrkeserfarenhet	21
Arbetsmetoder	23
Diskussion	24
Praktisk erfarenhet och vidareutbildning	24
Intresse för konsensusprocesser	24
Kunskapsområden	25
Slutsatser	25
Frågor för fortsatta undersökningar och överväganden	26
Referenser	28

Sammanfattning

En konsensusprocess är en metod som Socialstyrelsen använder för att få kunskap om de praktiska eller kliniska erfarenheterna av vilka effekter olika arbetsmetoder och interventioner ger. Konsensus om arbetsmetoders effekter kan ligga till grund för Socialstyrelsens rekommendationer, när det saknas säkra forskningsresultat. I konsensusprocesser inbjuds ett femtiotal experter att dela med sig av sina erfarenheter. Konsensusprocesser har hittills främst använts på det medicinska området. Här undersöks förutsättningarna för konsensusprocesser på det psykosociala området.

Socialstyrelsen har skickat en enkät till forskare i folkhälsovetenskap, kriminologi, psykologi, psykiatri, socialt arbete och vård- eller omvårdnadsvetenskap. Av 681 professorer och docenter svarade hälften. Drygt hälften av de svarande (200 personer) ansåg sig ha expertkunskaper om sociala eller psykologiska interventioner. Av dem i sin tur hade knappt hälften (88 personer) egen erfarenhet av arbete med brukare från de senaste fem åren. En tredjedel av denna grupp var dock inte intresserad av att ingå i konsensuspaneler.

De återstående 57 forskarna med relativt aktuell, praktisk erfarenhet och intresse för konsensusprocesser var till stor del psykologer och psykiatriker med kunskap om psykologisk behandling. På socialtjänstens område var tillgången på forskare mycket liten.

Socialstyrelsen har även bett socialchefer i 100 kommuner om namn på särskilt kunniga och erfarna socialarbetare på fyra områden: barn och unga, insatser för självförsörjning, missbruk och beroende, och våld i nära relationer.

Förfrågan resulterade i att 20 till 30 socialarbetare per område deklarerade intresse för att ingå i konsensuspaneler. Att det inte blev fler berodde framför allt på att hälften av socialcheferna inte svarade.

Socialarbetare som arbetade med barn-, missbruks- och försörjningsfrågor hade i genomsnitt arbetat i tio år eller mer på sitt område. På området våld i nära relationer var erfarenheten i genomsnitt sex år.

Undersökningen visar att det endast finns ett fåtal seniora universitetsforskare som kan och vill delta i konsensusprocesser om metoder i arbetet med sociala problem. När metoderna i stället gäller psykiska problem finns det något fler, några tiotal forskare. Tillgången på intresserade socialarbetare är större, men det är osäkert vilken erfarenhet de har av namngivna arbetsmetoder. En slutsats är att Socialstyrelsen i många fall behöver vända sig till en större krets än den som har identifierats här, om myndigheten ska få tillgång till paneler med ett femtiotal medlemmar, som har erfarenhet av specifika psykosociala arbetsmetoder.

Avslutningsvis diskuteras kriterier för när konsensusprocesser är lämpliga att använda och risken för att de lägger grunden för felaktig vägledning.

Konsensusprocesser

Det saknas forskning och säker vetenskaplig kunskap om effekterna av många sociala och psykologiska arbetsmetoder (åtgärder, insatser, interventioner). En inventering som Socialstyrelsen gjorde 2008 identifierade 228 metoder, som användes för att upptäcka och ge tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos barn. Bara inom socialtjänsten användes 63 olika metoder [1]. SBU publicerade 2010 en systematisk översikt om metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn [2]. Endast tre metoder som användes i Sverige hade vetenskapligt stöd, som också var begränsat. Vidare gjorde Socialstyrelsen 2013 en sammanställning om tillförlitligheten hos metoder för att upptäcka psykisk ohälsa hos barn [3]. Den visade att det fanns metodologiska brister hos primärstudierna på området och att det saknades uppdaterade översikter av god kvalitet.

Socialstyrelsens rekommendationer om användningen av metoder i hälso- och sjukvård och socialtjänst ska utgå från vetenskaplig kunskap om metodernas effekter och beprövad erfarenhet av dessa. När det saknas forskning eller den vetenskapliga evidensen är svag kan erfarenheterna av metoderna undersökas med hjälp av konsensusprocesser. Det förutsätter att metoderna har använts i svenska verksamheter och att det finns erfarenheter av hur de fungerar. Samtidigt ska det finnas ett behov av vägledning, vilket innebär att det också ska finnas osäkerhet bland praktiker om vilka resultat metoderna ger. Konsensusprocesser kan ses som en form av erfarenhetsöverföring mellan verksamheter eller enskilda professionella som har och inte har erfarenhet av bestämda arbetsmetoder.

Konsensusprocessernas frågor

I Socialstyrelsens konsensusprocesser undersöks om det finns samstämmighet om metoders resultat bland personer som har stor praktisk erfarenhet av metoderna. Frågan är empirisk: Vilka resultat leder givna arbetsmetoder till? Det skiljer Socialstyrelsens konsensusprocesser från andra konsensusprocesser, där frågan är normativ: Vilka åtgärder eller arbetsmetoder är lämpliga i givna situationer?

I Socialstyrelsens konsensusprocesser är frågorna empiriska, men syftet är att svaren ska ligga till grund för rekommendationer. Det kan bara uppnås om det finns någorlunda enighet om svaren. Utöver konsensus om hur metoder fungerar måste rekommendationer bygga på andra överväganden, till exempel om metodernas nytta i förhållande till deras kostnader.

Konsensusprocessernas form

Konsensusprocesser ställer inte bara olika slags frågor utan kan också ha olika form. Konsensuskonferenser mynnar ut i konsensusdokument, som formuleras av en särskilt utsedd panel [4]. Panelen har tagit del av underlag som har presenterats och diskussioner som har förts på konferensen.

I Delfiprocesser är kommunikationen skriftlig och anonym [4]. Deltagarna besvarar enkäter i flera omgångar. Svaren på en första enkät redovisas anonymt för deltagarna i samband med att de får besvara en andra, reviderad enkät. Den kan sedan följas av ytterligare enkäter. Syftet är att deltagarna ska kunna ta intryck av varandras svar utan att påverkas av vilka de andra är, det vill säga av skillnader i status, makt, personliga relationer och liknande. På det sättet ska gradvis allt större, sakligt grundad enighet kunna uppnås.

I nominella grupper besvaras frågor också skriftligt, individuellt och i flera omgångar, men däremellan diskuterar deltagarna frågorna sinsemellan [4]. Deltagarna kan därför inte vara lika många som i Delhiprocesser, kanske inte fler än ett tiotal. Möjligheterna till tankeutbyte blir större men anonymiteten mindre.

Socialstyrelsens konsensusprocesser

Socialstyrelsen införde 2012 en rutin för konsensusprocesser som i stort följer Delfiprocessen [5]. En konsensuspanel får besvara skriftliga enkäter anonymt och utan att träffas. Panelen ska bestå av minst 50 personer med praktisk erfarenhet av de arbetsmetoder som är aktuella för rekommendationer. Det kan till exempel vara slumpvis valda medlemmar i specialistföreningar eller experter från nationella och regionala vårdprogramsgupper. Konsensus anses råda när 75 procent av panelen är ense om svaren.

Till enkätfrågorna fogas sammanställningar av relevanta vetenskapliga studier. En förutsättning för tillvägagångssättet är att studierna inte ger några entydiga svar på frågorna. Om enkäterna görs i flera omgångar, får deltagarna ta del av svaren och kommentarerna från alla deltagare i den föregående omgången.

Denna rutin för konsensusprocesser har hittills bara tillämpats en gång i fråga om psykosociala arbetsmetoder. I arbetet med riktlinjerna för palliativ vård sändes en webbenkät till en panel som bestod av 51 personer från olika yrkeskategorier (någon andra, reviderad enkät gjordes inte) [6, 7]. Exempel på påståenden i enkäten är de följande.

Samtal om livsfrågor har en positiv effekt på livskvalitet och välbefinnande hos patienter i livets slutskede.

Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument ökar möjligheten för optimal symtomlindring hos patienter i livets slutskede jämfört med ostrukturerad bedömning.

Konsensuspanelen kunde välja mellan svarsalternativen ”Instämmer”, ”Instämmer inte” eller ”Vill inte lämna ett utlåtande”. Över 90 procent instämde.

De resultat av arbetsmetoderna som påståendena talar om är allmänt beskrivna: positiv effekt på livskvalitet och välbefinnande och ökade möjligheter för optimal symtomlindring. Även om något enskilt symtomskattningsinstrument inte nämns, är den arbetsmetoden något mer precist angiven än den andra: samtal om livsfrågor. Användningen av symtomskattningsinstrument jämförs med ostrukturerad bedömning, medan samtal om livsfrågor implicit jämförs med frånvaron av sådana samtal.

Frågor

Denna rapport redovisar en undersökning av förutsättningarna för att genomföra konsensusprocesser på det psykosociala området, där specialistföreningar och vårdprogramsgupper till stort del saknas. Enkäter har skickats till dels forskare i sex vetenskapliga discipliner, dels erfarna socialarbetare. Enkäterna utformades för att ge svar på följande frågor.

- Hur stor erfarenhet av arbete med brukare har forskare i discipliner med relevans för psykosocialt arbete?
- Hur aktuell är forskarnas erfarenhet av sådant arbete?
- Finns det forskare med erfarenhet av praktiskt, psykosocialt arbete som är intresserade av att delta i konsensusprocesser?
- Finns det socialarbetare med erfarenhet av psykosocialt arbete som är intresserade av att delta i konsensusprocesser?
- Vilken utbildning och vidareutbildning har socialarbetare som anses ha störst kunskap på olika områden inom individ- och familjeomsorgen?
- Hur lång erfarenhet av arbete med brukare har de kunnigaste socialarbetarna?
- Vilka problem eller typer av arbetsmetoder har forskarna och socialarbetarna kunskaper om?

Enkät till forskare

En enkät skickades till samtliga professorer och docenter i de sex disciplinerna folkhälsovetenskap, kriminologi, psykiatri, psykologi, socialt arbete och vård- eller omvårdnadsvetenskap vid alla universitet och högskolor i Sverige. Undantagna var Linköpings och Örebro universitet, där forskarna tidigare hade fått en pilotenkät. Inga väsentliga förändringar gjordes i enkäten, varför resultaten här redovisas samlat.

Enkäten gjordes under perioden maj 2012 till augusti 2013. Det var en webbenkät, vilket krävde att forskarna hade en känd e-postadress för att kunna ingå i urvalet. Adresslistor togs fram vintern 2011-2012 med hjälp av universitetens hemsidor och, vid behov, kontakt med administrationen.

Antal svarande

Enkäten skickades till 681 personer, varav 331 svarade, vilket är en svarsfrekvens på 49 procent. Flest svarande fanns i disciplinen psykologi, 79 stycken, följd av psykiatri med 66 och vård- eller omvårdnadsvetenskap med 60 svaranden. I var och en av disciplinerna folkhälsovetenskap och socialt arbete svarade ungefär 40 personer. Ingen av de sex tillfrågade kriminologerna svarade på enkäten. Förutom i kriminologi var svarsfrekvensen väsentligt lägre än genomsnittet i vård/omvårdnadsvetenskap, där den var en tredjedel (se tabell 1).

Tabell 1. Antal tillfrågade och antal och andel svarande per akademisk disciplin.

Akademisk disciplin	Antal tillfrågade	Antal svarande	Svarsfrekvens
Folkhälsovetenskap	87	39	45 %
Kriminologi	6	0	0 %
Psykiatri	128	66	52 %
Psykologi	146	79	54 %
Socialt arbete	78	43	55 %
Vård/omvårdnadsvetenskap	193	60	31 %
Medicin	17	17	*
Annan eller okänd disciplin	27	27	*
Totalt	681	331	49 %

*Enkäten skickades inte till forskare i medicin eller andra discipliner, men några angav ändå sådana hemvister. Det är därför inte meningsfullt att redovisa någon svarsfrekvens i de fallen. Andra discipliner var bland andra hälsoekonomi, sociologi, filosofi och rättsvetenskap.

Forskarnas svar

Kunskap om arbetsmetoder och praktisk erfarenhet

En förutsättning för att forskare ska kunna delta i konsensusprocesser om sociala och psykologiska arbetsmetoder är att de har särskilda kunskaper om metoderna. Inte alla forskare i de undersökta disciplinerna ansåg sig ha det. Den måttliga svarsfrekvensen på 49 procent kan vara ett tecken på att många forskare har en annan forskningsinriktning. Av dem som svarade på enkäten ansåg 61 procent (200 personer) att de hade ”expertkunskaper om sociala och psykologiska interventioner”. Andelen var större i psykiatri, psykologi och socialt arbete och mindre i folkhälso- och vårdvetenskap (se tabell 2).

Tabell 2. Antal och andel forskare som ansåg sig ha expertkunskaper om sociala eller psykologiska interventioner.

	Antal	Andel
Folkhälsovetenskap	21	54 %
Psykiatri	47	71 %
Psykologi	57	72 %
Socialt arbete	31	72 %
Vårdvetenskap	31	52 %
Andra discipliner	13	31 %
Totalt	200	61 %

Att själv ha arbetat praktiskt med brukare, klienter eller patienter eller att ha stått i nära kontakt med sådant arbete behöver inte vara en förutsättning för att ha expertkunskaper om arbetsmetoder eller interventioner. Däremot måste deltagare i Socialstyrelsens konsensusprocesser ha sådana erfarenheter. Konsensusprocesserna ska fånga den praktiska erfarenheten av arbetsmetoder som är otillräckligt utvärderade. Det räcker inte att deltagarna har stor beläsenhet i den vetenskapliga litteraturen, eftersom utgångspunkten för konsensusprocesserna är att litteraturen inte kan besvara de frågor som ställs.

I enkäten ställdes frågor om att ha arbetat praktiskt bara till dem som ansåg sig ha expertkunskaper om interventioner. Fyra femtedelar av dem som svarade (78 procent) hade någon gång arbetat med de klient- eller patientgrupper som de uppgav sig ha expertkunskap om (17 av de 200, 9 procent, svarade inte på frågorna om praktisk erfarenhet). Flest forskare med praktisk erfarenhet fanns i disciplinerna psykiatri och psykologi, 42 respektive 35 stycken. Socialt arbete och vårdvetenskap hade 23 praktiskt erfarna forskare vardera (se tabell 3).

En tredjedel av forskarna var praktiskt verksamma vid tiden för enkäten. De fanns framför allt i disciplinerna psykiatri och psykologi. I övriga discipliner fanns det bara tre till sex forskare som arbetade med brukare när enkäten gjordes.

Tabell 3. Antal och andel forskare per disciplin med praktisk erfarenhet, aktuell erfarenhet och utan erfarenhet.

	Arbetat praktiskt någon gång		Arbetade praktiskt vid enkäten		Aldrig arbetat praktiskt		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Folkhälsovetenskap	12	67 %	6	33 %	6	33 %	18	100 %
Psykiatri	42	100 %	26	62 %	0	0 %	42	100 %
Psykologi	35	67 %	17	33 %	17	33 %	52	100 %
Socialt arbete	23	77 %	6	20 %	7	23 %	30	100 %
Vårdvetenskap	23	77 %	3	10 %	7	23 %	30	100 %
Andra discipliner	7	64 %	5	45 %	4	36 %	11	100 %
Totalt	142	78 %	63	34 %	41	22 %	183	100 %

De praktiskt verksamma psykologerna och psykiatrikerna hade i genomsnitt lång erfarenhet, 27 respektive 24 år (medianer). (I övriga discipliner var den praktiska erfarenheten kortare, men eftersom individerna är få anges inga värden i tabell 4, vänstra kolumnen).

Tabell 4. Antal år i praktiskt arbete (medianer).

	Arbetade fortfarande praktiskt	Hade arbetat praktiskt tidigare
Folkhälsovetenskap	*	*
Psykiatri	24 år	20 år
Psykologi	27 år	12 år
Socialt arbete	*	9 år
Vårdvetenskap	*	10 år
Andra discipliner	*	*
Totalt	20 år	12 år

* n ≤ 5

Hos dem som hade slutat med praktiskt arbete låg den praktiska erfarenheten i genomsnitt tio år tillbaka i tiden (medianen, se tabell 5). Socialt arbete avvek här mycket från de andra disciplinerna. Det var i genomsnitt 22 år sedan

forskarna i socialt arbete hade slutat arbeta med brukare. I genomsnitt hade forskarna arbetat med brukare i tolv år innan de slutade (tabell 4, högra kolumnen). Forskarna i psykiatri hade gjort det i 20 år.

Tabell 5. Antal år sedan forskarna slutade arbeta praktiskt (medianer).

	Antal år sedan slutade arbeta praktiskt
Folkhälsovetenskap	*
Psykiatri	7 år
Psykologi	9 år
Socialt arbete	22 år
Vårdvetenskap	9 år
Andra discipliner	*
Totalt	10 år

* $n \leq 5$

Medlemmar i konsensuspaneler bör inte bara ha praktisk erfarenhet; den bör dessutom vara aktuell. Vad som är aktuell erfarenhet kan diskuteras. Det blir dock inte så stor skillnad i antal forskare om man sätter gränsen fem år tillbaka i tiden eller två. Som tabell 6 visar blir antalet 74 vid två år och 88 vid fem år. Psykiatriker och psykologer var i båda fallen de dominerande grupperna bland de praktiskt erfarna; de utgjorde tillsammans två tredjedelar. Inte i någon av disciplinerna folkhälsovetenskap, socialt arbete och vårdvetenskap uppgick de praktiskt erfarna forskarna till fler än tio.

Tabell 6. Antal forskare som arbetat praktiskt de senaste två och fem åren.

	Arbetat praktiskt senaste 2 åren	Arbetat praktiskt senaste 5 åren
Folkhälsovetenskap	8	9
Psykiatri	31	34
Psykologi	18	23
Socialt arbete	6	6
Vårdvetenskap	6	10
Andra discipliner	5	6
Totalt	74	88

Intresse för konsensusprocesser

En annan förutsättning för att delta i konsensusprocesser är naturligtvis att vilja göra det. Hälften av dem som ansåg sig ha expertkunskaper och fick frågan svarade att de var intresserade av att delta (52 procent eller 104 personer). Bland forskarna med praktisk erfarenhet från senare år var andelen nå-

got högre, två tredjedelar, vilket innebär cirka 50 personer. Även här tillhörde flertalet disciplinerna psykologi och psykiatri och endast ett fåtal övriga discipliner (tabell 7).

Tabell 7. Antal forskare som hade arbetat praktiskt de senaste två respektive fem åren och var intresserade av att ingå i konsensuspaneler.

	Arbetat praktiskt senaste 2 åren	Arbetat praktisk senaste 5 åren
Folkhälsovetenskap	4	5
Psykiatri	16	18
Psykologi	16	20
Socialt arbete	4	4
Vårdvetenskap	5	6
Andra discipliner	3	4
Totalt	48	57

Kunskapsområden

Alla som ansåg sig ha expertkunskaper om interventioner ombads ange området för kunskaperna genom att med egna ord beskriva upp till fem grupper av brukare som utgjorde målgrupper för interventionerna. Med en grov kategorisering som har använts här angav de 57 forskare som hade praktisk erfarenhet från de senaste fem åren och var intresserade av att ingå i konsensuspaneler i medeltal 1,4 målgrupper var.

Den vanligaste gruppen brukare var personer med olika former av psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. Två tredjedelar av forskarna (37 stycken) nämnde interventioner till den gruppen som sitt särskilda kunskapsområde. Exempel på svar är "personer med ångest eller depression, personlighetsstörningar, identitetsproblem", "suicidala beteenden", "barn med ätstörningar", "vuxna med posttraumatiska syndrom", "barn och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser", "unga vuxna med stressrelaterad ohälsa" och "schizofrena utan meningsfull sysselsättning". Flertalet svarade att deras kunskaper gällde vuxna eller angav inte någon särskild åldersgrupp. En mindre del uppgav att kunskaperna gällde barn eller både barn och vuxna.

Det vanligaste problemområdet efter psykisk ohälsa var fysisk ohälsa. Med tanke på frågornas formuleringar får svaren tolkas som att de avsåg expertkunskaper om sociala eller psykologiska interventioner till personer med fysisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. Ibland framgick det att kunskaperna också gällde interventioner till anhöriga. En fjärdedel av forskarna (14 stycken) angav fysisk ohälsa som sitt expertområde. Exempel på svar är "hjärtinfarktpatienter", "barn med cancer och deras föräldrar", "kroniskt sjuka" och "palliativ vård".

En tredje grupp svar gällde missbruk och beroende och lämnades av nio forskare. Svaren löd bland annat "narkotikamissbrukare, alkoholmissbrukare, missbrukare med samsjuklighet" och "tobaksprevention och avvänjning".

Tre forskare gav svar som rörde eller kan tänkas röra någon form av sociala problem hos barn eller deras föräldrar: ”barn med sociala problem och anknytningssvårigheter”, ”barn som utsatts för fysisk misshandel” och ”mobbare”. Tre andra forskare nämnde barn eller ungdomar som har kommit till Sverige som flyktingar eller invandrat på annat sätt.

Ytterligare tre forskare svarade att de hade expertkunskaper om åldersgruppen äldre. I två fall framgick inte problemet närmare och i det tredje gällde det också migration.

Några svar, som i tabell 8 anges som ”annat”, angav inte någon tydlig personkrets eller något tydligt psykosocialt problem. Flera av de svaren gällde organisations- och personalfrågor. Exempel på svar är ”Jag arbetar med forskningsbaserat förändringsarbete inom personalgrupper, bl.a. i vård och omsorg.”.

Tabell 8. Kunskapsområden hos forskare med praktisk erfarenhet de senaste fem åren och intresse för konsensusprocesser. Antal forskare per område.

Vuxna eller ospecificerad åldersgrupp	50
Psykisk ohälsa/funktionsnedsättning	29
Fysisk sjukdom/funktionsnedsättning	9
Missbruk och beroende	9
Andra problem	3
Barn	21
Psykisk ohälsa/funktionsnedsättning	8
Fysisk sjukdom/funktionsnedsättning	5
Sociala problem	3
Flyktingskap, migration	3
Andra problem	2
Äldre	3
Annat	8

Enkäter till socialchefer och socialarbetare

Undersökningen i socialtjänsten gjordes med hjälp av enkäter i två steg. Först ombads socialchefer att lämna namn och e-postadresser till kunniga och erfarna socialarbetare i sin kommun. Syftet angavs vara att Socialstyrelsen skulle ”undersöka om särskilt kunniga och erfarna socialarbetare kan nå enighet om vad som är den samlade (”beprövade”) erfarenheten på deras område”. Socialcheferna ombads därför lämna namn på en erfaren socialarbetare på vart och ett av fyra områden:

- barn och unga
- insatser för självförsörjning
- missbruk och beroende
- våld i nära relationer.

Dessa socialarbetare fick sedan i sin tur en enkät om sitt intresse av att senare besvara webbenkäter om ”vilka effekter olika insatser ger för olika klientgrupper och i olika situationer”. Till dem som deklarerade ett sådant intresse ställdes vid detta första tillfälle också några frågor om deras utbildning och yrkeserfarenhet.

Enkäterna utformades efter att chefer inom socialtjänsten i två kommuner hade intervjuats muntligt och bedömt utkast till enkätfrågor. En pilotenkät gjordes också i tio kommuner, som valdes för att skilja sig åt i storlek. (Pilotenkäten omfattade inte området barn och unga.)

Socialchefer

För enkäten till socialcheferna gjordes ett slumpmässigt urval på 90 kommuner, varav en kommun (Malmö) var indelad i tio stadsdelar, som alla ingick i urvalet. Av de totalt 99 tillfrågade socialcheferna eller motsvarande svarade 46 stycken (46 procent) på en enkät som skickades ut i april till och med juni 2013. Ytterligare sju socialchefer hade dessförinnan besvarat pilotenkäten.

Socialchefer i större kommuner hade en högre svarsfrekvens än i mindre. I den hälften av kommunerna som hade fler invånare än medianen var svarsfrekvensen 61 procent, medan den i den andra hälften var 37 procent. Sambandet var signifikant på femprocentsnivå.¹

¹ $\chi^2(1)=5,34$

Socialarbetare

Enkäten till socialcheferna resulterade i namn och fungerande e-postadresser till 112 socialarbetare. Pilotenkäten hade tidigare gett ytterligare 20 namn och adresser. Alla chefer lämnande inte namn på alla områden, och alla angivna e-postadresser fungerade inte.

De 20 socialarbetarna från socialchefernas pilotenkät fick även de pilotenkäter. De slutliga enkäterna skickades till de 112 under perioden juni till med september 2013. Enkäterna var formulerade för att passa varje sakområde men hade i princip samma innehåll. Fördelningen på sakområden redovisas i tabell 9.

Fler av socialarbetarna än socialcheferna svarade på enkäterna. Svarsfrekvensen på de slutliga enkäterna till socialarbetarna blev sammantaget 71 procent och varierade på de olika områdena mellan 52 och 87 procent (se tabell 9). Pilotenkäterna fick en total svarsfrekvens på 90 procent.

Flertalet frågor till socialarbetarna i pilotenkäterna och de slutliga enkäterna var desamma. Svaren på de frågorna redovisas i fortsättningen sammantaget för alla enkäterna.

Tabell 9. Antal tillfrågade och svarande socialarbetare. Pilotenkäter i parenteser.

	Antal tillfrågade	Antal svarande	Svarsfrekvens
Barn och unga	39	34	87 %
Missbruk och beroende	25 (+7)	13 (+6)	52 % (86 %)
Självförsörjning	28 (+7)	19 (+7)	68 % (100 %)
Våld i nära relationer	20 (+6)	14 (+5)	70 % (83 %)
Totalt	112 (+20)	80 (+18)	71 % (90 %)

Socialarbetarnas svar

Intresse för konsensusprocesser

Först i enkäterna ställdes en fråga om intresset för att besvara framtida webb-enkäter om erfarenheter av insatser inom det egna specialområdet. Ordet konsensusprocess användes inte. Alla utom två av de 98 som svarade på enkäterna ställde sig positiva till att besvara även senare enkäter. (De två som inte var intresserade arbetade båda med barn och unga.)

Utbildning

76 procent av de svarande (72 personer) hade socionomexamen. Fyra personer hade också en masterexamen i socialt arbete. De övriga hade annan utbildning, som fil. kand. i beteendevetenskap och social- och fritidspedagog. Ingen hade forskarutbildning.

På alla områden utom insatser för självförsörjning var det vanligt att ha någon form av vidareutbildning (tabell 10). Ungefär 80 procent av dem som arbetade med missbruk och beroende och med våld i nära relationer hade vidareutbildat sig på sitt område. Bland dem som arbetade med barn och unga var det något fler än hälften, 58 procent.

Tabell 10. Andel socialarbetare med vidareutbildning.

	Vidareutbildning (N=95)
Barn och unga	58 %
Missbruk och beroende	84 %
Självförsörjning	27 %
Våld i nära relationer	79 %
Totalt	59 %

Vidareutbildningen på barnområdet bestod bland annat i psykoterapiutbildning steg 1 och 2 och utbildning i kognitiv beteendeterapi och familjeterapi, bland annat funktionell familjeterapi (FFT). Det förekom också utbildningar i utredningsmetoderna Barns behov i centrum (BBIC) och Signs of Safety och i stöd- och behandlingsmetoderna Marte meo, Community Parent Education (COPE) och Trappan.

Bland vidareutbildningarna på missbruksområdet fanns den nationella baskursen om riskbruk, missbruk och beroende, utbildning i bedömningsmetoden Addiction Severity Index (ASI), motiverande samtal (MI), tolvstegsprogram och psykoterapiutbildning.

På våldsområdet förekom utbildning i riskbedömningsmetoden Spousal Assault Risk Assessment (SARA), utbildning hos Utväg Skaraborg och Nat-

ionellt centrum för kvinnofrid (NCK), liksom utbildning i stöd- och behandlingsmetoderna Trappan och Alternativ till våld (ATV).

Fyra av de sju personer som hade vidareutbildats på försörjningsområdet hade fått utbildning i motiverande samtal.

Yrkserfarenhet

Socialarbetarna hade arbetat mellan ett och 40 år på sitt område. På områdena barn och missbruk var genomsnittet 13 år (medianen). Erfarenheten var något kortare hos dem som arbetade med försörjningsfrågor, tio år, och betydligt kortare hos dem som arbetade med våld i nära relationer, sex år. En ganska stor del av dem som arbetade med våld (37 procent) hade så kort erfarenhet som ett eller två år.

På alla områden utom våld hade 85-90 procent fler än fem års erfarenhet från området. På våldsområdet var det drygt hälften (tabell 11).

Tabell 11. Antal arbetade år på sakområdet.

	Antal arbetade år (median) (N=95)	Andel med fler än 5 år (N=95)
Barn och unga	13 år	90 %
Missbruk och beroende	13 år	89 %
Självförsörjning	10 år	85 %
Våld i nära relationer	6 år	53 %
Totalt	11 år	81 %

På en fråga om hur många år de hade arbetat ”i direkt kontakt med klienter” på området angav det stora flertalet samma antal år som de hade arbetat på området. Några få svarade att de inte hade arbetat lika länge med klienter som på området, vilket kan bero på att de hade arbetat som arbetsledare eller handledare. (Å andra sidan svarade några att de hade arbetat längre med klienter än på området, vilket var ett oväntat svar. Vid kontakt med dem gav de exempelvis förklaringen att de hade träffat våldsutsatta kvinnor när de arbetade med ekonomiskt bistånd.)

I genomsnitt hade socialarbetarna arbetat lika många år i direkt kontakt med klienter som på området, elva år. Andelen som hade arbetat fler än fem år med klienter var 81-90 procent utom på våldsområdet, där andelen var 47 procent.

Det var vanligare att ha fungerat som handledare eller mentor för andra socialarbetare än att ha varit arbetsledare. Två tredjedelar hade varit handledare eller mentorer och en tredjedel arbetsledare på sitt område (tabellerna 12 och 13). I båda fallen var det vanligast bland dem som arbetade med barn och unga. Av dem hade fyra femtedelar ägnat sig åt handledning och hälften åt arbetsledning. På övriga områden hade hälften eller något fler handlett andra, medan en minoritet hade varit chefer.

Tabell 12. Funktion som handledare/mentor.

	Andel som varit handledare (N=86)	Antal år som handledare (median) (N=53)
Barn och unga	83 %	4 år
Missbruk och beroende	53 %	2 år
Självförsörjning	63 %	5 år
Våld i nära relationer	53 %	4 år
Totalt	65 %	4 år

Tabell 13. Funktion som arbetsledare.

	Andel som varit arbetsledare (N=91)	Antal år som arbetsledare (median) (N=23)
Barn och unga	48 %	5 år
Missbruk och beroende	32 %	*
Självförsörjning	25 %	*
Våld i nära relationer	26 %	*
Totalt	34 %	3 år

* n ≤ 5

Det fanns stora skillnader mellan sakområdena i andel socialarbetare som hade arbetat på en specialiserad enhet. På barnområdet hade 81 procent arbetat på en specialiserad enhet, medan bara 37 procent hade gjort det på missbruksområdet (tabell 14). På försörjnings- och våldsområdena var det hälften. I genomsnitt hade socialarbetarna arbetat i nio år på en specialiserad enhet.

Tabell 14. Arbeta på specialiserad enhet.

	Andel som arbetat på specialiserad enhet (N=91)	Antal år på specialiserad enhet (median) (N=47)
Barn och unga	81 %	10 år
Missbruk och beroende	37 %	*
Självförsörjning	50 %	7 år
Våld i nära relationer	48 %	2 år**
Totalt	57 %	9 år

* n ≤ 5

** n= 7

Arbetsmetoder

Ungefär hälften av socialarbetarna på vart och ett av de fyra sakområdena svarade att de, som frågan löd, hade ”särskild erfarenhet av någon eller några specifika arbetsmetoder inom området” som de ville ”nämna här”. Svaren gav ordet arbetsmetod en vid innebörd. De omfattade såväl dokumentations-system som bedömningsmetoder, stöd- och behandlingsmetoder och mer allmänna förhållningssätt. Några hade dock svårt att precisera några arbetsmetoder och svarade ”utredningsinstitution”, ”behandlingshem” eller ”förstår inte frågan”. (Frågan ställdes inte i pilotenkäterna.)

Metoder som nämndes av dem som arbetade med barn och unga var bland andra BBIC, Signs of Safety, bedömningsmetoden Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD), motiverande samtal (MI), Haldor Övreeides samtalmetod med barn och Marte meo, COPE och Trappan.

På missbruks- och beroendområdet nämndes bland annat lösningsfokuserat arbetssätt, tolvstegsprogram, kognitiv beteendeterapi, motiverande samtal, behandlingsmetoden Community Reinforcement Approach (CRA) och ASI.

De som arbetade med insatser för självförsörjning nämnde bland annat motiverande samtal, lösningsfokuserat arbete, systemteori, arbetsmarknadscoaching, Uppsalamodellen och Individual Placement and Support (IPS).

Metoder som användes i arbetet mot våld i nära relationer var bland andra riskbedömningsmetoder av inte närmare angivet slag, motiverande samtal, Alternativ till våld (ATV), Trappan och Utväg Skaraborgs metod.

Metodutveckling

Knappt hälften (48 procent) av socialarbetarna uppgav att de hade arbetat med någon form av metodutveckling. Andelen var störst på barnområdet (59 procent) och minst på missbruksområdet (39 procent; frågan ställdes inte i pilotenkäterna). En följdfråga visade att det bara för en person hade inneburit att ”utarbete nya metoder som inte används av andra”. För 36 procent hade metodutvecklingen handlat om att ”införa metoder som har utarbetats av andra” och för 61 procent både att införa andras metoder och att utarbete nya, egna metoder. I genomsnitt hade man arbetat fem år med metodutveckling (medianen per område varierade mellan fyra och sju år).

Arbetet hade framför allt bestått i att införa många av de redan nämnda metoderna och att utveckla olika former av samverkan. På området barn och unga hade man utvecklat socialtjänstens samverkan med skolan, barn- och ungdomspsykiatri, polis och åklagare. För dem som arbetade med insatser för självförsörjning hade det i stället handlat om samverkan med arbetsförmedlingen, försäkringskassan och sjukvården.

Diskussion

Praktisk erfarenhet och vidareutbildning

Konsensusprocesser ska fånga den praktiska erfarenheten av arbetsmetoder, vars effekter inte är tillräckligt vetenskapligt dokumenterade. Konsensuspaneler måste därför bestå av personer som har praktisk erfarenhet av hur arbetsmetoderna fungerar.

En tredjedel av forskarna med kunskaper om sociala och psykologiska arbetsmetoder arbetade med brukare vid tiden för enkäten. Hälften hade gjort det någon gång de senaste fem åren. Flertalet fanns i disciplinerna psykiatri och psykologi. Inte i någon av disciplinerna folkhälsovetenskap, vårdvetenskap och socialt arbete fanns det fler än tio forskare med praktisk erfarenhet från de senaste fem åren.

Flertalet forskare med kunskaper om arbetsmetoder hade dock arbetat med brukare någon gång. De som hade slutat gjorde det för tio år sedan i genomsnitt. Forskarna i socialt arbete hade slutat för 22 år sedan.

Det är möjligt att några forskare som inte själva arbetade med brukare fick inblick i sådant arbete genom att fungera som handledare eller på annat sätt. Så vitt bekant är det dock ovanligt att forskare i socialt arbete ger handledning till praktiskt verksamma yrkesutövare.

Socialarbetarna i undersökningen hade i genomsnitt arbetat med brukare på sitt område i elva år. Flertalet, 80-90 procent, hade mer än fem års erfarenhet. På ett område, våld i nära relationer, var den gruppen dock betydligt mindre, ungefär hälften.

Andelen socialarbetare med vidareutbildning, vanligtvis efter socionomexamen, varierade mycket mellan olika områden. Vidareutbildning var mycket vanligt på områdena missbruk och våld och ovanligt bland dem som arbetade med försörjningsfrågor. På barnområdet hade drygt hälften vidareutbildning.

Intresse för konsensusprocesser

Intresset för att ingå i konsensuspaneler var stort hos de tillfrågade socialarbetarna och måttligt hos forskarna. Nästan alla socialarbetare som svarade på enkäterna, 96 av 98, var intresserade.

Att de intresserade socialarbetarna inte blev fler berodde framför allt på att hälften av de 109 socialchefer som tillfrågades om namn inte svarade och att alla som svarade inte lämnade namn på alla områden. En orsak kan vara brist på erfarna socialarbetare. Det antyds av att fler chefer svarade i större kommuner, och att de som svarade lämnade namn på 39 erfarna socialarbetare på barnområdet men bara 26 namn på området våld i nära relationer.

Av de 200 forskare som ansåg sig ha expertkunskaper om psykosociala interventioner var hälften intresserade av att ingå i konsensuspaneler. Av dem i

sin tur hade ungefär hälften, 57 stycken, praktisk erfarenhet från de senaste fem åren.

Kunskapsområden

Disciplinerna psykologi och psykiatri hade flest forskare med aktuell praktisk erfarenhet och med intresse för konsensusprocesser. Det förvånar därför inte att det dominerande kunskapsområdet för denna grupp forskare var psykisk ohälsa. En mindre grupp hade kunskap om sociala eller psykologiska interventioner för personer med fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Det kan innebära att handikappomsorgen var den del av socialtjänsten som flest forskare hade kunskap om. Av socialtjänstens områden i övrigt hade flest forskare kunskap om missbruks- och beroendevård, men ändå bara ett tiotal. Enstaka hade kunskap om äldreomsorg, ingen om försörjning och aktivering och högst ett par stycken om barn- och ungdomsvård.

Slutsatser

Resultaten tyder på att tillgången på seniora universitetsforskare som kan ingå i konsensuspaneler är begränsad och att de framför allt har kunskap om psykologisk behandling. På socialtjänstens område är tillgången på forskare mycket liten. Tillgången på forskare utan docent- eller professorskompetens och forskare utanför universiteten, till exempel på FoU-enheter, har dock inte undersökts här. Om Socialstyrelsens modell för konsensusprocesser med ett femtiotal inbjudna deltagare ska tillämpas, kommer seniora universitetsforskare bara att kunna utgöra en mindre del. Det saknas helt förutsättningar för att de skulle bilda egna paneler.

Med denna modell har enkäterna till socialarbetare knappast heller rekryterat ett tillräckligt antal deltagare till konsensuspaneler. Men i motsats till forskarsamhället finns det i socialtjänsten möjlighet att rekrytera fler deltagare genom att vända sig till fler kommuner och kanske också till fler socialarbetare i varje kommun.

I socialtjänsten tycks tillgången på möjliga deltagare i konsensuspaneler variera med sakområdet. Tillgången tycks vara större på området barn och unga än områdena missbruk och våld i nära relationer.

Tillgången på både forskare och socialarbetare beror också på vilka specifika arbetsmetoder som ska behandlas i konsensusprocesserna. Ju färre som har erfarenhet av metoderna, desto mindre blir naturligtvis tillgången. I enkäten till forskarna ställdes inte frågor om vilka arbetsmetoder de hade använt (utan om målgrupper för metoderna). Till socialarbetarna ställdes en sådan fråga, men bara hälften angav någon specifik metod. Det kan betyda att mångårig erfarenhet från socialtjänsten inte alltid innebär erfarenhet av namngivna arbetsmetoder. Samtidigt är erfarenhet av specifika arbetsmetoder en förutsättning för att kunna ingå i konsensuspaneler.

En slutsats av undersökningen är att Socialstyrelsen i många fall måste vända sig till en större krets än den som har identifierats här, om modellen med ett femtiotal medlemmar i konsensuspaneler ska följas när psykosociala

arbetsmetoder behandlas. Ett alternativ är att använda mindre konsensuspaneler med de för- och nackdelar det har.

Frågor för fortsatta undersökningar och överväganden

Det finns en rad frågor som inte besvaras av denna undersökning, men som kan vara viktiga att få svar på innan konsensusprocesser praktiseras i större omfattning på det psykosociala området.

Hur tillförlitliga är konsensusprocesser?

Konsensusprocesser genomförs i brist på vetenskaplig kunskap. Graden av tillförlitlighet – konsensusprocessernas reliabilitet och validitet – är avgörande för deras användbarhet och behöver undersökas närmare. Ger konsensusprocesser med olika deltagare samma resultat? Har konsensus senare kunna bekräftas av vetenskapliga utvärderingar?

Det finns exempel på att åtgärder som en gång betraktades som god vård har omvärderats och senare setts som skadliga. Ett exempel är rekommendationen att spädbarn ska sova på mage. Ett annat är att man inom socialtjänsten länge såg det som en sanning att barn inte borde placeras i släktinghem, när föräldrarna inte räckte till. Idag vet man relativt säkert att det är att föredra.

Sådana erfarenheter tyder på att det finns en påtaglig risk att konsensusprocesser lägger grunden för felaktig vägledning. Felaktig vägledning ger falsk trygghet och riskerar att urholka allmänhetens förtroende för vård och omsorg. Framför allt riskerar det att orsaka lidande och i värsta fall för tidig död.

Vilka problem bör behandlas?

Detta reser frågan vilka kriterier som behöver vara uppfyllda för att konsensusprocesser ska genomföras. Frågan aktualiseras också av de svårigheter att rekrytera konsensuspaneler som har redovisats här.

Ett givet kriterium är att det saknas rimligt säker, vetenskaplig kunskap. Ett annat är att det problem som ska behandlas är tillräckligt allvarligt för att kräva en vägledning om åtgärd. På socialtjänstområdet kan det gälla tvångsåtgärder, där individen inte ges möjlighet att välja, eller åtgärder som är förenade med stora kostnader. Det kan också gälla åtgärder som medför stora risker för negativa konsekvenser.

Det senare kan vara ett viktigt område för konsensusprocesser, eftersom det saknas kunskap om hur vanligt det är att socialtjänstens insatser har oönskade eller till och med skadliga konsekvenser. Det saknas indikatorer som samlas in regelmässigt, och forskare rapporterar bara undantagsvis om oönskade konsekvenser.

Vilka krav ska ställas på erfarenhet och kunskap?

För att kunna ta ställning till påståenden om att en metod ger bättre resultat än en annan eller att resultatet blir bättre, eller sämre, om man använder en metod än om man inte gör det, måste man ha gjort iakttagelser under båda omständigheterna. Erfarenheten bör också ha en viss omfattning. I Socialstyrelsens konsensusprocesser har deltagarna själva fått avgöra om de har tillräcklig erfarenhet för att kunna ta ställning. Bör det ställas tydligare krav på erfarenhetens omfattning och iakttagelsernas systematik? Hur ska kraven i så fall utformas? Bör konsensusprocesser föregås av undersökningar av varje potentiell deltagares erfarenhet av varje metod?

Andra frågor är om det också ska ställas krav på kunskaper i vetenskaplig metod hos deltagarna, och om de som inte uppfyller kraven ska ges utbildning.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010.
3. Socialstyrelsen. Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
4. Sveriges Kommuner och Landsting. Konsensusprocesser inom hälso- och sjukvård. En kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
5. Socialstyrelsen (interna dokument). Delprocess 3.3 Styra med nationella riktlinjer för god vård och omsorg; rutin 4.3 Konsensusförfarande inom nationella riktlinjer; 2012 resp. 2013.
6. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vetenskapligt underlag. Rekommendationer för god palliativ vård i livets slutskede. Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
7. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Metodbeskrivning. Bilaga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.