

SOCIAL VETENSKAPLIG TIDSKRIFT

Årgång 27 • Nummer 2 • 2020

Anpassning eller autonomi – utvärderingspraktik inom civilsamhällets organisationer

Malin Arvidson, Stig Linde & Roberto Scaramuzzino 113–136

Hur bristfällig är samhällsvården egentligen? Några mätproblem i observationsstudier av placerade barn

Patrik Karlsson, Tommy Lundström & Stefan Wiklund 137–155

Ett förändrat vårdlandskap – Debatten om e-hälsa i svensk medicinsk fackpress

Eric Carlsson 157–176

Tvingad till autonomi – En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige

Liv Zetterberg 177–193

Call for paper

194–198

Socialvetenskaplig tidskrift utges av FORSA (Förbundet för forskning i socialt arbete) med stöd av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE).
Socialvetenskaplig tidskrift utkommer med fyra nummer per år.

Redaktion:

Adress:

Socialvetenskaplig tidskrift, Avdelningen för socialt arbete, IKOS, Linköpings universitet,
601 74 Norrköping Hemsida: <https://liu.se/artikel/socialvetenskaplig-tidskrift>

Redaktionen är sammansatt av forskare som representerar skilda vetenskapliga discipliner och forskningsområden. Avsikten är att redaktionen för Socialvetenskaplig tidskrift skall cirkulera mellan universitets- och högskoleorter med utbildning och forskning inom ämnesområdet socialt arbete.

Redaktör och ansvarig utgivare:

Professor Magnus Dahlstedt, tel. 011-36 32 37, e-post magnus.dahlstedt@liu.se

Korresponderande redaktör:

Biträdande professor Karin Osvaldsson Cromdal, tel. 011-36 36 74
e-post socialvetenskapligtidskrift@ikos.liu.se

Redaktionssekreterare:

Doktorand Kamila Biszczanik, e-post kamila.biszczanik@liu.se

Redaktionsledamöter:

Magnus Dahlstedt, Susanne Kelfve, Martin Klinthäll, Anna Lundberg, Dimitris Michailakis,
Anders Neergaard, Karin Osvaldsson Cromdal, Johanna Sköld, Karsten Åström

Redaktionsråd:

Jan Blomqvist, Stockholm; Thomas Boje, Roskilde; Felipe Estrada, Stockholm; Sven Hort, Växjö;
Margareta Hydén, Linköping; Stig Larsson, Lund; Lisbet Lundahl, Umeå; Britta Lundgren, Umeå
Cecilia Modig, Stockholm; Diana Mulinari, Lund; Ingrid Sahlin, Lund; Tapio Salonen, Malmö
Johans Tveit Sandvin, Bodö; Eva-Maria Svensson, Göteborg; Hans Swärd, Lund;
Marta Szebehely, Stockholm; Sandra Torres, Uppsala

Prenumeration:

Prenumerationspris per år, SEK	Sverige	Norden	Övriga länder
Enskild	210:-	240:-	250:-
Institution	375:-	410:-	420:-

FORSA tillhandahåller tidskriften åt medlemmarna.

Annonspriser:

Helsida 4.000 kr
Halvsida 2.500 kr

För prenumerationsfrågor:

Nätverkstan Kultur
Box 311 20, 400 32 Göteborg
Tel: 031-743 99 05
maria.felle@natverkstan.net

För frågor om medlemskap i Forsa:

Var god se www.forsa.nu

Språklig bearbetning: Gun Malmros

Engelsk översättare: Alan Crozier

Layout: RPform

Tryck: Norra Skåne Offset, Hässleholm

ISSN: 1104-1420

© Författarna och Socialvetenskaplig Tidskrift

Malin Arvidson, Stig Linde & Roberto Scaramuzzino

Anpassning eller autonomi

–utvärderingspraktik inom civilsamhällets organisationer

Adaptation or autonomy – evaluation practice in civil society organizations

International studies on civil society organizations (CSOs) highlight how the relation of CSOs to the public sector is central to the characteristics of organizational change. This article contributes to this line of research in two ways. Firstly it explores how Swedish CSOs, involved with social services, are affected by proximity to and dependence on the public sector for their strategies of organizational evaluation. Based on a survey, we investigate whether the evaluation practices of organizations can be understood as the result of institutional pressure defined by a dominating public sector. The focus on evaluation practices is occasioned by assumptions that evaluation principles based on public institutional logic, i.e. cost-effectiveness, evidence-based practice and competition, may threaten the integrity of organizations; by adapting evaluation standards defined by the public sector, particular characteristics and the independence of CSOs are put at risk. Secondly, the study contributes to scholarly debates concerning theoretical assumptions that resource dependence, contract-based and legislation-based coercive relations affect the evaluation strategies employed by CSOs. The analysis confirms the assumption that producing services in policy areas with legislation affects evaluation practice, but rejects assumptions that suggest similar influence based on resource dependence (except for regional funding) and contractual-based relations. The results lead us to examine how relations between CSOs and the public sector are ideally understood as encompassing both instrumental and intrinsic values. This knowledge is valuable for our understanding of the Swedish context. The fact that some of the study's assumptions are not supported can be interpreted as an expression of a relationship between CSOs and the public sector that is characterized by mutual understanding, rather than power asymmetry that follows resource dependency and contractual relationships. The study also contributes to scholarly debates on the impact of institutional pressure on CSOs, as it encourages a more detailed picture of the dimensions of institutional pressure as including historical as well as legislative and time-based contractual relationships.

Malin Arvidson är docent i socialt arbete och universitetslektor vid Socialhögskolan i Lund.

Stig Linde är fil.dr i socialt arbete och universitetslektor vid Socialhögskolan i Lund.

Roberto Scaramuzzino är docent i socialt arbete och universitetslektor vid Socialhögskolan i Lund.

Kontakt: stig.linde@soch.lu.se

Inledning

Utvärdering och granskning uppfattas i dag som en naturlig del av en organisations aktiviteter. Utvecklingen mot den genomgripande utvärderingspraktiken beskrivs i termer som kvalitetsrörelser och utvärderingsbøljer (Bejerot & Hasselbladh 2002; Vedung 2010) eller gransknings- och administrationssamhälle (Power 1997; Forsell & Ivarsson Westerberg 2014). Utvärdering och granskning har etablerats inom offentlig sektor av olika anledningar, bland annat för att säkra tillit, effektivitet och evidensbaserade interventioner. Under senare år har granskningskrav i form av transparens och kvalitetssäkring blivit en konsekvens av ökad privatisering och marknadifiering av välfärdsstaten, där utvärdering och andra sätt att granska kan beskrivas som *control by proxy*, ett sätt för stat och kommun att styra utförarorganisationer. Å ena sidan kan vi tänka att ökade krav på utvärdering och granskning av de organisationer som är involverade i välfärdsarbete är helt rimliga: det är viktigt att skattemedel används ändamålsenligt samt att service uppfyller kvalitetskrav. Å andra sidan nås vi allt mer av kunskap, både anekdotisk och forskningsbaserad, om granskningssamhällets baksidor i form av byråkratisering och målförskjutning.

I fokus för den här artikeln står civila samhällets organisationer (CSO), så kallade idéburna eller ideella organisationer. Studier visar att granskningssamhället har en märkbar inverkan på CSO som församlingar, fack- och intresseföreningar (Hvenmark 2013; Linde 2010). Internationell forskning kring utvärdering av CSO beskriver ofta hur krav på utvärdering och granskning ökar i takt med ökad närhet mellan CSO och offentlig sektor och i takt med att resurser i form av bidrag, sociala investeringar och offentliga kontrakt tydligare kopplas till förväntningar om att organisationer ska bidra enligt mål som är uppsatta av offentlig sektor (Arvidson & Lyon 2014; Nicholls 2009; Hall 2014). Den svenska kontexten följer i stora drag trenden mot ökad granskning av CSO som noteras i studier från USA, Storbritannien och andra europeiska länder. Forskningens intresse för i vilken omfattning CSO anammar den utvärderingstrend som präglar offentlig sektor kommer ur farhågor att utvärdering kan påverka CSO negativt, eftersom de kriterier som format många utvärderingar utgår från organisatoriska mål som skiljer sig från de idéburnas. Utvärderingskulturens baksidor kan tänkas vara särskilt kännbara för CSO, som strävar efter flexibilitet, brukarnära verksamhet och mjuka mål som inte lätt låter sig fångas inom former för utvärdering baserad på fastställda indikatorer för att mäta kvalitet och måloppfyllelse.

Syftet med studien är att ge en fördjupad analys av hur och under vilka omständigheter den institutionella miljön, i det här fallet offentlig sektor, styr den utvärderingspraktik CSO väljer att engagera sig i. Det, menar vi, är särskilt angeläget eftersom det skapas nya typer av relationer mellan CSO och offentlig sektor genom olika kontrakt och partnerskap där förväntningar på vad CSO ska erbjuda förändras. Det kan gälla äldreomsorg eller insatser för hemlösa, kvinnojourer, flyktingmottagande

under varierande former för samspelet med det offentliga (Arvidson & Linde 2017; Helmersson 2017; Narbutaitė Aflaki, Eriksson & Schneider 2017). Det blir då betydelsefullt att utforska vad som ligger till grund för styrande respektive autonomi i relationer mellan CSO och offentlig verksamhet: När och hur kan vi förvänta oss att dessa relationer påverkar organisationers möjlighet att självständigt formulera strategier kring sin verksamhet, och då särskilt utvärdering? CSO, antar vi, påverkas i olika grad av den institutionella miljön beroende på hur relationen till det offentliga utformats. Därför preciserar vi olika relationella förutsättningar genom att särskilja relationen som är baserad på bidragsberoende, den som utgår från särskilt bindande kontrakt och den som formas inom verksamhet präglad av lagstiftning. Studien utgår från ett organisationsteoretiskt antagande om den institutionella omgivningens tvingande makt (DiMaggio & Powell 1983). Samtidigt öppnar vi i analysen för organisationens aktörskap, vilket är en viktig kompletterande komponent i det teoretiska ramverk vi lutar oss mot. På så vis bidrar studien med nya empiriska insikter samt till kritiska teoretiska diskussioner om relationen institutionell miljö och organisation.

Artikelns empiriska fokus är CSO som är engagerade i vad vi benämner avancerad utvärderingspraktik. Studien utgår från en enkätundersökning som utforskar i vilken utsträckning CSO inom det sociala verksamhetsområdet utvärderar sin verksamhet. Artikeln formulerar fyra hypoteser kring drivkraften bakom att använda avancerad utvärdering. Hypoteserna utgår från tidigare forskning om CSO och bygger på antaganden om hur institutionellt tryck, som uppstår bland annat genom närhet och resursberoende, styr organisationers beteende och där organisationers utvärderingspraktik ses som ett uttryck för anpassning efter en dominerande institutionell miljö. Hypoteserna reflekterar också de specifika förutsättningar som finns i det svenska välfärdssystemet och som kan antas påverka CSO:s förhållningssätt till utvärdering.

Artikelns börjar med en redogörelse för den svenska kontexten som här definieras som den dominerande institutionella miljön. Därefter följer avsnitt om tidigare forskning kring CSO och utvärderingar samt en genomgång av de teoretiska perspektiv som ligger till grund för de hypoteser som studien bygger på. I metod- och resultatdelen beskrivs enkätens urvalsmodell, operationalisering av hypoteserna samt resultaten av våra statistiska analyser. Artikelns avslutas med en diskussion om tolkning av och implikationer för resultaten i syfte att förankra vår fördjupade förståelse i teori och forskning.

Institutionell miljö: den svenska kontexten

Kontinuerlig dokumentation, utvärdering och kvalitetskontroll i syfte att säkra rättssäkerhet och effektivitet har kommit att utgöra grundläggande principer för hur offentligt välfärdsarbete i Sverige organiseras. Kontrollverktygen gör sitt intåg i takt med en

ökad mängd välfärdsaktörer (Hartman 2011; Sallnäs & Wiklund 2018), och i samband med införandet av verksamhetsmodeller som bygger på målrationalitet och konkurrens (Blomqvist & Rothstein 2000; Sivesind 2013). Måluppföljning, revision och jämförelser präglar både gräsrotsarbete inom offentlig sektor och relationer mellan stat, kommuner och medborgare (Hall 2012; Lindgren, Ottosson & Salas 2012; Lindgren 2014). Socialt inriktade organisationer präglas dessutom av en utvärderingsdiskurs knuten till kraven på evidensbaserad praktik där kunskap hämtas ur långvarig erfarenhet och resultat från komplex utvärdering (Bergmark & Lundström 2006).

För CSO har förändringar av välfärdssystemet inneburit att relationer baserade på kontrakt och köp av tjänster blir vanligare, åtminstone för vissa grupper av organisationer. Förändringarna har beskrivits som ett omförhandlat samhällskontrakt (Wijkström 2012). Det svenska civila samhället sågs under 1900-talet vanligtvis som "föreningsliv" och "folkrorelser". En prostatlig inställning i den svenska frivilligsektorn samspelade med en understödande och inte sällan koopterande stat (Meeuwisse & Sunesson 1998). En gemensam förståelse av relationen som beskrivits vara präglad av närhet och också tillit har dock utmanats av de förändringar av det offentliga som brukar beskrivas som *new public management* (Johansson 2001; Sjöstrand 2018). En kartläggning av finansiella relationer mellan offentlig sektor och CSO i Sverige visar på en stadig ökning av köpta tjänster från kommuner av CSO (Arvidson, Johansson, Johansson & Nordfeldt 2018; Johansson, Arvidson & Johansson 2015). Även om många organisationer är beroende av verksamhets- eller organisationsbidrag, har köpta tjänster som helhet nu kommit att bli den största inkomstkällan (ibid.). En konsekvens av de här förändringarna är att relationen mellan offentlig sektor och CSO i högre grad har kommit att präglas av affärsmässiga principer där rationalisering och konkurrens utgör ledord (Amnå 2008; Danielsson, Zetterberg & Amnå 2009; Johansson 2005; Wijkström & Einarsson 2006). Utvärdering av verksamheten i syfte att återrapportera att åtagandet genomförts enligt planer, utgör en central del i denna relation. Till villkoren för CSO som utför socialtjänst eller hälso- och sjukvård finns krav på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSF 2011:9). Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ett uttryck för konkurrenssituationen är Socialstyrelsens årliga enkäter till äldreboenden och brukare av hemtjänst som redovisas på en webbplats (Äldreguiden) där olika utförares värden kan jämföras.

Den generella institutionella miljö som CSO på det sociala verksamhetsfältet berörs av rymmer en allmän ordning som bygger på återkoppling och kontroll, bland annat manifesterad i utvärderingar. Det finns även mer specifika krav på utvärdering som kommer ur förändringar som berör relationen offentlig-ideell sektor. I Sverige har ett ökat politiskt intresse för samordning mellan de här sekto-

rerna resulterat i partsgemensamma forum för dialog och samråd mellan regeringen och CSO samt gemensamma överenskommelser på nationell, regional och kommunal nivå (Johansson, Kassman & Scaramuzzino 2011; Prop. 2009/2010:55; Gavelin 2018). De är inte juridiskt bindande men redovisar parternas ambitioner. Exempelvis har det fastslagits att stöd och insatser som erbjuds av CSO ”ska följas upp och utvärderas för att kunna synliggöras, utvecklas och jämföras med andra aktörers” (Överenskommelsen, s. 15). Vad gäller redovisningen av de här kvaliteterna anges att CSO:s särskilda kvalitet ”bör beaktas” när man utvecklar metoder för att mäta och fördjupa kvalitet. Verksamhet som utförs på uppdrag av det offentliga ska, utöver att möta sådana kvalitetskrav som omfattar alla utförare, kunna redovisa den särart och kvalitet man därutöver arbetar med (Överenskommelsen, s. 15). Den ideella sektorn åtog sig i Överenskommelsen att utveckla metoder för att mäta kvalitet och resultat som återspeglar de idéburna organisationernas roll, särart och mervärde (Överenskommelsen, bilaga 1:2, s. 25). Riktigt hur det tar sig form, eller vem som är ansvarig för en sådan utveckling, är inte klart, men vi kan läsa dokumentet som en tydlig uppmuntran att enskilda organisationer liksom sektorn i stort bör utveckla sin utvärderingskompetens i syfte att redovisa kvalitet och särart.

Tidigare forskning

Med uttrycket ”We do good things, don’t we?” illustrerar Nicholls (2009) det nyvakna utgångsläget som många verksamheter inom det civila samhället befinner sig i när de ställs inför begäran att redogöra för prestationer. Frågan följs ofta av ytterligare frågor som ”How good are we at doing good?” (Paton 2003), vilket tydliggör det komplicerade i att både definiera vad som ska mätas (*doing good*) och att hitta trovärdiga och genomförbara sätt att faktiskt mäta detta. Dessa retoriska frågor är indikativa för de utmaningar relaterade till kapacitet och kunskap om utvärdering som CSO ställs inför. Organisationer ställs också inför utmaningar som kommer ur relationers inneboende maktaspekter (Arvidson 2009). Den rad av intressenter som CSO ofta omges av kan utöva makt genom att kräva bevis för prestation och yrka på att särskilda utvärderingsmodeller används (Ebrahim 2003). Forskning om kvalitetskontroll och utvärdering av CSO betonar ofta hur de kontrollerande instrumenten skapar motstånd och ambivalens eftersom de ställer krav på förändrade förhållningsätt i hur verksamheten bedrivs och uppskattas (Christensen & Ebrahim 2006; Townley 2002; Turco 2012). Paton, Foot & Payne (2000) beskriver hur CSO trots intresse för att kvalitetssäkra ändå tvekar att införa kvalitetsbegrepp eftersom det uppfattas som präglad av en produktionslogik. Liknande tvekan upplevs när kvalitet inom andlig vård ska mätas i siffror (Lyndes et al. 2008). Ambivalensen har sitt ursprung i att utvärderingsinstrument prioriterar förbestämda kriterier och mone-

tära indikatorer för att skatta framgång snarare än kontextuella definitioner av socialt värde (Arvidson et al. 2013). Tvekan uppstår också när utvärderingar bygger på vad Hall (2014) benämner vetenskaplig logik (evidenssökande) och byråkratisk logik (systematiskt kontrollerande) mer än på lärande logik.

Motstånd mot utvärderingar kommer ur en rädsla för att utvärderingspraktik som inte är anpassad efter den särskilda organisationskontext som CSO representerar får oönskade konsekvenser i form av förändrat beteende hos organisationen. Närheten till det offentliga kärnområden förväntas påverka CSO:s möjlighet att bevara självständighet och särart (Eikenberry & Kluver 2004; Johansson 2005). Institutionella normer, bland annat sådana som förmedlas via utvärderingspraktik, driver fram organisatorisk isomorfism, det vill säga konformitet, genom att påverka struktur av verksamhet och motivation hos medarbetare (DiMaggio & Powell 1983). I en studie av belgiska icke-vinstdrivna organisationer utforskas effekten av en kombination av resursberoende och centraliserade krav på utvärdering och granskning (Verbruggen, Christiaens & Milis 2011). Studien visar på en tvingande isomorfism, där organisationer mer eller mindre måste anpassa sig efter begäran om utvärderingar och granskning. I ett senare stadium kan det också anta formen av mimetisk isomorfism, det vill säga organisationer följer andras exempel för att minimera risker som kan uppstå om man avviker (ibid.). Ytterligare studier påvisar hur normativ isomorfism uppstår som resultat av professionalisering i samband med utveckling av utvärderingspraktik (Hwang & Powell 2009). Här består likriktningen i en subtil förändring av de värden som underbygger kunskap och praktik inom icke-profitbaserat välfärdsarbete: ideal baserade på brukarnära praktik byts ut mot fokus på att upprätthålla professionella normer.

Studier betonar de maktaspekter som präglar förhållandet mellan de granskade och granskarna, mellan de bidragsmottagande organisationerna och bidragsgivarna (Carman & Fredricks 2008; Hall & Millar 2010; Ógáin, Lumley & Pritchard 2012). Effekten för just CSO kan bli att när man inför utvärdering som utgår från kontroll av måluppfyllelse, prioriteras arbete som är fokuserat på att effektivisera servicearbete på bekostnad av organisationens påverkansarbete (röstbärfunktionen) (Marshall & Suarez 2013). En annan konsekvens kan vara att relationerna till intressenter som är knutna till finansiella resurser ges företräde framför dem som verksamheten är ämnad för (Christensen & Ebrahim 2006). Maktförhållandet och det institutionella trycket riskerar att leda till att CSO anammar utvärderingsmodeller som äventyrar det som ses som deras särart. Även om begreppet *särart* är en omtvistad benämning och inte enkelt låter sig sammanfattas, kan principen beskrivas som att ideella sektorns organisationer "genom sin art och verksamhet ofta antas vara och göra någonting annorlunda än andra aktörer i samhället" (Wijkström & Einarsson 2006, s. 86). Särarten kan komma ur en tro, ideologi eller ett perspektiv på sociala problem och

förhållandet individ och samhälle. Särart kan också uppstå genom speciella arbetsmetoder (ibid.). Ett konkret exempel på hur särart kan definieras och präglade en organisations verksamhet och relation till klienter kan sammanfattas i begreppet *lågtröskelverksamhet*. En låg tröskel kännetecknas av att alla välkomnas, inklusive de grupper som känner sig uteslutna från eller har svårt att engagera sig i offentlig välfärd (Kara & Arvidson 2014). Den låga tröskeln kommer sig av att organisationen är både praktiskt och kognitivt tillgänglig: den är geografiskt belägen på ett ställe som gör den enkel att nå, organisationen drivs delvis av tidigare brukare tillsammans med professionella och bjuder därmed in klienter som annars kan känna sig stigmatiserade och uteslutna (Billis & Glennerster 1998). Den låga tröskeln kan dock höjas i takt med ökad professionalisering (minskat antal volontärer, minskat antal brukare som också är verksamma i organisationen) och i takt med ett riktat fokus på att verksamheten ska generera resultat i form av klienter vars livssituation förändras till det bättre utifrån objektiva mätkriterier.

En organisatorisk förändring i form av likriktning kan dock inte tas för given. Organisationer inom det civila samhället handskas olika med krav på granskning och utvärdering. De kan avvisa eller anamma etablerad redovisnings- och utvärderingspraktik eller manipulera och förändra densamma (Powell, Gammal & Simard 2005). Arvidson och Lyon (2014) visar hur acceptans av krav på förändring kombineras med olika grader av motstånd och initiativ att anpassa utvärderingar efter egna värderingar och visioner. I en studie av implementeringen av kvalitetssystem i Storbritannien visar Cairns et al. (2005) hur vissa organisationer anpassade sig till förväntningarna från institutionella omgivningar, medan andra antog en proaktiv strategi och förhandlade om kvalitetssystem med intressenterna.

Analys för att förstå anpassning: organisationen och omgivningen

Många studier om hur CSO svarar på ökade krav på utvärdering och granskning utgår från nyinstitutionell teori (DiMaggio & Powell 1983), ofta kombinerat med resursberoendeteori (Pfeffer & Salancik 1978). Båda teorierna betraktar organisationer som öppna system där relationer till andra intressenter avgör hur vi förstår den enskilda organisationens agerande. Nyinstitutionell teori betonar hur den omgivande institutionella miljön ställer krav på organisationen att anpassa sig till fältets dominerande normer och strukturer. Organisationer som vill tillhöra ett visst verksamhetsfält riskerar sin legitimitet och därmed överlevnad om de avviker från dessa normer. Inom varje organisatoriskt fält pågår därför en ständig likriktning av verksamheter. Organisationer anpassar sig efter vedertagna spelregler för hur man bör agera, utan att nödvändigtvis beakta om ett förändrat beteende egentligen gynnar organisationens värderingar, visioner och mål.

Utgångspunkten för resursberoendeteorin är att organisationer är aktörer som strävar efter självständighet och rådrum inom gränserna för den miljö organisationen verkar i (Goodrick & Salancik 1996). Organisationen söker aktivt olika vägar för att realisera sina mål också i trängda situationer där autonomi ställs mot omvärldens krav. Ökat resursberoende antas ha en negativ verkan på organisationens möjligheter att odla och bevara sin identitet. Även karaktären på det institutionella trycket bör uppmärksammas. Ett svagt tryck uppstår exempelvis vid tillfällen när det saknas konformitet kring normer och det institutionella fältet kan beskrivas som fragmenterat (Pache & Santos 2010). Vid svagt tryck lämnas utrymme för organisationer att ignorera, eller förhandla, med kravställarna.

I syfte att förstå organisationers beteende i en dominerande institutionell miljö utgår vi här från begreppet *anpassning* som härrör ur båda dessa teoretiska traditioner. Studien lägger fokus på CSO:s agerande i en institutionell kontext där vi antar att relationer är präglade av närhet och resursberoende, och där vad vi benämner avancerad utvärderingspraktik kan tolkas som en anpassning. Med avancerad utvärdering avser vi utvärdering som kräver ett engagemang och åtagande som påverkar och ställer krav på verksamheten. Här ingår exempelvis före och efter-mätning, utvärdering med kontrollgrupp, lönsamhetsutvärdering. Vägleda av perspektiv som anammats i tidigare forskning, och med utgångspunkt i en kombination av nyinstitutionell och resursberoendeteori formulerar vi följande hypoteser som vi undersöker med hjälp av data från enkäten.

H1: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som ett resultat av *beroende av bidrag från offentlig sektor.*

H2: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som ett resultat av en tvingande relation mellan organisation och offentlig verksamhet, där relationen byggs på *kontrakt om utförande av tjänster.*

H3: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som ett resultat av en tvingande relation till offentlig kärnverksamhet, där relationen *formas av för fältet gällande lagstiftning.*

Genom en fjärde hypotes lämnar vi utrymme för ett tydligare aktörskap från organisationens sida och undersöker i vilken mån man anser att organisationen bedriver avancerad utvärdering på eget initiativ.

H4: Organisationer som tar sig an avancerad utvärdering gör så *på eget initiativ.*

Inom både nyinstitutionell och resursberoendeteori betonas att *utomorganisatoriska* faktorer är avgörande för hur organisationens beteende formas. I hypoteserna ovan uttrycks att utomorganisatoriska faktorer är beroende av relationer med *externa intressenter* (H1 och H2) och av karaktären på det *institutionella fält* på vilket organisationen bedriver verksamhet (H3). Med hjälp av analyser som undersöker i vilken grad de här antagandena håller, kan vi ge en unik inblick i hur svenska CSO:s utvärderingspraktik är knuten till den miljö som de verkar i och de relationer de har med offentlig sektor.

Metod och data

Enkätstudien

Studien utgår från en enkätundersökning som genomfördes 2016–17 och riktade sig till CSO i Sverige som är verksamma inom det sociala området (Arvidson, Linde & Scaramuzzino 2018). Enkäten syftade till att kartlägga hur den gruppen CSO utvärderar sin verksamhet, och hur man upplever att egna motiv och omvärlden spelar roll för hur denna praktik utformas. Urvalet av organisationer baseras sig på i huvudsak två antaganden. *För det första* kräver utvärdering en viss grad av kapacitet (det är arbetsintensivt, kräver kunskap och resurser). Eftersom vi ville undersöka förekommande utvärderingspraxis bedömde vi det som en rimlig avgränsning att målgruppen skulle ha (minst en) anställd personal. Det urvalskriteriet baseras också på antagandet att organisationen bör ha en viss verksamhetsvolym för att det ska vara sannolikt att den ägnar sig åt utvärdering. *För det andra* är urvalet teoridrivet, där hypoteser uttrycker antagande om att reglering från och beroende av det offentliga leder till anpassning. Vi har därför fokuserat på organisationer som är verksamma inom det sociala området, vars aktiviteter tangerar eller inkluderar tjänster och service som ges via offentlig sektor. Urvalet är skapat ur Statistiska centralbyråns (SCB) företagsregister med företag, myndigheter och civilsamhällesorganisationer.

För att skraddarsy vårt urval har vi använt tre olika kriterier: juridisk form, SNI-koder och antal anställda. Tre juridiska former har valts ut eftersom de enbart inkluderar organisationer som är en del av det civila samhället: ideella föreningar, registrerade trossamfund och övriga stiftelser. Vi har på så vis uteslutit andra juridiska former som ekonomiska föreningar, familjestiftelser, m.m. För att specificera vårt urval inkluderade vi de organisationer vars verksamhet hade kategoriserats i SCB:s register som att de tillhörde fem kategorier (utifrån så kallade SNI-koder): hälso- och sjukvård, vård och omsorg med boende, öppna sociala insatser, verksamhet i religiösa organisationer och verksamhet i andra intresseorganisationer. Detta urval ger oss en population som vi bedömer stämmer överens med målgruppen civilsamhällesorganisationer ”verk-

samma inom det sociala området”.¹ Genom de här kategorierna inkluderar vi i studien både klassiska folkrörelseorganisationer, äldre välgörenhetsorganisationer och nyare service-inriktade aktörer inom välfärdsområdet (se Arvidson et al. 2018, som mer utförligt beskriver kategorierna och de typer av organisationer som inkluderas).

Det gav oss en population med 8 363 arbetsställen. Utvärderingspraktik förekommer ofta på verksamhetsnivå och inte enbart på organisationsnivå och därför har vi valt att skicka enkäten till organisationernas alla arbetsställen i stället för att skicka en enkät till organisationernas huvudadress.

När det kommer till kategorierna hälso- och sjukvård, vård och omsorg med boende och öppna sociala insatser, valde vi att göra en totalstudie av alla de förekommande 917 arbetsställena. Vad gäller kategorierna verksamhet i religiösa organisationer och i andra intresseorganisationer beställde vi ett slumpmässigt urval av 5 procent, vilket gav oss 374 arbetsställen. Följande tabell visar på urvalets operationalisering.

Tabell 1: Studiens urval

	SNI-koder	
	86 Hälso- och sjukvård	94.910 Verksamhet i religiösa organisationer
	87 Vård och omsorg med boende	94.990 Verksamhet i andra intresseorganisationer
	88 Öppna sociala insatser	
Typ av urval	Hela populationen	Slumpmässigt urval
Juridisk form		
Ideell förening	100 % (684)	5 % (224)
Registrerade trossamfund	100 % (27)	5 % (136)
Övriga stiftelser	100 % (206)	5 % (14)

Enkäten sändes ut till 1 291 arbetsställen. I 861 fall var arbetsstället i urvalet det enda registrerade arbetsstället för den organisationen. Det betyder att 33 procent av arbetsställena tillhörde en organisation med fler arbetsställen. Dessa organisationer med flera arbetsställen var dock enbart 71, det vill säga mindre än 10 procent av alla organisationer i urvalet. För dessa 71 organisationer finns det en risk för att vi kan ha missat mer övergripande utvärderingspraktiker som spände över alla arbetsställena. Vi ansåg dock det vara viktigare att försöka fånga utvärderingspraktiker som skedde på verksamhetsnivå, något vi annars förmodligen skulle ha missat genom att skicka formuläret enbart till huvudkontorets adress.

1 För en utförlig beskrivning av urvalet och enkätformuläret, se Arvidson, Linde och Scaramuzzino 2018.

Samtliga adressater i urvalet har fått inbjudan att delta via ett postalt utskick. I utskicket har en pappersenkät med svarskuvert ingått. Det har även funnits möjlighet att svara via en webbenkät. Telefonpåminnelser har gjorts där svar uteblivit.

Vi fick svar från 428 arbetsställen. Efter att vi sorterat bort dubletter hade vi svar från 416 arbetsställen, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 32 procent. Eftersom vi genom vår undersökning avsåg att studera ett tvärsnitt av de socialt inriktade verksamheterna i det svenska civilsamhället ingick både riksorganisationer och regionalt och lokalt verksamma organisationer i populationen och urvalet. Bortsett från att vi fick en något lägre svarsfrekvens från arbetsställen i de två kategorierna med SNI-kod 94 (27 %, se Arvidson, Linde & Scaramuzzino 2018) kan vi inte se några övriga mönster i bortfallet. Det är dock rimligt att anta att enkäten i större utsträckning besvarats av verksamheter som har någon form av utvärderingspraktik eller ett intresse i utvärdering. Det borde dock inte påverka studiens tillförlitlighet eftersom den bara inkluderar organisationer som angett att de bedriver någon form av utvärdering (se nedan).

I den kommande analysen benämmer vi aktörerna som svarat som "organisationer". Detta för att synliggöra att vi ser dem som enskilda enheter, även om vissa av dem i juridisk bemärkelse och i SCB:s databas definieras som olika "arbetsställen" inom en och samma organisation.

Operationalisering

Analysen bygger på ett urval av enkätens frågor. Den beroende variabeln mäter om organisationerna har erfarenhet av att genomföra utvärderingar med vad vi definierar som avancerade metoder. Det kan vara viktigt att poängtera att frågan bara ställdes till de organisationer som svarat positivt på en tidigare fråga om det genomfördes "någon slags utvärdering" enligt en bred definition av en sådan i hela eller delar av deras organisation/verksamhet.

Frågan som den beroende variabeln bygger på löd: *Arbetar ni, eller har ni arbetat, med någon av följande utvärderingsmetoder eller modeller? Följande alternativ kunde kryssas i: a) Före och efter-mätning (exempelvis frågeformulär/intervju vid avslutande av insats/kontakt), b) Utvärdering med kontrollgrupp, c) Processkartläggningar, d) Lönsamhetsutvärdering (någon form av cost-benefit-analys som Social Return on Investment)*". Vi definierar de här alternativen som avancerade utvärderingspraktiker eftersom de ställer krav på genomgripande strategier som berör organisationens resurser och aktiviteter över tid. Variabeln har kodats som binär där organisationerna som kryssat i minst en av metoderna har bedömts ha erfarenhet av avancerade utvärderingsmetoder medan organisationer som inte kryssat i någon av dem har bedömts sakna sådan erfarenhet.

En generell notering om resonemanget bakom oberoende variabler i H1 och H2 behövs. När vi operationaliserar de oberoende variablerna *resursberoende* samt *ting-*

ande relation utgår vi från ett antagande att det går att särskilja dessa variabler baserat på olika finansieringsformer. I frågan om resursberoende frågor vi efter hur organisationen upplever sitt beroende av bidrag. Här beskriver Wijkström, Larsson och Einarsson (2004) hur en princip för statlig bidragsgivning till idéburen sektor "utgår ifrån att de berörda organisationerna *är goda för någonting i sig själva* (existens) och därför mer eller mindre får stöd enbart för att de existerar" (s. 53, kursiv i original). Det skiljer sig grundligt från principer som appliceras vid köp av tjänster, där upphandling är baserad på idén om konkurrens bland aktörer på en marknad, och där kontraktsrelationen präglas av kontroll och utvärdering (Lundström 2004). I frågan om tvingande relation utgår vi från huruvida organisationen har kontrakt med offentlig institution om utförande av tjänster.

H1: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som resultat av beroende av bidrag från offentlig sektor.

Den första hypotesen prövar vi genom att undersöka samband mellan beroende variabel och resursberoende baserat på organisationernas svar på följande fråga: *Hur betydelsefulla är följande finansieringskällor?* Bland de alternativ som organisationer kunde svara på har vi valt följande: *a) Kommunala bidrag, b) Statliga bidrag och c) Landstings- eller regionbidrag.* Alternativen var *Mycket viktiga, Ganska viktiga och Inte alls viktiga.* Variabeln har kodats om till binär där de första två alternativen tolkas som ett positivt svar och det tredje som ett negativt svar. Vi operationaliserar här "resursberoende" med de svarande organisationernas bedömning av betydelsen av bidrag från stat, landsting och kommun.

H2: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som resultat av en tvingande relation mellan organisation och offentlig verksamhet, där relationen byggs på kontrakt om utförande av tjänster.

I hypotesen läggs fokus på kontraktsbaserade relationer, som kan beskrivas som tvingande eftersom organisationen genom ett kontrakt förbinder sig att organisera sin verksamhet med hänsyn till utvärderingskrav av olika slag. Antagandet prövar vi genom att undersöka samband mellan beroende variabel och en relation byggd på avtal om att utföra tjänster. Enkätfrågan löd: *Om er organisation har avtal med kommun eller landsting eller annan offentlig organisation, för utförande av tjänster (aktiviteter, sängplatser eller liknande), vilken typ av avtal har ni?* Alternativen som respondenterna kunde kryssa i var följande: *a) Entreprenad, b) Ramavtal, c) Återkommande försäljning av tjänster utan avtal, d) IOP (Idéburet Offentligt Partnerskap) och e) Projektavtal.* Variabeln har kodats som binär där organisationerna som kryssat i minst en av avtalsformerna har bedömts ingå i en sådan tvingande relation och där de som inte svarat på frågan bedömts inte ingå i en sådan relation.

H3: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som resultat av en tvingande relation till offentlig kärnverksamhet, där relationen formas av för fältet gällande lagstiftning.

Den tredje hypotesen prövar vi genom att undersöka samband mellan beroende variabel och en tvingande relation mellan organisation och offentlig, lagstyrd kärnverksamhet utifrån svar på frågan *Vilket av följande påståenden stämmer in på er verksamhet?: a) Vi bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen, b) Vi bedriver verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, c) Vi bedriver verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen.* Variabeln har kodats som binär där organisationerna som kryssat i minst ett av alternativen har bedömts ha en sådan närhet till offentlig verksamhet och där de som inte svarat på frågan bedöms sakna en sådan närhet.

H4: Organisationer som tar sig an avancerad utvärdering gör så på eget initiativ.

Den fjärde hypotesen uttrycker ett påstående som står i motsats till de föregående. Motivet till det är att se om resultatet från de första tre hypoteserna, som bygger på att organisationerna anpassar sig som resultat av resursberoende, tvång genom kontraktbaserad relation och närhet till en konform institutionell miljö, sammanfaller med organisationernas egna upplevelser av deras engagemang i utvärdering av verksamheten. Hypotesen öppnar för organisationen att visa eget aktörskap, vilket är en viktig kompletterande komponent i det teoretiska ramverk vi lutar oss mot.

Vi provar den fjärde hypotesen genom att undersöka samband mellan beroende variabel och organisationernas motiv till att utvärdera utifrån svaren på följande fråga *Vad utgör det främsta skälet till att ni utvärderar i er verksamhet?* Följande alternativ kunde organisationerna ta ställning till: *a) Det sker på initiativ av organisationen själv, b) Vi måste uppfylla krav uttryckta i avtal/kontrakt med uppdragsgivare/finansiärer och c) Vi motiveras av att andra organisationer verksamma inom vårt område gör utvärderingar.* Variabeln har kodats om till binär där det första alternativet har tolkats som att det främsta skälet är det egna initiativet medan de andra två inte är det egna initiativet.

I följande del av artikeln presenterar vi bivariata analyser genom korstabeller där vi prövar våra hypoteser en efter en. I och med vårt stratifierade urval är analyserna vi presenterar viktade för att återspegla att vissa kategorier har haft 20 gånger färre chanser att hamna i vårt urval jämfört med de kategorier där vi har gjort en totalstudie. I slutet av artikeln testar vi alla fyra hypoteserna samtidigt med hjälp av binär logistisk regression.

Analys och resultat

Svaren visar på förekomsten av organisationer som har erfarenhet av avancerad utvärdering. 53 procent av de svarande organisationerna som utvärderar har använt eller använder minst en av de i frågan nämnda utvärderingsmodellerna (N. 350).

H1: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som resultat av beroende av bidrag från offentlig sektor.

I följande tre tabeller testar vi hypotesen utifrån tre finansieringskällor: kommunala bidrag, landstings- eller regionala bidrag, statliga bidrag. Tabellerna visar andelen organisationer (i procent) som använder avancerade utvärderingsmetoder i relation till huruvida organisationerna bedömer finansieringskällorna som betydelsefulla. Tabellen visar också motsvarande siffror för de organisationer som inte använder avancerad utvärdering.

Tabell 2

	Kommunala bidrag		
Avancerad utvärderingspraktik	Ej betydelsefulla	Betydelsefulla	Total
Nej	48,5	51,3	49,7
Ja	51,5	48,7	50,3
Total	100,0	100,0	100,0

N. 309; Cramer' V sig. Ej signifikant

Tabell 3

	Landstings- eller regionbidrag		
Avancerad utvärderingspraktik	Ej betydelsefulla	Betydelsefulla	Total
Nej	55,2	35,5	51,5
Ja	44,8	64,5	48,5
Total	100,0	100,0	100,0

N. 289; Cramer' V 0,154**

Tabell 4

	Statliga bidrag		
Avancerad utvärderingspraktik	Ej betydelsefulla	Betydelsefulla	Total
Nej	52,2	49,3	51,0
Ja	47,8	50,7	49,0
Total	100,0	100,0	100,0

N. 298; Cramer' V sig. Ej signifikant

Resultaten visar inget samband mellan att använda avancerade metoder för utvärdering och att organisationerna är beroende av kommunala och statliga bidrag som finansieringskälla. Däremot visar det sig att organisationer som är beroende av landstings- och regionbidrag också har erfarenhet av att utvärdera med avancerade metoder. Mer specifikt, 65 procent av organisationerna som bedömer landstings- och regionbidrag som viktiga använder avancerade metoder för utvärdering. Motsvarande siffra för dem som inte bedömer dessa bidrag som viktiga är 45 procent.

Vi finner på så vis stöd för vår första hypotes om landstings- eller regionbidrag men inte kommunala och statliga bidrag.

H2: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som resultat av en tvingande relation mellan organisation och offentlig verksamhet, där relationen bygger på avtal om utförande av tjänster.

Tabellen visar andelen organisationer (i procent) som använder sig av avancerade utvärderingsmetoder respektive inte gör det, i relation till huruvida organisationerna har avtal om att utföra tjänster med kommun, landsting eller annan offentlig organisation. Avtalen som avses är entreprenad, ramavtal, återkommande försäljning av tjänster utan avtal, IOP (Idéburet Offentligt Partnerskap) och projektavtal.

Tabell 5

	Avtal		Total
	Har inte avtal	Har avtal	
Avancerad utvärderingspraktik			
Nej	51,3	43,5	48,9
Ja	48,7	56,5	51,1
Total	100,0	100,0	100,0

N. 262; Cramer' V sig. Ej signifikant

Även om tabellen visar på en högre andel organisationer som använder avancerade metoder bland dem som har avtal jämfört med dem som inte har avtal, är inte skillnaderna statistiskt signifikanta. Analysen stödjer därför inte vår andra hypotes.

H3: Avancerad utvärderingspraktik är ett uttryck för anpassning som resultat av en tvingande relation till offentlig kärnverksamhet, där relationen formas av för fältet gällande lagstiftning.

Tabellen visar andelen organisationer (i procent) som använder avancerade utvärderingsmetoder respektive inte gör det, i relation till huruvida organisationerna bedriver verksamhet enligt lagstiftning. Lagstiftningarna som avses är socialtjänstlagen (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Tabell 6

	Verksamhet		Total
	Ej lagstiftning	Lagstiftning	
Avancerad utvärderingspraktik			
Nej	53,7	32,2	48,5
Ja	46,3	67,8	51,5
Total	100,0	100,0	100,0

N. 314; Cramer' V 0,184***

Det finns ett tydligt samband mellan att använda avancerade utvärderingspraktiker och att bedriva verksamhet enligt någon av de nämnda lagstiftningarna. Bland dem som bedriver verksamhet enligt någon av lagstiftningarna har cirka 68 procent erfarenhet av att använda avancerade utvärderingsmetoder medan motsvarande siffra för dem som inte bedriver verksamhet enligt dessa lagstiftningar är cirka 46 procent. Våra enkätresultat stödjer alltså vår tredje hypotes.

H4: Organisationer som tar sig an avancerad utvärdering gör så på eget initiativ.

Tabellen visar andelen organisationer (i procent) som använder avancerade utvärderingsmetoder respektive inte gör det, i relation till huruvida organisationerna anger det egna initiativet som främsta skäl att utvärdera.

Tabell 7

	Främsta skäl att utvärdera		Total
	Ej eget initiativ	Eget initiativ	
Avancerad utvärderingspraktik			
Nej	47,8	47,6	47,6
Ja	52,2	52,4	52,4
Total	100,0	100,0	100,0

N. 314; Cramer' V Ej signifikant

Tabellen visar minimala skillnader mellan organisationerna vars främsta skäl att utvärdera är det egna initiativet och de vars främsta skäl är andra. Vi finner på så vis inte stöd för vår fjärde hypotes.

Vilka faktorer spelar mest roll?

Följande tabell presenterar resultat av en binär logistisk regression där vi testat alla variabler och på så vis alla fyra hypoteserna på samma gång.

Tabell 8

	Använder avancerade metoder för att utvärdera	
	S.E.	Exp (B)
<i>Hypotes 1</i>		
Kommunala bidrag betydelsefulla	0,362	0,564
Landstings- och regionbidrag betydelsefulla	0,419	2,322*
Statliga bidrag betydelsefulla	0,378	1,564
<i>Hypotes 2</i>		
Har avtal med kommun, landsting eller annan offentlig organisation	0,362	1,690
<i>Hypotes 3</i>		
Bedriver verksamhet enligt lagstiftning	0,357	3,933***
<i>Hypotes 4</i>		
Eget initiativ främsta skälet att utvärdera	0,349	1,009
Constant	0,463	0,508
Observations	181	
Nagelkerke R square	0,197	

En genomgång av tabellen bekräftar i mångt och mycket resultaten från de bivariata analyserna. De organisationer som bedömer landstings- och regionbidrag som betydelsefulla är cirka 2,3 gånger mer sannolika att ha erfarenhet av avancerade utvärderingsmetoder, jämfört med dem som inte bedömer dessa bidrag som betydelsefulla. Organisationer som bedriver verksamhet enligt lagstiftning är cirka 4 gånger mer sannolika att ha denna erfarenhet jämfört med dem som inte bedriver verksamhet enligt lagstiftning. Regressionen visar på så vis stöd för vår första hypotes, om landstings- och regionbidrag, samt för vår tredje hypotes. Andra och fjärde hypoteserna stöds inte av regressionen (på samma sätt som vid de bivariata analyserna). Vår uppsättning av oberoende variabler förklarar 20 procent av variationen i den beroende variabeln, det vill säga att vissa organisationer har erfarenhet av avancerade metoder för utvärdering medan andra saknar detta.

Diskussion

I definitionen av hypotes 1 utgår vi från antagandet att statliga bidrag ges enligt principen att CSO får stöd för att de är goda för någonting i sig själva (Wijkström, Larsson & Einarsson. 2004). Följer vi principen borde vi inte förvänta oss några formella krav på utvärdering. Det teoretiska antagandet uttrycker dock att resursberoende *i sig* leder till anpassning, i detta fall anpassning till en miljö där utvärdering av mer avancerat slag är vanligt förekommande. Resultaten kan tolkas som att den svenska modellen för hur relationen mellan CSO och offentlig sektor, som bygger på samförstånd och utrymme för särart, har satt stark prägel på CSO så att de lämnas utrymme att bevara sin autonomi trots resursberoende. Vi ser dock en nyans i hur bidrag från olika nivåer (kommunal, regional, landstings och statlig) inom offentlig sektor tycks påverka organisationer. Det är svårt att förklara varför vi finner ett svagt samband mellan organisationer som praktiserar avancerad utvärdering och säger sig vara beroende av landstings- och regionbidrag, men inte av kommunala och regionala bidrag. Det kan handla om att de här myndigheterna handlägger vissa specifika bidrag som kräver en mer omfattande återrapportering. Bland de organisationstyper som tillmäter dessa bidrag högt värde och som har erfarenhet av att använda avancerade utvärderingsmetoder finner vi kvinnojourer och organisationer som ligger nära landstingsvårdens fält. Det kan vara så att just de här organisationerna som får landstings- och regionbidrag också har en relation till det offentliga som karaktäriseras av närhet till ett homogent fält, där krav på avancerade utvärderingspraktiker inte enbart kan härledas till lagstiftningen utan också kan relateras till själva bidraget.

Att hypotes nummer två, som utgår från att kontraktbaserad relation tvingar fram anpassning i form av avancerad utvärdering, inte får stöd är intressant. Resultatet kan tyda på att avtal inte följs upp genom kontroll av dokumentation och utvärdering, utan utvärderingspraktiken närmast är en särkopplad aktivitet för både granskare och granskad. Just detta, att uppföljning i kontraktrelationer saknas, påvisas i en fallstudie av en svensk CSO med kommunen som uppdragsgivare (Arvidson & Linde 2017).

Den tredje hypotesen, som bygger på att lagreglerade fält leder till anpassning, får stöd i analysen. Resultaten pekar alltså på att det inte är en tvingande relationsform (avtalsbaserad) utan snarare fältets karaktär, det vill säga inom ramen för en verksamhet präglad av konformitet, som kan kopplas till organisatorisk anpassning. Lagstiftning som SoL, LSS eller HSL ställer krav på verksamheten som avgör utvärderingspraktiken.

Den fjärde hypotesen utmanar teorier om att organisationer styrs av institutionell miljö och resursberoende genom att fokusera specifikt på hur organisationen ser på sitt eget aktörskap i frågan om avancerad utvärdering. Hypotesen utgår från att svenska CSO är relativt autonoma. Att notera här är först att av de svarande organi-

sationerna anger 53 procent att man är engagerad i avancerad utvärdering (n = 350). Vidare kräver engagemanget en medveten strategi som i viss mån påverkar organisationens struktur och verksamhet. Trots detta, det vill säga att en stor andel organisationer satsar på en utvärderingspraktik som kräver medveten strategi och som påverkar hur organisationen använder resurser, finner vi inte något stöd för hypotesen att utvärderingspraktiken kopplas till eget initiativ. Att det egna aktörskapet är svagt är anmärkningsvärt på så vis att det knappast stärker bilden av organisationer som autonoma.

Sammanfattningsvis pekar våra resultat på att det varken är avtalsformen eller det egna initiativet som leder till att CSO använder sig av avancerade utvärderingsmetoder. Denna praktik kan förstås främst som resultat av det tryck som organisationerna utsätts för när de bedriver verksamhet där lagstiftningen ökar kraven på kvalitetssäkring och återrapportering, men också i samband med viss bidragsgivning från lands-ting eller region. Då enbart 23 procent av alla organisationerna bedriver verksamhet enligt lagstiftning, lämnar analysen oss alltså med frågetecknen om vad som ligger bakom det faktum att en avsevärd andel organisationer i vårt urval (53 %) väljer att utvärdera sin verksamhet enligt relativt avancerade modeller. På senare tid har det tagits initiativ till att utveckla avancerade utvärderingsmetoder från nätverk inom idéburen sektor, som bland annat berör organisationer med 90-konton och de som finansierar sin verksamhet med gåvobidrag (se t.ex. www.givasverige.se). Ett inre institutionellt tryck kan med andra ord vara del av förklaringen till att organisationer väljer avancerad utvärdering, då som ett uttryck för att följa trender inom den egna sektorn snarare än som uttryck för externt institutionellt tryck.

Avslutning

Syftet med studien har varit att undersöka om och under vilka omständigheter relationer med offentlig sektor påverkar CSO i sättet de utvärderar sin verksamhet. Ett övergripande antagande har varit att den institutionella miljön, det vill säga den offentliga sektorn, är styrande för CSO:s utvärderingspraktiker. Samtidigt har den empiriska undersökningen drivits av ett intresse att lämna utrymme för att ifrågasätta teorier som framställer relationen styrande–styrd som enkelspårig. I analysen har vi utgått från ett antal hypoteser som bygger på en teoretisk modell som gör det möjligt att förstå relationen utifrån tre perspektiv: som präglad av resursberoende, av kontraktstvång och av övergripande lagbaserad struktur. De antaganden studien utgått från gör gällande att resursberoende och olika tvingande strukturer kan leda till anpassning. Trots att vi objektivt sett kan mena att det råder både resursberoende och tvång genom avtalsbaserad relation, visar alltså undersökningen att detta inte indikerar organisatorisk anpassning. Den tvingande anpassningen verkar mer kopp-

lad till det fält som verksamheten bedrivs i än till själva (bidrag-/avtals-)relationen med myndigheter.

Omfattande förändringar inom det svenska välfärdssystemet, som inbegriper ökad styrning enligt new public management-logik, och en ökning av relationer präglade av marknadifiering genom upphandling av sociala tjänster, tycks inte nämnvärt inverka på CSO:s styrning, i form av kontroll av den egna verksamheten genom utvärdering. Detta öppnar för ytterligare frågor: Vad är det som förblir dolt i den uppsättning hypoteser vi arbetat efter? Hypoteserna granskar relationer utifrån ett instrumentellt perspektiv, det vill säga att de präglas av ett utbyte av resurser och tjänster. Men, relationerna präglas med stor sannolikhet också av en historik, som i den svenska kontexten ofta beskrivs som präglad av samförstånd, och där statliga aktörer avstått från direkt styrning till förmån för att CSO ska få stort handlingsutrymme att bedriva verksamhet utifrån egen kunskap och brukares intressen. Begreppet *närhet* kan med andra ord förslagsvis undersökas ur två perspektiv: dels ett med hänvisning till eventuell tvingande lagstiftning som ställer höga krav på kvalitetssäkring av verksamheten från statens sida, dels ett med hänvisning till en tradition av nära relationer som lämnar utrymme för autonomi trots olikheter och kanske även oenighet. Kan detta tolkas som något som är karaktäristiskt för en svensk samförståndskultur som främjar grader av självständighet, även när organisationer inom det civila samhället antar uppdrag som utförare?

Avslutningsvis vill vi lyfta några kommentarer. Här har vi nu haft fokus på avancerade utvärderingsmetoder. När vi tidigare undersökt bredare definierade utvärderingspraktiker har vi sett större inslag av att de svarande organisationerna själva tagit initiativ till att utvärdera (Arvidson, Linde & Scaramuzzino 2018, s. 28 f.) Det pekar på att frågan om styrning och autonomi av CSO i samband med utvärdering av verksamheten får olika svar beroende på vilken typ av verksamhet som avses, avancerade metoder eller all form av uppföljning. De slutsatser vi kan dra baserade på den här artikeln handlar specifikt om en koppling mellan institutionell miljö och CSO. Några slutsatser om huruvida en förändring mot mer avancerad utvärderingspraktik också innebär att organisatorisk autonomi och särart äventyras kan vi däremot inte dra. Det är viktigt att betona att det inte går att smälta samman ett agerande med ett antagande om dess effekt. I viss mån har vi försökt fånga organisationers egna aktörskap i frågan med ett antagande att sker utvärdering på eget initiativ är sannolikheten att man använder en väl anpassad utvärderingsmodell stor, samt att strategier kring hur utvärderingen genomförs beaktar att viktiga principbärande strukturer i verksamheten inte ska påverkas. Återigen lutar sig frågandet på antaganden: Vad kan vi egentligen veta om vad som ligger till grund för det egna initiativet? Det kan rymma såväl acceptans och anpassning till som en upproriskhet mot en tvingande institutionell miljö.

Resultaten leder oss inte bara till att ställa frågor i förhållande till den här specifika studien. Den omfattande internationella forskningen kring just dessa frågor, och där hypoteser liknande våra får stöd, bör bjuda in till ytterligare granskning av hur relationer offentligt–ideellt förstås utifrån historiskt perspektiv och där just begreppet närhet tillåts en definition som rymmer både instrumentella och inneboende värden.

Referenser

- Amnå, E. (2008) *Jourhavande medborgare. Samhällsengagemang i en folkrörelsestat*. Lund: Studentlitteratur.
- Arvidson, M. (2009) *Impact and evaluation in the UK third sector. Reviewing literature and exploring ideas. Third Sector Research Centre Working Paper 27*. Southampton/Birmingham, UK.
- Arvidson, M., Johansson, H., Johansson, S. & Nordfeldt, M. (2018) Local civil society regimes. Liberal, corporatist and social democratic civil society regimes in Swedish metropolitan cities. *Voluntary Sector Review*, 9(1).
- Arvidson, M. & Linde, S. (2017) Redovisning och ansvar. Det ålagda och det självpåtagna. I: S. Linde & R. Scaramuzzino (red.) *Socialt arbete i civilsamhället. Aktörer, former och funktioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Arvidson, M., Linde, S. & Scaramuzzino, R. (2018) *Rapport om resultaten från enkät inom projektet "Granskningsrådets krav och civilsamhällets (re)aktioner", 2016–2017*. Research Reports in Social Work. Lund: Socialhögskolan.
- Arvidson, M. & Lyon, F. (2014) Social impact measurement and non-profit organisation. Compliance, resistance and promotion. *Voluntas: International Journal of Voluntary & Nonprofit Organizations*, 25(4): 869–886.
- Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S. & Moro, D. (2013) Valuing the social? The nature and controversies of measuring social return on investment (SROI). *Voluntary Sector Review*, 4(1): 3–18.
- Bejerot, E. & Hasselbladh, H. (red.) (2002) *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academia Adacta.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2006) Mot en evidensbaserad praktik? Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift* 13(2): 99–113.
- Billis, D. & Glennerster, H. (1998) Human services and the voluntary sector. Towards a theory of comparative advantage. *International Journal of Social Policy*, 21(1): 79–98.
- Blomqvist, P. & Rothstein, B. (2000). *Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.
- Cairns, B., Harris, M., Hutchison, R. & Tricker, M. (2005) Improving performance? The adoption and implementation of quality systems in U.K. nonprofits. *Nonprofit Management & Leadership*, 16(2): 135–51.
- Carman, J. G. & Fredericks, K. A. (red.) (2008) Nonprofits and evaluation. *New Directions for evaluation*, (119).
- Christensen, R. A. & Ebrahim, A. (2006) How does accountability affect mission? The case of a nonprofit serving immigrants and refugees. *Nonprofit Management and Leadership*, 17(2): 195–209.
- Danielson, A., Zetterberg, P. & Amnå, E. (2009) *Bidrag till vad? En kunskapsöversikt över effekter och metoder rörande statliga bidrag till ideella organisationer*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983) The iron cage revisited. Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147–160.
- Ebrahim, A. (2003) Making sense of accountability. Conceptual perspectives for Northern and Southern nonprofits. *Nonprofit Management and Leadership*, 14(2): 191–212.
- Eikenberry, A. M. & Kluver, J. D. (2004) The marketization of the nonprofit sector. Civil society at risk? *Public Administration Review*, 64(2): 132–140.
- Forssell, A. & Ivarsson Westerberg, A. (2014) *Administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Gavelin, K. (2018) *The terms of involvement. A study of attempts to reform civil society's role in public decision making in Sweden*. Diss. Stockholm: Stockholms universitet.
- Goodrick E. & Salancik, G. R. (1996) Organizational discretion in responding to institutional practices. Hospitals and cesarean births. *Administrative Science Quarterly*, 41(1): 1–28.
- Hall, K. & Millar, R. (2010) *Unlocking innovation in health and social care? An evaluation of the Social Enterprise Investment Fund (SEIF)*, 1–19.
- Hall, M. (2014) Evaluation logics in the third sector. *Voluntas*. doi:10.1007/s11266-012-9339-0.
- Hall, P. (2012) *Managementbyråkrati. Organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. (1 uppl.). Malmö: Liber.
- Hartman, L. (red.) (2011) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS.
- Helmerson, S. (2017) Från röst till byråkrati. Utmanade kärnvärden inom svenska kvinnojourer. I: S. Linde & R. Scaramuzzino (red.) *Socialt arbete i civilsamhället. Aktörer, former och funktioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Hvenmark, J. (2013) Business as usual? On managerialization and the adoption of the balanced scorecard in a democratically governed civil society organization. *Administrative Theory & Praxis*, 35(2): 223–247.
- Hwang, H. & Powell, W. W. (2009) The rationalization of charity. The influences of professionalism in the nonprofit sector. *Administrative Science Quarterly*, 54(2): 268–298.
- Johansson, H., Arvidson, M. & Johansson, S. (2015) Welfare mix as a contested terrain. Political positions on government–non-profit relations at national and local levels in a social democratic welfare state. *Voluntas*, 26(5): 1601–1619.
- Johansson, H., Kassman, A. & Scaramuzzino, R. (2011) *Staten och det civila samhällets organisationer i ett föränderligt välfärdssamhälle. Perspektiv på en överenskommelse*. Utgiven av Överenskommelsen.
- Johansson, S. (2001) *Självständiga rörelser eller kommunala underleverantörer? Ideella organisationers roll i välfärdssystemet*. Göteborg: Cefos, Göteborgs universitet.
- Johansson, S. (2005) *Ideella mål med offentliga medel. Förändrade förutsättningar för ideell välfärd*. Stockholm: Sober.
- Kara, H. & Arvidson, M. (2014) To what extent can evaluation frameworks help NGO address health inequalities caused by social exclusion? *Perspectives in Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1757913914536155>.
- Linde, S. (2010) *Församlingen i granskningsamhället*. Diss. Lund: Lunds universitet.
- Lindgren, L. (2014) *Nya utvärderingsmonstret. Om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, L., Ottosson, M. & Salas, O. (2012) *Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* Göteborg: FoU i Väst.
- Lundström, T. (2004) *Teorier om frivilligt socialt arbete. En diskussion om forskningsläge och organisationernas framtid*. Stockholm: Sköndalsinstitutet.

- Lyndes, K., Fitchett, G., Thomason, C.L., Berlinger, N. & Jacobs M. R. (2008) Chaplains and quality improvement. Can we make our case by improving our care? *Journal of Health Care Chaplaincy*, 15(2): 65–79.
- Marshall, J. H. & Suarez, D. (2013) The flow of management practices. An analysis of NGO monitoring and evaluation dynamics. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. (On-line publication no vol./no ascribed.)
- Meeuwisse, A. & Sunesson, S. (1998) Frivilliga organisationer, socialt arbete och expertis. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 5(2–3): 172–193.
- Narbutaitė Aflaki, I., Eriksson, H. & Schneider, T. (2017) *Utmaningar och framgångsfaktorer för att initiera, genomföra och anpassa ett idéburet-offentligt partnerskap* [Elektronisk resurs]. *Ett kunskapsunderlag från följeforskning av IOP ensamkommande i Göteborg 2016–2017*. Göteborg: Chalmers tekniska högskola. [<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-64479>].
- Nicholls, A. (2009) "We do good things, don't we?" "Blended value accounting" in social entrepreneurship. *Accounting, Organizations and Society*, 34(6–7): 755–769.
- Ógáin, E. N., Lumley, T. & Pritchard, D. (2012) *Impact measurement among charities and social enterprises*. London: New Philanthropy Capital.
- Pache, A. & Santos, F. (2010) When worlds collide. The internal dynamics of organizational responses. *Academy of Management Review*, 35(3): 455–476.
- Paton, R. (2003) *Managing and measuring social enterprises*. London: Sage Publications.
- Paton, R., Foot, J. & Payne, G. (2000) What happens when nonprofits use quality models for self-assessment? *Nonprofit Management and Leadership*, 11(1) :21–34.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (1978) *The external control of organizations. A resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Powell, W., Gammal, D. L. & Simard, C. (2005) Close encounters. The circulation and reception of managerial practices in the San Francisco Bay area nonprofit community. I: B. Czarniawska & G. Sevón (red.) *Global ideas*. Malmö: Liber & Copenhagen Business School Press.
- Power, M. (1997) *The audit society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Prop. 2009/10:55. *En politik för det civila samhället*. Stockholm: Regeringen.
- Sallnäs, M. & Wiklund, S. (red.) (2018) *Socialtjänstemarknaden. Om marknadsorientering och konkurrensutsättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Sivesind, K. H. (2013) Ideella välfärdstjänster? En lösning på den nordiska modellens framtida utmaningar? I: L. Trägårdh, P. Selle, L. Skov Henriksen & H. Hallin (red.) *Civilsamhället klämt mellan stat och kapital*. Stockholm: SNS förlag.
- Sjöstrand, E. (2018) *Shared understandings transformed. A field-level analysis of changing state-civil society relations*. Diss. Stockholm: Handelshögskolan.
- SOSFS 2011:9. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Townley, B. (2002) The role of competing rationalities in institutional change. *Academy of Management Journal*, 45(1): 163–179.
- Turco, C. (2012) Difficult decoupling. Employee resistance to the commercialization of personal setting. *American Journal of Sociology*, 118(2): 380–419.
- Vedung, E. (2010) Four waves of evaluation diffusion. *Evaluation*, 16(3): 263–277.
- Verbruggen, S., Christiaens, J. & Milis, K. (2011) Can resource dependence and coercive isomorphism explain nonprofit organizations' compliance with reporting standards? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(1): 5–32.
- Wijkström, F. (2012) *Civilsamhället i samhällskontraktet. En antologi om vad som står på spel*. Stockholm: European Civil Society Press.

Wijkström, F. & Einarsson, T. (2006) *Från nationalstat till näringsliv? Det civila samhällets organisationsliv i förändring*. Stockholm: EFI, Handelshögskolan.

Wijkström, F., Larsson, O. & Einarsson, S. (2004) *Staten och det civila samhället* (vol. 123). Stockholm: Socialstyrelsen samt Handelshögskolan.

Äldreguiden. www.sos.se/aldreguiden

Överenskommelse mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting. Bilaga 1 till protokoll, 2008-10-23, Regeringen, Integrations- och jämställdhetsdepartementet.

Patrik Karlsson, Tommy Lundström & Stefan Wiklund

Hur bristfällig är samhällsvården egentligen?

Några mätproblem i observationsstudier av placerade barn

How deficient is out-of-home care? Some measurement problems in observational studies of children in care

For decades, out-of-home care for children has been criticized based on discouraging results from empirical studies. Registry studies consistently show that children in out-of-home care fare worse than their counterparts from the normal population, and these studies have played an important role in highlighting the adverse situation of this group. This article thoroughly discusses the question of whether the negative outcomes among children in care can be attributed to the placement as such. Research on out-of-home care is based on observational studies and it is widely known that it is difficult to make causal inferences from such a design. This particularly holds true regarding out-of-home care where the placed children constitute a highly selected group. In the absence of randomized controlled trials, we can basically never know whether the poorer outcomes among placed children are due to the placement or to other factors that we lack data on. A central argument is that not even the most advanced statistical techniques can solve the challenge of identifying the causal effect of the placement in observational studies. However, some of the challenges may be overcome through design, where a stronger methodological approach is to include comparison groups that are more similar to the children being placed in out-of-home care. A few methodologically stronger studies adopting such an approach give appreciably fewer indications that the placement has a negative impact on children.

Patrik Karlsson är docent vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Tommy Lundström är professor vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Stefan Wiklund är professor vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Kontakt: patrik.karlsson@socarb.su.se

Inledning

Att placera barn i dygnsvård – i familjehem eller institutionsvård – är den sociala barnvårdens mest genomgripande intervention. Under decennier har denna åtgärd ifrågasatts på grund av de bristfälliga resultat empirisk forskning har kunnat påvisa. Den här forskningen bygger ofta på stora, nationella datamaterial och brukar benämnas registerstudier¹. I en sammanfattning av nordisk forskning på området konstaterar Kääriälä och Hiilamo (2017) att barn som varit placerade i samhällsvård far illa på ett stort antal väsentliga livsområden (t.ex. skolprestationer, kriminalitet och psykiska problem) om man jämför dem med "normalbarn". Författarna resonerar om vad det kan bero på: hänger det samman med vad barnen har upplevt innan de placerats eller kan själva placeringen vara problemet? I Sverige är det framförallt Vinnerljung och kollegor som visat på placerade barns ogynnsamma utveckling (se Vinnerljung, Berlin & Hjern 2010; Vinnerljung 2014, för svenskspråkiga sammanfattningar). Det händer inte sällan att sådana, eller likartade, beskrivningar leder till braskande rubriker där barnens problem kopplas samman med vårdens kvalitet. Ofta är syftet med kritiken att bidra med förbättringar av vården, men vissa svenska regioner har använt den här typen av forskningsresultat som intäkt för att systematiskt försöka avbryta pågående placeringar och i till exempel Danmark tycks forskningsfynden användas för att prioritera andra och billigare åtgärder än omhändertaganden (Nissen 2018; Wiklund 2008).

Men vad menas egentligen med negativa eller bristfälliga resultat av samhällsvården, och jämfört med vad? Är det i förhållande till jämgamla barn och ungdomar som aldrig har varit i kontakt med socialtjänsten, jämfört med barn och unga som befinner sig i socialtjänstens öppenvård eller med marginaliserade barn och ungdomar som socialtjänsten saknar kännedom om? Värderingar av negativa effekter reser också frågan om vad vi de facto kan förvänta oss att samhällsvården kan uppnå sett i ljuset av den problembelastning som barnen och deras familjer ofta uppvisar före placeringen. Detta aktualiserar frågan om en positiv effekt enbart är för handen om placerade barn har motsvarande utfall som normalpopulationen eller andra grupper av barn.

I den här artikeln avser vi att diskutera kunskapsbidraget från de registerstudier som i stor utsträckning ligger bakom uppfattningen att samhällsvården levererar negativa resultat. Vidare avser vi att diskutera om dessa empiriska forskningsresultat kan hänföras till negativa effekter som är kopplade till själva insatsen. Vårt syfte är inte att recensera dygnsvården eller att återupprätta dess ibland skamfilade rykte, men vi vill bidra med en diskussion om vad man kan säga om vårdens kvalitet på basis

¹ Begreppet register har definierats som "... i första hand strukturerade samlingar av personuppgifter som har upprättats inom myndigheter för primärt andra ändamål än forskning" (SOU 2014:45 s. 18).

av de forskningsmetoder som står till buds. Vi inleder artikeln med att kort beröra frågan om vad som överhuvudtaget kan menas med negativa utfall i interventions-sammanhang. Därefter diskuterar vi några generella mätproblem i registerstudier för att sedan mer utförligt diskutera svårigheterna med att i registerstudier (och andra observationsstudier) fastställa orsakssamband mellan samhällsvård och negativa effekter på sikt. Diskussionen ska *inte* ses som en kritik av registerstudierna som sådana. Tillgången till registerdata skapar unika möjligheter att göra representativa kartläggningar av befolkningen. Registerstudier lider inte heller av den bortfallsproblematik som häftar vid praktiskt taget alla andra datamaterial (t.ex. enkätundersökningar). Det finns alltså påtagliga förtjänster med registerdata, bland annat har de bidragit med en välbehövlig diskussion om brister i placerade barns hälsa och skolproblem (se t.ex. Forsman et al. 2016). Det är alltså inte registerdata eller registerforskningen som sådan som vi riktar in oss på i artikeln. I stället fokuserar vi på vilken information som kan extraheras från de statistiska samband som påvisas i registerstudierna kring samhällsvården. Studierna kan visa på statistiska samband mellan placering och olika typer av utfall, men att däremot fastställa att placeringen i större eller mindre utsträckning *orsakar* utfallet är betydligt svårare. Att ett statistiskt samband inte kan likställas med kausalitet är lika grundläggande som viktigt.

Ett nyckelbegrepp i artikeln är *icke-observerad heterogenitet* (IOH). I avsaknad av randomiserade kontrollerade studier kan vi i princip aldrig veta om rapporterade skillnader mellan placerade och icke-placerade individer beror på insatsen som sådan eller snarare på andra faktorer som av olika skäl inte gått att mäta i undersökningarna. IOH kan särskiljas från *observerad heterogenitet* (OH). OH är information vi faktiskt har tillgång till, i detta fall skillnader mellan de barn som är placerade och de som inte är placerade. Skillnader i observerade ingångsvärden kan hanteras statistiskt genom att till exempel inkludera diverse kontrollvariabler som fångar upp dessa skillnader i en regressionsanalys. Problemet med IOH är dock just det att vi i observationsstudier ofta saknar all sådan relevant information. Problemet brukar diskuteras i termer av *confounding*.

Internationellt har frågan om confounding i studier av samhällsvårdens effekter tidigare diskuterats kanske mest tydligt av Berger et al. (2009) med primär hänvisning till amerikanska studier, men frågan har också lyfts av andra forskare (t.ex. Stone 2007). De potentiellt negativa effekterna av samhällsvården har i den internationella forskningen beskrivits som osäkra (Cage 2018) och kraftigt omdebatterade (Maclean, Taylor, & O'Donnell 2018; Turney & Wildeman 2017). Här avser vi att bygga vidare på de här resonemangen i förhållande till den svenska debatten där problemen hittills inte uppmärksammats på samma sätt.

Som vi också visar, använder forskare i allt större utsträckning avancerade statistiska tekniker för att skatta effekter i observationsstudier. Men även de är känsliga för

IOH: den höga graden av sofistikaion i de här analyserna ska inte förleda oss att tro att det fundamentala problemet med IOH är löst. Det finns helt enkelt inga statistiska "trick" som kan lösa problemet (jfr Freedman 1991). Den ökade tillgängligheten till alltmer avancerade statistiska tekniker är naturligtvis ett viktigt steg framåt, men den kan också skapa en falsk trygghet i tron att de löser svårigheten med att fastställa kausalitet i icke-experimentell forskning (jfr Reinhart et al. 2013). För att visa detta, diskuterar vi relativt utförligt några av de vanligare metoderna för att statistiskt kontrollera för confounding i observationsstudier. Det här förhållandevis tekniska avsnittet är tänkt som en fördjupning av de mer principiella resonemang som förs i andra delar av artikeln. Läsare som upplever avsnittet "Statistiska tekniker och observationsstudier" som svårtillgängligt kan hoppa över det och i stället fokusera på de övergripande resonemang som förs i andra delar. Också detta tekniska avsnitt bygger till viss del på Berger et al. (2009) liksom den bredare metodlitteraturen. En central slutsats som vi sedan drar avslutningsvis är att forskare i större utsträckning bör kontrollera för confounding via design i studier av samhällsvården om just den kausala effekten av vården är av intresse (jfr Keele 2015).

Begreppslig oklarhet

Inom det sociala arbetets forskningsfält saknas en utvecklad begreppsapparat för att på ett nyanserat sätt differentiera och ibland ens fånga företeelser som kan hänföras till negativa eller icke-önskvärda effekter av vård (Shanks et al. 2019). Inom den svenska forskningen av placerade barn har det emellertid pekats på några fenomen som kan hänföras till negativa effekter, även om det är svårt att se konkreta exempel där man har försökt att differentiera de här fenomenen rent konceptuellt. Utöver de allmänt sett bristfälliga resultaten samhällsvården uppvisar – och som är föremål för artikeln – utgör den vanvård av barn placerade i institutions- och familjehems-vård som konstaterades i samband med den uppmärksammade vanvårdutredningen (SOU 2011:61) ett annat fenomen av icke önskvärda effekter (som är svårt att mäta också i registerstudier). Ett annat exempel är diskussionen kring skadliga effekter av att antisociala ungdomar placeras tillsammans inom ramen för institutionsvård i det att ungdomarna lär sig icke önskvärda beteenden av varandra (Dishion, McCord & Poulin 1999).

Även på de medicinska och psykologiska fälten saknas begreppslig konsensus avseende negativa interventionseffekter (se Rozental 2017 för genomgång), men där finns åtminstone en mer utvecklad begreppsapparat. På dessa fält är det möjligt att grovt urskilja fyra separata fenomen som ringas in av varierande begrepp. *Det första* fenomenet utgör negativa upplevelser eller skador hos patienten/klienten som är ett resultat av att professionella har agerat på ett försumligt sätt. Här används ofta

begreppet *malpractice* och är till exempel tillämpligt för att beskriva vanvård i familjehem och vid institutioner. *Det andra* fenomenet utgörs av negativa upplevelser eller skador hos patienten som är mer eller mindre direkt förorsakade av interventionen i sig – det vill säga att det råder en orsakskedja mellan intervention och negativ effekt. Här används begrepp som *deterioration effects* (t.ex. Wise 2004) eller iatrogena effekter (t.ex. Boisvert & Baust 2002) och kan möjligen tillämpas på negativa effekter hos antisociala ungdomar som placeras tillsammans. *Det tredje* fenomenet är negativa upplevelser eller skador hos patienten/klienten där det är svårt att fastställa huruvida själva interventionen har åstadkommit dem. Här används begrepp som negativa utfall (Mays & Franks 1980) (även termen *bieffekter* inom medicin kan hänföras till den kategorin) och kan möjligen tillämpas på olika slags observationsstudier i den utsträckning designen har svårigheter att fastställa kausalitet (se vidare längre fram i artikeln). *Det fjärde* fenomenet avser frånvaro av positiva effekter där patienten/klienten kunde ha fått en annan intervention som potentiellt hade varit mer verksam. I det fallet används vanligen begreppet *nonresponse* (Dimidjian & Hollon 2010) som representerar ett relativt nytt perspektiv på negativa effekter. Begreppet nonresponse är väl det som ligger närmast till hands om man menar att samhällsvården inte klarar av att (i tillräcklig grad) förbättra läget för de placerade barnen.

Den teoretiska kopplingen mellan population, intervention och utfallsmått

Samhällsvårdade barn utgör en starkt heterogen population. Minsta gemensamma nämnare är att det rör sig om barn som placeras utanför sin ursprungsfamilj, men skälen därtill varierar i påfallande hög grad. Det kan röra sig om små barn som utsätts för starkt varierande omsorgsbrister av sina föräldrar i form av aktiva handlingar som fysisk och psykisk misshandel samt sexuella övergrepp eller passiva handlingar i form av underlåtelse att sörja för att barnet får adekvat somatisk eller dental vård, men det kan också handla om en placering för kortare tid som görs för att föräldern behöver hjälp (t.ex. SBU 2018). Det kan även röra sig om ungdomar med egen varierande beteendeproblematik (utagerande eller inåtvänd), ungdomar som utsätts för hedersrelaterad problematik eller ensamkommande med boendeproblematik som samvarierar i olika grad med traumarelaterad problematik.

På motsvarande sätt utmärks interventionen samhällsvård av en påfallande heterogenitet. Själva placeringsbeslutet kan antingen fattas av kommunala barnavårdsorganisationer i det fall det finns samtycke från föräldrar (eller i förekommande fall ungdomar), men det kan även ske med tvång genom domstol om sådant samtycke saknas. Interventionen i sig varierar i minst sagt substantiella avseenden och består av alltifrån "vanliga" familjehem – som mer eller mindre ska utgöra ett substitut till

ursprungsfamiljen under barnets uppväxt – till korta jourplaceringar för ungdomar som varar enstaka dagar. Därutöver finns statliga institutioner med särskilda tvångsbefogenheter (t.ex. inlåsning), så kallade professionella jourhem, konsulentstödda familjehem och HVB-hem med starkt varierad teoretisk och normativ bas (se t.ex. Sallnäs 2012). Det innebär inte bara att samhällsvårdade barn får insatser som i grundläggande avseenden varierar, utan också att exponeringstiden kan variera från några dagar till en hel barndom. Till det kommer att det inte är ovanligt att barn omplaceras mellan olika former av samhällsvård.

Utifrån tillgängliga register och offentlig statistik är det i flera avseenden svårt att finfördela data på olika problemkategorier hos barnen eftersom placeringsskäl är vagt angivna; i svenska register finns helt enkelt ingen information om skälen till att barnen omhändertas utöver lagrum, varken med avseende på barnens egen eller föräldrarnas problematik. Även själva interventionerna statistikförs på ett grovt sätt där till exempel metoder som olika HVB använder inte går att identifiera. Därför begränsas registeranalyser vanligen till att undersöka en specifik placeringsform (t.ex. HVB) eller analysera resultaten på basis av placeringsform (t.ex. genom att jämföra HVB med familjehemsvård) eller möjligen att jämföra tvångsomhändertaganden med frivilliga omhändertaganden. Med det här i åtanke går det sällan att mer detaljerat beskriva dygnsvårdsinsatserna som studeras inom registerforskning efter samma principer som vanligen görs vid experimentella studier, där avgränsade, ofta manualbaserade, interventioners effekter i normalfallet undersöks.

Den icke observerade heterogeniteten i populationen och interventionerna kopplas i registerstudier till utfall på sikt som kanske inte är åtminstone explicit relevanta för placeringens syfte. Typiska utfallsmått är i vilken utsträckning placerade barn återfinns i kriminal-, patient- och dödsfallsregister efter det att placeringen har avslutats eller hur man lyckats i skolan under eller efter att man placerats, där riskjämförelser görs mellan placerade barn och barn som har vuxit upp med sina föräldrar. Annorlunda uttryckt är man i registerstudier prisgiven att använda utfallsmått på sådana data som finns tillgängliga i just register. Det innebär till exempel att om placeringens centrala syfte var att skydda barnet från en våldsutövande förälder, fångas omöjligt den potentiella effekten via designen, eftersom data i sådana avseenden helt enkelt saknas i register (jfr Biehal, Sinclair & Wade 2015).

Sammantaget går det alltså att hävda att den teoretiska kopplingen mellan populationens problem, interventionens karaktär och valda utfallsmått är väsentligt svagare i registerstudier jämfört med traditionella, experimentella interventionsstudier. Samtidigt är ju inte utfallsmåtten som används i registerstudier på något sätt oviktiga. Men hur hänger de negativa utfallen ihop med samhällsvården som sådan, hur ser orsakskedjan ut?

Experimentella studier och observationsstudier

Den empiriska forskning som vid återkommande tillfällen har rapporterat negativa utfall för samhällsvårdade barn baseras, som nämnts, ofta på registerstudier. Sådana studier kan hänföras till en studiedesign som brukar benämnas observationsstudier. Observationsstudier skiljer sig i viktiga avseenden från experimentella studier och anses representera en sämre design för att svara på frågan huruvida en viss intervention har effekt. Samtidigt är det självklart så att experiment inte kan användas för att svara på den grundläggande frågan om den kausala effekten av en placering jämfört med att inte ingripa. Det är helt enkelt av etiska skäl omöjligt att slumpa barn som far illa till att omhändertas eller ej.

Med detta sagt är experimentets avgörande fördel att det skapar en överlägsen kontroll för skillnader i ingångsvärden mellan interventions- och kontrollgrupperna genom att slumpmässigt allokera studiedeltagarna till två eller flera grupper. Därutöver finns en relativt stor möjlighet att rekrytera studiedeltagare från relevant population i förhållande till den intervention som ska studeras och dessutom studera potentiella interventionseffekter med utfallsmått som har en hög grad av relevans för det som studeras. Inom empirisk forskning kring samhällsvård är experimentella studier ovanliga, men en av få svenska ansatser med sådan design exemplifierar ovanstående koppling. Studien undersöker effekterna av den förstärkta familjehemsmodellen MTFC/TFCO (Kyhle-Westermarck, Hansson & Olsson 2011). I studien slumpas deltagarna antingen till MTFC eller till ordinär familjehemsvård (båda grupperna får alltså omfattande insatser). Eftersom en av interventionens syfte är att behandla beteendeproblem bland ungdomar, inkluderas endast ungdomar med den problematiken i studien. De utfallsmått forskarna använder utgörs av olika psykologiska skattningsskalor som är utarbetade för att mäta utagerande problem bland ungdomar. Därmed är det möjligt att mäta huruvida det har skett en minskning av sådana problem i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen när placeringen är avslutad. Alltså är studien riggad med en hög grad av teoretisk koppling mellan undersökningspersonernas problembilder, interventionens syfte och studiens utfallsmått.

Observationsstudier har en annan karaktär än experimentella designer. I sådana studier kan exempelvis en kohort avgränsas (t.ex. alla barn som är födda under en viss tidsperiod), där studiedeltagare som har exponerats för ett visst fenomen (i det här fallet samhällsvård) jämförs med dem som inte har exponerats (i det här fallet barn som har vuxit upp med sina föräldrar). Till skillnad från experimentella studier saknar alltså forskaren kontroll över vilka studiedeltagare som exponeras för interventionen (jfr Rosenbaum 2002). Häri ligger en svårighet med att identifiera kausala effekter i observationsstudier.

Observationsstudiens kanske största svaghet är alltså att studiedeltagarna inte

fördelas slumpmässigt till undersökningsgrupp respektive jämförelsegrupp(er). Resultaten blir därför lätt snedvridna till följd av så kallad selektionproblematik och på grund av svårigheter med att identifiera så kallade confounders (jfr Grimes & Schulz 2002). I avsaknad av en adekvat svensk term använder vi den engelska termen *confounder* här. Grundkrav för att räknas som en confounder är att den har ett samband med utfallet och med exponeringen (placering) men att den inte påverkas av exponeringen eller utfallet (Rothman & Greenland 1998 s. 120f.). Ett talande exempel är ett barn som föds med en alkoholskada och att det är ett skäl till omhändertagande. Skadan i sig kan alltså inte påverkas av vården, men däremot kan den tänkas påverka utfall som till exempel skolbetyg. Grundproblemet med confounding är en sammanblandning av den effekt vi är intresserade av (placering) med effekten av andra faktorer (Rothman & Greenland 1998 s. 125) och det leder i grunden till svårigheter att fastställa en kausal kedja mellan intervention och utfall.

Observationsstudier och kausalitet

Eftersom det är rimligt att anta att barn i samhällsvård i väsentliga avseenden skiljer sig från barn som växer upp med sina föräldrar, försöker forskare i observationsstudier använda olika slags statistiska tekniker för att kontrollera för selektionsproblematik, det vill säga att barnen i samhällsvård skiljer sig från andra barn. I den mån analysen *inte lyckas kontrollera* för selektionsproblematiken finns det alltså risk att barnens ingångsvärden före placeringen har betydelse för utfallen på sikt (t.ex. de problem som medförde att barnet placerades i samhällsvård) snarare än samhällsvården i sig. Den centrala frågan är med andra ord: 1) om placeringen i sig bidrar till negativa utfall eller 2) om de sämre utfallen bland de placerade i stället beror på icke-observerade egenskaper hos de placerade/deras familjer som gjorde att barnen placerades utanför hemmet från början och som i sig också ligger bakom de negativa utfallen.

Den principiella utmaningen i skattningar av effekten av placeringar i observationsstudier är att identifiera eller skapa en *jämförbar* jämförelsegrupp. För att till exempel jämföra effekten av placering bland barn som blivit utsatta för vanvård från sina föräldrar krävs i strikt mening en jämförelsegrupp med samma erfarenheter som de placerade och som till exempel utretts av socialtjänsten på grund av misstänkt vanvård och som bekräftats blivit vanvårdade i samma grad. Jämförelsegruppen ska därtill efter utredningen bedömts vara i behov av placering men utan att placeringen realiserades; grupperna ska i genomsnitt vara identiska i alla avseenden förutom att den ena gruppen placerades och den andra inte. Att till exempel båda grupperna varit utsatta för brister i omsorgen behöver i sig inte vara "tillräckligt" för att de ska vara kompatibla – själva *omfattningen (chronicity)* av bristerna verkar till exempel ha ett samband med socialarbetares beslut i barnavårdsärenden (English et al. 2002). Att

detta upplägg i praktiken kan vara svårt att genomföra är visserligen sant, men tankefiguren är central för att närma sig frågan om direkt skadliga effekter eller frånvaro av "tillräckliga" läkande effekter av dygnsvården (jfr Rubin 2008).

Statistiska tekniker och observationsstudier

Under det här avsnittet diskuterar vi några tekniker som används – eller kan användas – för att mäta samhällsvårdens effekter i observationsstudier (se också Berger et al. 2009). Diskussionen är inte avsedd att vara uttömmande utan syftar enbart till att peka ut grunddragen hos några centrala tekniker.

Det vanligaste sättet att skatta effekter av placeringar är förmodligen via regressionsanalys där styrkan på sambandet kontrolleras för andra faktorer. Här kan det handla om att till exempel jämföra studieprestationer bland placerade med icke-placerade barn när vi statistiskt kontrollerar för psykiatriska problem och andra faktorer som vi bedömer som relevanta. Regressionsmodeller har använts inom samhällsvetenskapen i över hundra år (Freedman 1991) och är enkla att utföra med sedvanliga statistikprogram. Det finns en omfattande metodlitteratur att utgå ifrån där grundantaganden hos regression förtydligas. Litteraturen är dock av nödvändighet ofta väldigt generell eller principiell och diskuterar sällan den komplexitet som forskaren ställs inför i analyser av specifika forskningsfrågor.

Komplexiteten är uppenbar när det gäller samhällsvården. Forskaren har inte bara att ta hänsyn till exempelvis egenskaper hos barn, ungdomar eller föräldrar som kan påverka selektionen in i placering. Faktorer som är kopplade till anmälningar och filtrering inom socialtjänsten är också viktiga. Medan det i större registerstudier kan finnas uppgifter som kan länkas till berörda klientgrupper, saknas det helt enkelt data om vilka överväganden som socialtjänsten gjort i enskilda ärenden (jfr Doyle 2007). Att två klienter uppvisar samma problemkonstellation behöver inte innebära att de nödvändigtvis bedöms ha samma vårdbehov. Amerikanska data visar till exempel att en betydande andel av de barn som bedöms ha varit föremål för vanvård inte fick några insatser alls (Wildeman & Waldfogel 2014 s. 603 f.). Vi kan här se tydliga beröringar med de utmaningar som gäller vid statistisk kontroll för confounding i medicinsk-epidemiologiska studier, där valet av medicinska insatser sägs styras av en komplicerad samverkan mellan faktorer hos både patient, läkare och sjukvårdssystemet (Brookhart et al. 2010).

Ett centralt antagande i regressionsanalys är att den aktuella exponeringen (i detta fall placering) inte korrelerar med vad som kallas för *feltermen*. Feltermen "fångar upp" alla inflytanden på en beroende variabel som inte är inkluderade i regressionsmodellen (se t.ex. Antonakis et al. 2010). Forskaren inkluderar därför ofta en uppsättning kontrollvariabler med förhoppningen att de kan bryta ett potentiellt samband mellan

exponeringen och feltermen (Winship & Morgan 1999). För att detta ska lyckas förutsätts dock att relevanta kontrollvariabler de facto kan identifieras och inkluderas i modellen. Om feltermen korrelerar med placeringen har vi confounding: vi kan inte separera effekten av placeringen från inflytandet av andra faktorer som vi saknar data om. Ett typexempel här skulle kunna vara egenskaper hos föräldrar (t.ex. missbruk) som påverkar framtida placering och också barnens framtida utfall, men som vi saknar data om. I det här fallet blandas effekten av placering ihop med effekten av föräldrars missbruk och det gör det inte möjligt att komma åt den unika effekten av placering. Ju starkare sambandet är mellan placeringen och feltermen, desto mer felaktig blir skattningen av den kausala effekten, och det problemet är för handen *oavsett hur stort datamaterialet är* (Antonakis et al. 2010).

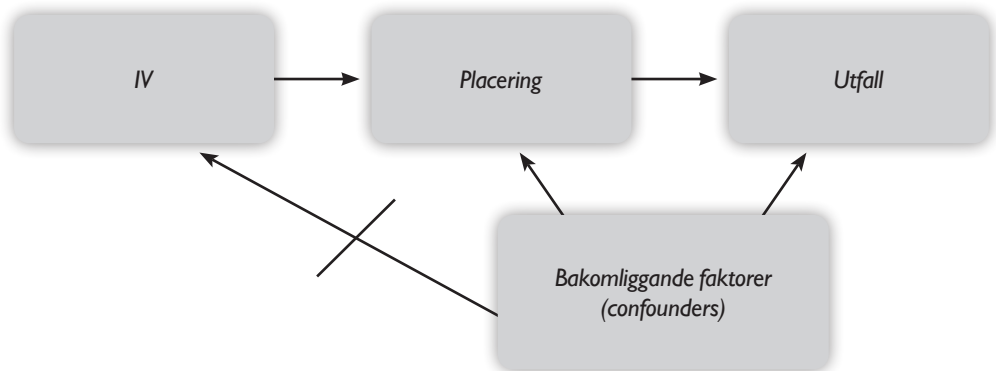
Ett något mer avancerat upplägg är att inkludera *fixed effects* i regressionsanalysen. Vid linjär regression (av longitudinella data) kan det likställas med att forskaren inkluderar en dummyvariabel för alla studiedeltagare utom en ($n-1$ dummyvariabler). En fördel med fixed effects är att icke-föränderlig heterogenitet automatiskt kontrolleras i en sådan modell (varje individ ingår så att säga som en kontrollvariabel i en sådan analys, Allison 2009). En uppenbar nackdel är att modellen är lika känslig som traditionell regression för icke-observerad heterogenitet som förändras över tid (se t.ex. Berger et al. 2009).

Ett annat, allt mer populärt, alternativ är att skatta effekten med hjälp av *propensity scores* (PS) (Rosenbaum & Rubin 1983). PS definieras i det aktuella fallet som individens sannolikhet att bli placerad, givet dennes värde på olika bakgrundsfaktorer. Till skillnad från fallet i en RCT är individens PS inte känd i observationsstudier utan måste skattas utifrån *observerade* egenskaper (Austin 2011). PS-analyser handlar alltså om att modellera individens PS och valet av vilka faktorer som ska vara med i analyserna blir därmed centralt (Brookhart et al. 2006).

Upplägget i PS-analyser består av att i ett första steg skatta en regressionsmodell (ofta logistisk) där utfallet, i det här sammanhanget, är placering eller ej. Förmodat viktiga bestämningsfaktorer för placering inkluderas i regressionen som oberoende variabler och individens skattade (predicerade) sannolikhet att bli placerad räknas sedan ut på basis av regressions-skattningarna. Denna skattade sannolikhet kan sedan användas för att matcha placerade och icke-placerade individer med liknande PS till varandra, alternativt kan individens PS till exempel läggas in som en kontrollvariabel i en regression av sambandet mellan placering och utfall. Det finns också andra tillämpningar av PS än de här två (Austin 2011). I litteraturen ges ofta en positiv bild av vad PS kan åstadkomma. Inte sällan antas det att väl genomförda PS medför att "allt annat är lika" (*ceteris paribus*) och att skattningarna därför ger ett mått på den kausala effekten av exponeringen i fråga. Resultaten ses som i allt väsentligt sprungna ur ett randomiserat kontrollerat experiment. PS-analyser har följaktligen liknats vid ett "kvasi"-RCT (d'Agostino 1998 s. 2267).

Ett ytterligare alternativ är att använda sig av *instrumentella variabler* (IV). IV tillämpas ofta inom den nationalekonomiska forskningen men har också kommit att användas inom andra områden. Så har till exempel Rose och Stone (2011) diskuterat dess relevans inom forskning i socialt arbete. En IV definieras, i det här fallet, som en variabel som har ett samband med placeringsvariabeln men inte med confounders och som endast påverkar utfallet indirekt via dess effekt på placeringsvariabeln (Martens et al. 2006). Värde av IV-analyser är därför direkt betingat av det icke-testbara antagandet om att instrumentet enbart påverkar utfallet via exponeringen (placeringen) (Winship & Morgan 1999). Randomiseringen i en (dubbelblind) RCT sägs uppfylla kravet på ett instrument: den påverkar behandlingen på så sätt att de som randomiseras till experimentgruppen i större utsträckning genomgår behandlingen (dvs. randomiseringen korrelerar med behandlingen), den påverkar utfallet enbart via behandlingen (randomiseringen har ingen direkt effekt på utfallet) och den korrelerar inte med några bakomliggande faktorer (Hernán & Robins 2006).

IV-modellering bygger på antagandet att forskaren kan identifiera ett instrument som skapar variation i exponeringsvariabeln (placering i detta fall) och som alltså uppfyller antagandet om att sambandet mellan instrumentet och exponeringsvariabeln inte påverkas av andra bakomliggande faktorer. Medan traditionell regressionsanalys antar att "effekten" av exponeringsvariabeln inte beror på confounders förflyttas antagandet i IV-analyser till att gälla frånvaro av confounding för sambandet mellan instrumentet och exponeringen (Hernán & Robins 2006). Figur 1 visar hur IV brukar presenteras grafiskt, här med den överstrukna pilen mellan de bakomliggande faktorerna och IV:n som tillägg för att förtydliga antagandet om att instrumentet inte korrelerar med feltermen (jfr Martens et al. 2006). Utmaningen i att mäta effekter av samhällsvården består alltså av att identifiera ett instrument som påverkar placeringen och att det inte styrs av confounding.



Figur 1. Rationaliteten bakom instrumentella variabler (IV) vid effektskattning.

Ett exempel på IV-modellering som ligger relativt nära intresset i den här artikeln är Andersen och Wildemans (2014) försök att komma åt effekten av att ha fängslade fäder för barns risk att placeras utanför hemmet. De använder som IV en reform som genomfördes i Danmark vilken möjliggjorde att i större utsträckning än tidigare döma fäderna till "community service" i stället för fängelse. Andersen och Wildeman (2014) inkluderar i sin IV-studie de barn som hade fäder som dömts för vissa brott under perioden ett år före och ett år efter reformen och där utfallet var placering utanför hemmet upp till tre år efter att fäderna dömdes. Antagandet är att reformen har ett (negativt) samband med att bli fängslad och att den inte har ett samband med confounders som olika egenskaper hos fäderna. Konkret görs den statistiska analysen i två steg. I det första steget skattas individens sannolikhet att dömas till "community service" och inte fängelse utifrån instrumentet (om fäderna dömdes innan eller efter reformen) samt olika kontrollvariabler. Individens skattade sannolikhet att få "community service" – högre för fäder som dömdes efter reformen – används sedan i nästa steg som en oberoende variabel i en regressionsanalys där utfallet är om barnen placerades eller inte, där också olika kontrollvariabler ingår. Studien pekar på att "community service" minskar sannolikheten att barnen blir placerade jämfört med om fäderna dömdes till fängelse.

Även om PS och IV lyfts fram som bättre alternativ till regressionsanalys är båda känsliga för icke-observerad heterogenitet (se Berger et al. 2009 för PS; se Hernán & Robins 2006 för IV). PS förutsätter att inga variabler som predicerar placering utesluts ur selektionsmodellen, ett antagande som beskrivits som "mycket starkt" (Winship & Morgan 1999 s. 678). Det är viktigt att komma ihåg att studiedeltagarnas PS skattas utifrån *observerade egenskaper*, så värdet av dessa analyser hänger samman med hur väl forskaren lyckas inkludera viktiga prediktorer för placering (jfr Madigan et al. 2014).

Som Rubin (2008) påpekar är det centralt att individens PS modelleras på *beslutsfattarnivån*, det vill säga på den nivå beslut tas om en person ska placeras eller inte. I många fall är det individen själv som är beslutsfattaren, men det kompliceras i fallet med samhällsvård eftersom det är socialtjänsten som fattar beslutet. Att olika socialarbetare utreder olika ärenden inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård komplicerar modelleringen av placeringsbeslutet: det är inte rimligt att utgå ifrån att en utredare tar fasta på exakt samma information i ärendet som en annan utredare (jfr Rubin 2008). Trots en omfattande litteratur är det fortfarande oklart vilka faktorer som är viktigast vid beslut om placeringar, och även i mer sofistikerade analyser är den mesta av variationen i placeringsbeslut oförklarad (se Bhatti-Sinclair & Sutcliffe 2012). Som nämndes ovan förutsätter IV å sin sida att instrumentet inte korrelerar med confounders. Huruvida antagandet håller kan inte testas empiriskt utan enbart argumenteras för teoretiskt (Martens et al. 2006; se också Hernán & Robins 2006).

I och med detta bygger IV på samma sätt som traditionella observationsstudier på icke-verifierbara antaganden om frånvaro av confounding (Hernán & Robins 2006).

Forskning tyder på att varken PS eller IV helt och hållet kan kontrollera för confounding i observationsstudier (Bosco et al. 2010). Inom vissa områden verkar studierna bortse från bakgrundsvariabler som är kända för att ha ett samband med instrumentet och utfallet (Garabedian et al. 2014). Sett ur det perspektivet innebär visserligen PS, IV och andra sofistikerade tekniker ett viktigt steg för att skatta effekten av placeringar, men det kan ändå vara så att allt annat *inte* är lika.

Dygnsvård och jämförelsegrupper

I likhet med många andra forskningsområden förlitar sig forskare på statistiska tekniker för att kontrollera för confounding i studier av samhällsvårdens effekter. Mindre uppmärksamhet verkar ha givits frågor gällande design och vilka jämförelsegrupper som används. Som vi nämnde ovan krävs en jämförelsegrupp som i så stor utsträckning som möjligt liknar de placerade barnen. Att uppnå det på statistisk väg kan vara svårt på grund av vanliga problem som avsaknad av data, eller trubbiga mått på centrala confounders.

Confounding kan emellertid *delvis* hanteras via design också i observationsstudier. Forskningen om dygnsvårdens effekter består av både större registerstudier som jämför de placerade barnen med normalpopulationen och mer avgränsade studier av till exempel barn som bekräftats blivit vanvårdade, varav vissa placerats och andra inte. Det senare upplägget minskar heterogeniteten i studiegruppen och den designen är därför mindre känslig för IOH som kan snedvrیدا resultaten (jfr Rosenbaum 2002). Naturligtvis är IOH ett hot också i de här studierna, men utmaningen med att hantera detta statistiskt blir mindre.

De större registerstudierna visar mer eller mindre entydigt på sämre utfall för de placerade. En systematisk översikt av totalt 20 nordiska registerstudier visar till exempel att individer som varit placerade som barn har sämre utfall som unga vuxna jämfört med normalpopulationen, kontrollerat för diverse egenskaper hos de biologiska föräldrarna (Kääriälä & Hilamo 2017). En annan översikt av effekter av placeringar pekar dock på att många av studierna inom området är behäftade med selektionsproblematik (MacLean et al. 2016).

I studier som inkluderar jämförelsegrupper som är mer lika de placerade barnen finns det dock få indikationer på att dygnsvården skulle vara negativ i förhållande till de utfall som studeras (Berger et al. 2009, 2015; Cage 2018; Font & Maguire-Jack 2013; MacLean et al. 2018; Piescher et al. 2014). I de studierna har forskarna lagt större vikt att via design reducera förekomsten av IOH än i studierna ovan samtidigt som de bygger på avancerade statistiska tekniker. Undantaget är de barn där det kan

råda oklarhet om huruvida placering är lämplig ("marginal cases"), där det förefaller som att vården har en negativ påverkan (Doyle 2007, 2008).

Liknande slutsatser kommer en grupp engelska forskare till. De har haft tillgång till mycket goda bakgrundsdata och adekvata jämförelsegrupper. De konstaterar när det gäller utbildning som utfallsvariabel att deras fynd "challenges the suggestion sometimes made that it is the care itself which contributes to poor outcomes" (Sebba et al. 2015 s. 5).

Att slutsatsen om samhällsvårdens effekter blir olika beroende på studiedesign bekräftas av en metaanalys: översikten visar att barn som placeras i fosterhem har motsvarande utvecklingsmässiga utfall som riskgrupper som inte placeras utanför hemmet men att utfallen är avsevärt sämre än för ungdomar i allmänhet (Goemans et al. 2016). Om vi vill närma oss den kausala effekten av dygnsvården är tydlighet i de jämförelser som görs högst central. Det ska också understrykas att inte heller de metodologiskt starkare studierna i grunden kan lösa svårigheten med att mäta kausala effekter av placeringarna; de bygger inte på experimentell design. Så även om det går att komma närmare sanningen med bättre data och bättre design så löses inte den grundläggande problematiken, det vill säga det går inte att utesluta att det finns viktiga confounders som man inte har kontroll över.

Diskussion

Registerforskningen har ökat vår förståelse av placerade barns livsförlopp. De svårigheter med att isolera negativa effekter av placeringarna som vi lyft fram ska inte ses som kritik mot studierna som sådana – det är enbart svårigheterna med att dra kausala slutsatser från dem som varit i fokus. Problemet uppstår först när vi ur de här studierna försöker extrahera svar som de har svårt eller omöjligt att bidra med (jfr Harper & Strumpf 2012). Det är lätt gjort att som professionell socialarbetare eller politiker på området blanda samman negativa utfall med effekter av placeringar, eller annorlunda uttryckt: att blanda samman korrelation och kausalitet.

RCT-studier går ofta inte att genomföra av etiska och andra skäl och i de fallen måste forskarsamhället förlita sig på observationsstudier. Inom områden där denna situation gäller verkar det dock ibland uppstå en glidning på så sätt att observationsstudiernas status i förhållande till effektskattningar uppgraderas. Vi menar att den fundamentala skillnaden mellan RCT:s och observationsstudier bör vidmakthållas också inom områden där det kan vara svårt att genomföra RCT:s. Att bortse från eller förminska svårigheten med att komma åt kausala effekter i observationsstudier är ingen framkomlig väg. Det kan i förlängningen i värsta fall leda till policyförändringar som de facto saknar vetenskapligt stöd.

Observationsstudien har en central position inom forskningen kring samhällsvård

men dess begränsningar måste tydligt lyftas fram. Vi ser också att i de metodologiskt starkare observationsstudierna verkar de potentiellt negativa effekterna av placeringar vara mindre än vad de framstår som i andra studier, eller åtminstone är slutsatserna kring negativa effekter eller frånvaro av tillräckligt positiva effekter inte lika tydliga i dem (jfr Wildeman & Waldfoegel 2014). Det är troligt att detta åtminstone delvis kan hänföras till att jämförelsegrupperna i de metodologiskt starkare studierna är mer lika de placerade barnen.

Vi menar att forskare också i observationsstudier i så stor utsträckning det är möjligt bör kontrollera för heterogenitet mellan grupperna i designstadiet snarare än statistiskt om den kausala effekten av placering är i fokus (jfr Keele 2015). Att avgränsa studiedeltagare till barn och ungdomar som av liknande skäl har kontakt med socialtjänsten är ett första, men knappast tillräckligt steg, eftersom de som placeras i viktiga avseenden troligen skiljer sig från barn och ungdomar som inte placeras. Det finns sannolikt (goda) skäl till att vissa barn med socialtjänstkontakt placeras, medan för andra är sådan placering inte ett vettigt alternativ, även om deras problematik förefaller vara lika.

När det gäller forskning som pekar på potentiellt negativa effekter av placeringar eller i vart fall frånvaro av "tillräckligt" kompensande kraft behövs också större tydlighet i vad de kan bero på och när de uppstår. Negativa utfall efter samhällsvårdens upphörande kan rent hypotetiskt ha att göra med en rad faktorer som inte bara kan kopplas till vården i sig. Sammantaget och i tidsföljd kan det handla om

1. Vad barnen upplevt och vad som hänt i föräldrahemmet före placeringen (misshandel, brister i omsorgen, svag skolunderbyggnad, egna bekymmer hos barnen som utvecklats före placeringen).
2. Problem som hänger samman med själva separationen från föräldrarna och som kan innebära att kontakten med närstående bryts eller försämras eller att separationen utgör ett trauma i sig.
3. Dålig kvalitet i vården, det vill säga problem som uppstår under själva placeringen (sammanbrott, omplaceringar, otillräckliga resurser i skolan, mindre lämpliga familjehemsföräldrar/institutionspersonal, bristande anknytning mellan familjehemsföräldrar och barn etc.).
4. Problem som uppstår i och med att vården avslutas (dåligt stöd för vidareutbildning, svagt nätverk, bristande kontakter på arbetsmarknaden etc.).

Till sådana kognitiva, psykologiska och socialpsykologiska faktorer kan läggas neurobiologiska. Det går till exempel att tänka sig att de placerade barnen från sina

föräldrar ärver en överrisk för psykisk sjukdom eller mer svårdiagnostiserad psykologisk "skörhet". Listan kan göras längre, men var och en förstår att det knappast är enkelt att isolera en kausal mekanism som kan förklara negativa resultat. Vad vi kan konstatera är att dygnsvård inte kan kompensera för brister som uppstått innan den inleds, åtminstone i den meningen att dygnsvårdade barn i genomsnitt får samma förutsättningar som andra barn. Men frågan om varför de negativa eller otillräckliga resultaten uppstår och framförallt vad och i vilken grad dygnsvården i sig bidrar, positivt eller negativt, till utfallen är komplicerad och kräver forskning av olika slag som sammantaget kan bidra till en teoretiskt välgrundad förståelse av de olika mekanismer som i samspel bidrar till vårdens resultat. När detta sagts kanske det är viktigt att understryka att det knappast kommer att bli möjligt att svara på hur de komplexa kausala mekanismerna på fältet ser ut. I den meningen har forskningen sina begränsningar.

Vi får heller inte glömma att de utfallsmått som vi har diskuterat till stor del handlar om hur det går efter att vården avslutats. Ett annat sätt att värdera vården är att ställa den mot de förhållanden som rådde innan den påbörjades och hur barnen har det under placeringstiden (som ju för många kan vara långvarig). Bakom beslut om placeringar, särskilt när det gäller tvångsomhändertaganden, ligger inte sällan förhållanden som kan vara direkt skadliga för barnet på kort och lång sikt, som våld i hemmet, stora brister i omsorgsförmåga, hedersförtryck. Den grundläggande målsättningen med placeringen är i sådana fall att skapa trygghet och rimliga uppväxtvillkor för barnet. Beträffande vad som händer under tiden i vård – som ju får många kan bli lång – visar svensk och internationell forskning tydligt att de flesta barn är nöjda med sina placeringar (Lundström & Sallnäs 2013). Detta brukarperspektiv ska naturligtvis också vägas in när vi värderar dygnsvård. Men att barnen är nöjda innebär naturligtvis inte att vi kan slå oss till ro när det gäller de faktiska bekymmer som kan identifieras efter att de lämnat vården.

Referenser

- Allison P. D. (2009) *Fixed effects regression models*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Andersen, S. H. & Wildeman, C. (2014) The effect of paternal incarceration on children's risk of foster care placement. *Social Forces*, 93: 269–298.
- Antonakis, J., Bendahan, S., Jacquart, P. & Lalive, R. (2010) On making causal claims. A review and recommendations. *The Leadership Quarterly*, 21: 1086–1120.
- Austin, P. C. (2011) An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behavioral Research*, 46: 399–424.
- d'Agostino, R. B. (1998) Tutorial in biostatistics. Propensity score methods for bias reduction in the comparison of a treatment to a non-randomized control group. *Stat Med*, 17: 2265–2281.
- Berger, L. M., Bruch, S. K., Johnson, E. I., James, S. & Rubin, D. (2009) Estimating the "impact" of out-of-home placement on child well-being. Approaching the problem of selection bias. *Child Development*, 80: 1856–1876.
- Berger, L. M., Cancian, M., Han, E., Noyes, J. & Rios-Salas, V. (2015) Children's academic achievement and foster care. *Pediatrics*, 135: e109–e116.
- Bhatti-Sinclair, K. & Sutcliffe, C. (2012) What determines the out-of-home placement of children in the USA? *Children and Youth Services Review*, 34: 1749–1755.
- Biehal, N., Sinclair, I. & Wade, J. (2015) Reunifying abused or neglected children. Decision-making and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 49: 107–118.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. (2002) Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, 56: 244–259.
- Bosco, J. L., Silliman, R. A., Thwin, S. S., Geiger, A. M., Buist, D. S., Prout, M. N. ... & Lash, T. L. (2010) A most stubborn bias. No adjustment method fully resolves confounding by indication in observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63: 64–74.
- Brookhart, M. A., Schneeweiss, S., Rothman, K. J., Glynn, R. J., Avorn, J. & Stürmer, T. (2006) Variable selection for propensity score models. *American Journal of Epidemiology*, 163: 1149–1156.
- Brookhart, M. A., Stürmer, T., Glynn, R. J., Rassen, J. & Schneeweiss, S. (2010) Confounding control in healthcare database research. Challenges and potential approaches. *Medical Care*, 48: S114–S120.
- Cage, J. (2018) Educational attainment for youth who were maltreated in adolescence. Investigating the influence of maltreatment type and foster care placement. *Child Abuse & Neglect*, 79: 234–244.
- Dimidjian, S. & Hollon, S. D. (2010) How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65: 21–33.
- Dishion, T. J., McCord, J. & Poulin, F. (1999) When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54: 755–764.
- Doyle Jr, J. J. (2007) Child protection and child outcomes. Measuring the effects of foster care. *American Economic Review*, 97: 1583–1610.
- Doyle Jr, J. J. (2008) Child protection and adult crime. Using investigator assignment to estimate causal effects of foster care. *Journal of Political Economy*, 116: 746–770.
- English, D. J., Marshall, D. B., Coghlan, L., Brummel, S. & Orme, M. (2002) Causes and consequences of the substantiation decision in Washington State Child Protective Services. *Children and Youth Services Review*, 24: 817–851.
- Font, S. & Maguire-Jack, K. (2013) Academic engagement and performance. Estimating the

- impact of out-of-home care for maltreated children. *Children and Youth Services Review*, 35: 856–864.
- Forsman, H., Brännström, L., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2016) Does poor school performance cause later psychosocial problems among children in foster care? Evidence from national longitudinal registry data. *Child Abuse & Neglect*, 57: 61–71.
- Freedman, D. A. (1991) Statistical models and shoe leather. *Sociological Methodology*, 21: 291–313.
- Garabedian, L. F., Chu, P., Toh, S., Zaslavsky, A. M. & Soumerai, S. B. (2014) Potential bias of instrumental variable analyses for observational comparative effectiveness research. *Annals of Internal Medicine*, 161: 131–138.
- Goemans, A., van Geel, M., van Beem, M. & Vedder, P. (2016) Developmental outcomes of foster children. A meta-analytic comparison with children from the general population and children at risk who remained at home. *Child Maltreatment*, 21: 198–217.
- Grimes, D. A. & Schulz, K. F. (2002) Bias and causal associations in observational research. *The Lancet*, 359: 248–252.
- Harper, S. & Strumpf, E. C. (2012) Social epidemiology. Questionable answers and answerable questions. *Epidemiology*, 23: 795–798.
- Hernán, M. A. & Robins, J. M. (2006) Instruments for causal inference. An epidemiologist's dream? *Epidemiology*, 17: 360–372.
- Keele, L. (2015) The statistics of causal inference. A view from political methodology. *Political Analysis*, 23: 313–335.
- Kyhle-Westermark, P., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC). Results from an independent replication. *Journal of Family Therapy*, 33:20-41.
- Kääriälä, A. & Hiilamo, H. (2017) Children in out-of-home care as young adults. A systematic review of outcomes in the Nordic countries. *Children and Youth Services Review*, 79: 107–114.
- Lundström, T. & Sallnäs, M. (2013) Att värdera dygnsvård – hur nöjda är barnen och vilken betydelse har det? *Socionomens Forsknings supplement*, 1: 40–51.
- Maclean, M. J., Sims, S., O'Donnell, M. & Gilbert, R. (2016) Out of home care versus in home care for children who have been maltreated. A systematic review of health and wellbeing outcomes. *Child Abuse Review*, 25: 251–272.
- MacLean, M. J., Taylor, C. L. & O'Donnell, M. (2018) Out-of-home care and the educational achievement, attendance, and suspensions of maltreatment children. A propensity-matched study. *The Journal of Pediatrics*, 198: 287–293.
- Madigan, D., Stang, P. E., Berlin, J. A., Schuemie, M., Overhage, J. M., Suchard, M. A. ... & Ryan, P. B. (2014) A systematic statistical approach to evaluating evidence from observational studies. *Annual Review of Statistics and Its Application*, 1: 11–39.
- Martens, E. P., Pestman, W. R., de Boer, A., Belitsers, S. V. & Klungel, O. H. (2006) Instrumental variables. application and limitations. *Epidemiology*, 17: 260–267.
- Mays, D. T., & Franks, C. M. (1980). Getting worse: Psychotherapy or no treatment—the jury should still be out. *Professional Psychology*, 11: 78-92.
- Nissen, A. M. (2018) We need to focus on the resources. Struggling with neoliberal economic rationales in social work with children and families. I: M. A. Fallov & C. Blad *Social welfare responses in a neoliberal era policies, practices, and social problems*. Leyden: Brill.
- Piescher, K., Colburn, G., LaLiberte, T. & Hong, S. (2014) Child protective services and the achievement gap. *Children and Youth Services Review*, 47: 408–415.
- Reinhart, A. L., Haring, S. H., Levin, J. R., Patall, E. A. & Robinson, D. H. (2013) Models of not-so-good behavior. Yet another way to squeeze causality and recommendations for practice out of

- correlational data. *Journal of Educational Psychology*, 105: 241–247.
- Rothman, K. J. & Greenland, S. (1998) *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Rose, R. A. & Stone, S. I. (2011) Instrumental variable estimation in social work research. A technique for estimating causal effects in nonrandomized settings. *Journal of the Society for Social Work Research*, 2: 76–88.
- Rosenbaum, P. (2002) *Observational studies*. New York: Springer.
- Rosenbaum, P. R. & Rubin, D. B. (1983) The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70: 41–55.
- Rozental, A. (2017) *Negative effects of Internet-based cognitive behavior therapy. Monitoring and reporting deterioration and adverse and unwanted events*. Diss. Stockholm: Stockholms universitet.
- Rubin, D. B. (2008) For objective causal inference, design trumps analysis. *The Annals of Applied Statistics*, 2: 808–840.
- Sallnäs, M. (2012) Institutionsvård för barn och unga. I: I. Höjer, M. Sallnäs & Y. Sjöblom (red.). *När samhället träder in. Barn, föräldrar och social barnavård*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU (2018) *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. Stockholm: SBU.
- Sebba, J., Berridge, D., Luke, N., Fletcher, J., Bell, K., Strand, S., Thomas, S., Sinclair, I. & O'Higgins, A. (2015) *The educational progress of looked after children in England. Linking care and educational data*. Oxford: University of Oxford.
- Shanks, E., Jonsson, U., Wiklund, S. & Rozental, A. (2019) Harmful care. To what extent is terminology from medicine and clinical psychology applicable to out of home care? *Child & Family Social Work*. [<https://doi.org/10.1111/cfs.12661>].
- SOU 2014:45. *Unik kunskap genom registerforskning*. Stockholm.
- SOU 2011:61 *Vanvård i social barnavård. Slutrapport*. Stockholm.
- Stone, S. (2007) Child maltreatment, out-of-home placement and academic vulnerability. A fifteen-year review of evidence and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29: 139–161.
- Turney, K., & Wildeman, C. (2017). Adverse childhood experiences among children placed in and adopted from foster care: Evidence from a nationally representative survey. *Child Abuse & Neglect*, 64: 117-129.
- Vinnerljung, B. (2014) Fosterbarn som unga vuxna: En översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 83: 23–35.
- Vinnerljung, B., Berlin, M. & Hjern, A. (2010) *Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn*. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wiklund, S. (2008) *Hemtagningar av placerade ungdomar: när socialtjänsten avbryter dygnsvård i förtid*. Uppsala: FoU.
- Wildeman, C. & Waldfogel, J. (2014) Somebody's children or nobody's children? How the sociological perspective could enliven research on foster care. *Annual Review of Sociology*, 40: 599–618.
- Winship, C. & Morgan, S. L. (1999) The estimation of causal effects from observational data. *Annual Review of Sociology*, 25: 659–706.
- Wise, E. A. (2004) Methods for analyzing psychotherapy outcomes. A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82: 50–59.

FORSA



FÖRBUNDET FÖR FORSKNING I SOCIALT ARBETE

Förbundet för forskning i socialt arbete (FORSA) har som mål att stärka samarbetet mellan aktörer med intresse för socialt arbete. Vi vill vara en mötesplats för socialarbetare, studenter, forskare, politiker, brukare såväl som invånare med intresse för sociala frågor för att stimulera till kritiska samtal om trender, lösningar och dilemman i det sociala arbetet. Förbundet främjar utveckling och spridning av kunskap för att förbättra det sociala arbetet bland annat genom att finansiera *Socialvetenskaplig tidskrift*.

FORSA är en arena både för att ställa frågor och formulera svar. Vi verkar på ideell basis och är politiskt obunden. Som medlem får du förutom att ta del av lokalföreningarnas aktiviteter, en prenumeration på *Socialvetenskaplig tidskrift*, där aktuell forskning och debatt presenteras.

Alexandru Panican
Ordförande, FORSA Riks

VARMT VÄLKOMMEN ATT TECKNA MEDLEMSKAP!

Kostnaden för medlemskap i Forsa är 345 kr/år. Studerande på grundutbildning och pensionärer betalar endast 175 kr/år.

Du teckna medlemskap på vår hemsida:
www.forsa.nu

Klicka på Bli Medlem. När du registrerat dig som medlem betalar du in medlemsavgiften på Plusgiro kopplat till din lokala förening och skriver ditt namn som meddelande.

Eric Carlsson

Ett förändrat vårdlandskap

Debatten om e-hälsa i svensk medicinsk fackpress

A transformed landscape of care – The debate on e-health in Swedish specialist press

This article examines the debate on e-health in the Swedish medicine specialist press. E-health is not an entirely new phenomenon, yet digital care such as video meetings and chat via apps with medical personnel has increased rapidly in Sweden during the last few years, and the government's goal is to provide the "world's best e-health" by the year 2025. Implementation of digital technology in public health care has transformed the ways in which the Swedish health system works, including what it means to be a patient and a provider of care. These transformations of care have led to an intense debate in the specialist press. The aim of this article is to examine how e-health as a concept is attributed different meanings in the Swedish medical professional press and to analyse the conflict lines that shape this formation of meaning. The method used is discourse analysis of articles published in two journals: *Dagens Medicin* and *Läkartidningen*. The study identifies three organizing metaphors in which meaning is established: e-health as competition, e-health as economy, and marketization of e-health as an ethical problem. These organizing metaphors were all connected to possibilities and problems in the digital health care system such as more flexible and accessible care, increased costs, aggressive marketing from private e-health providers, and conflicts of interest among health providers. The analysis shows how these organizing metaphors construct not only meanings of e-health but also what it means to be a patient and a caregiver in the current public health care system in Sweden.

Eric Carlsson, docent och lektor i medie- och kommunikationsvetenskap, institutionen för kultur- och medievetenskaper, Umeå universitet.

Kontakt: eric.carlsson@umu.se

Inledning

Det har skett stora förändringar i den svenska vården de senaste åren när det gäller digitalisering. Många har nog sett de nya privata vårdföretagens reklamkampanjer där de vill sälja in vård via svenskarnas datorer och smartmobiler. Företaget KRY, som 2014 etablerades som ett "startupföretag", har snabbt vuxit till att bli en av de största privata aktörerna inom e-hälsa i Sverige. Enligt KRY:s årsberättelse för 2018 ökade antalet vårdmöten under 2017 med 740 procent jämfört med året innan. Coronaepidemin sägs även ha bidragit till ett "genombrott för Kry" som nästan "dubblat sin volym" under de första månaderna av 2020 (Leijonhufvud 2020). Min Doktor som ägs av ICA Gruppen, ett bolag verksamt inom bland annat dagligvaruhandeln och apoteksbranschen är en annan ledande aktör tillsammans med företag som exempelvis doktor.se, Doktor 24 och Medicoo. Affärsidén för den typen av verksamheter går ut på att patienter med relativt enkla åkommor ska betala en patientavgift på några hundralappar för att konsultera en läkare digitalt via videolänk eller chatt. Vissa bolag tar inte ut någon patientavgift alls. Landstingen i Sverige debiteras sedan mångdubbelt patientens kostnad som en del i vårdföretagens vinstmål. Kritiker har varnat för att den här typen av digital vård leder till stora kostnader för samhället där skattemedel går till de enklare former av sjukvård som företagen erbjuder, i stället för till primärvården, som anses vara underfinansierad. Mellan åren 2019–2020 beräknas kostnaderna för privata vårdappar dubblas och överstiga en miljard kronor (SVT 2020). Problemet sägs även vara att företagens digitala vård inte är behovsstyrd i tillräcklig utsträckning. I många fall kräver de åkommor som konsulteras inte ett läkarbesök överhuvudtaget, menar kritikerna (Andersson, Sjögren & Åsberg 2017). Företagen själva, och en del ansvariga politiker, hävdar i stället att införandet av e-hälsa kommer att spara närmare hundra miljarder i skattemedel årligen på grund av effektivitetsvinster (Kangero & Persson 2017; Forslund & Röstin 2017). Det här sättet att tala om vård som en ekonomisk och etisk fråga är visserligen ingenting nytt men i takt med e-hälsans framväxt under det senaste decenniet har digitaliserad vård i Sverige blivit allt mer omdiskuterad.

Syftet med artikeln är att undersöka hur e-hälsa som begrepp tillskrivs mening i svensk medicinsk fackpress samt analysera de konfliktlinjer som präglar denna betydelsebildning. Det görs genom att synliggöra de organiserade metaforer som kommer till uttryck i debatten om införandet av ny digital vårdteknologi. Följande frågor ställs: Hur gestaltas e-hälsa i fackpressen, det vill säga vilka betydelser tillskrivs digitala tekniker och vårdpraktiker? Hur representeras vårdpersonal, patienter och andra centrala aktörer? Vilka konfliktytor förekommer, vilka problem respektive möjligheter knyts till e-hälsa som ny vårdpraktik?

Tidigare forskning

Den snabba teknologiska utvecklingen inom digital vård och en ständig lansering av nya digitala verktyg och applikationer inom vårdsektorn gör att det är svårt att se e-hälsobaserade vårdpraktiker som någonting entydigt. E-hälsa bör i stort betraktas som ett paraplybegrepp för en mängd olika former av vårdtekniker där digital kommunikation kan anses vara en central aspekt (Melander Wikman, Jansson & Bergvall-Kåreborn 2012). Även begrepp som "telemedicin", "online-vård", "digital vård", "digital hälsa" och "virtuell vård" innefattas i definitionen av e-hälsa som här används.

Mycket av den internationella forskning som har gjorts om e-hälsa är av utvärderande karaktär och belyser frågor om hur digitala lösningar i vården enklast ska kunna implementeras och hur effektiva de är (Ekeland, Bowes & Flottorp 2010). I en forskningsöversikt (Kruse et al. 2016) listas de hinder som forskare identifierat när det gäller implementering av e-hälsorelaterad vård på en mer global nivå. De vanligaste svårigheterna enligt deras kartläggning handlar om ekonomi, digital kompetens och teknologiska problem, men även motvilja till förändring hos både patienter och personal samt frågor om patientintegritet och patientsäkerhet (Kruse et al. 2016).

Mindre vanligt är studier som undersöker politiska och sociala aspekter av digitaliseringen av vården, vilket den här studien är ett försök till. Deborah Lupton (2014) gör en översikt av internationell hälsoforskning som går bortom de utvärderande perspektiven genom att sätta in e-hälsa i vad som kan beskrivas som en sociopolitisk kontext. E-hälsa har exempelvis beforskats som ett uttryck för den så kallade self-tracking-rörelsen, som handlar bland annat om att ansvaret för vården i högre utsträckning än tidigare läggs på individen och att vården införlivas i en kommersiell kontext (Sharon 2016; Lupton 2017). I fokus står den uppsjö av mobila teknologier som bara det senaste decenniet har lanserats för att människor ska kunna mäta och räkna sin egen hälsa genom olika kroppsnära verktyg. Dessa verktyg ses ofta som någonting emancipatoriskt för både personal och patienter, bland annat eftersom teknologin sägs hjälpa individer att få kontroll över sin hälsa på ett mer transparent sätt (Melander Wikman et al. 2012). Forskare har även intresserat sig för hur digitala vårdpraktiker skapar stora dataflöden som möjliggör en ny typ av övervakning och hantering av medicinska data som inte var möjlig före digitaliseringen och spridningen av mobila enheter, som exempelvis smartmobiler, och lyfter fram risker och förtjänster med sådana system (Lupton 2018).

I en policystudie om digitalisering och äldrevård diskuteras hur virtuella hälsorum för äldre patienter i glesbygd är starkt sammankopplade till diskurser om såväl tekniko-optimism som delaktighet i vården och hur det kan försvåra att vara äldre vårdtagare på andra sätt (Lindberg & Carlsson 2018). Det finns även forskning som ligger utanför digitaliseringen av vården som i sammanhanget är relevant. Studier av vårdpolicy visar hur en nyliberal logik som bland annat innebär ökad privatisering och stora för-

hoppningar på kostnadseffektivisering genom konkurrens präglar organiseringen av vården (Andersson & Kvist 2015; Lindberg & Lundgren 2018). I detta systemskifte, som i Sverige har pågått sedan början av 1990-talet, har valfrihet setts som ett ledord och marknadsifiering av vård och omsorg har skrivits fram som någonting som ska stärka individen genom att de själva fritt kan välja vårdgivare (Andersson & Kvist 2015; Dahlgren 2018). Det speglas även i lagstiftning, bland annat i form av lagen om valfrihetssystem (LOV) (2008), som trädde i kraft 2009. Ett av de problem som lyfts fram i forskningen är att vårdtagare inte alltid har möjlighet att välja på grund av exempelvis ålder och hälsa och att det problemet inte beaktas i offentlig och politisk policy om vård, vilket kan leda till ökad ojämlikhet i vården. Även Dahlgren (2008) betonar, i en studie av vården i Stockholmsregionen, problem med ökad ojämlikhet i vård som privatiseras och styrs av vinstintressen snarare än vårdbehov. Dahlgren (2018) menar att vårdvalssystem i Sverige har öppnat upp för de offentligt finansierade digitala vårdföretagen att växa "explosionsartat" (Dahlgren 2018 s. 58).

Som denna översikt visar har forskning om e-hälsa ofta varit av utvärderande karaktär medan färre studier har undersökt digitaliseringen av vården som en meningsskapande praktik. I likhet med de policystudier av svensk vårds organisering som exemplifieras ovan, och i enlighet med ett diskursteoretiskt perspektiv, fokuserar den här studien på den betydelsebildning av e-hälsovård som manifesteras i delar av den ledande svenska medicinska fackpressen.

Material, teori och metod

Materialet som undersöks består huvudsakligen av artiklar ur de två ledande svenska tidskrifterna inom medicinsk fackpress. Dessa är *Dagens Medicin* (239) och *Läkartidningen* (83). *Läkartidningen* ägs av Läkarförbundet som svarar för ledarsidorna. Övrigt material är obundet. *Dagens Medicin* ägs av Bonnier Business Media AB. Tidskriften är oberoende och bevakar sjukvårdsbranschen. Följande sökord har använts i databasen mediearkivet retriever.se där tidskrifterna finns representerade: "digital vård", "onlinevård", "virtuell vård", "ehälsa", "e-hälsa" samt "telemedicin". Totalt har 328 artiklar ur de två tidskrifterna undersökts. Artiklarna är publicerade mellan åren 2010 och 2019 (januari). Tidsspannet motiveras av att den politiska styrningen av det svenska vårdsystemet förändrades under den tidsperioden med en ökad användning av digital vård. Därutöver har enstaka artiklar från bland annat *Dagens Nyheter* och *Dagens Industri* samt från vissa av vårdföretagens webbsidor inkluderats för att bättre kunna kontextualisera den debatt som förts i fackpressen. Materialet som helhet kan ses som relativt varierat och består av olika typer av texter (nyhetstexter, debattartiklar och i viss mån företagstexter) som tillsammans representerar olika inslag i diskursen om e-hälsa.

Fokus för den här studien är att genom diskursanalys undersöka hur e-hälsa som begrepp tillskrivs mening i svensk medicinsk fackpress samt synliggöra de konfliktlinjer som formar denna betydelsebildning. Debatten om e-hälsa kan ses som en del av ett styrsystem som tillskriver e-hälsa betydelser. Sådan betydelsetillskrivning sker ofta men inte alltid horisontellt mellan olika publika och privata aktörer (i det här fallet fackförbund, intresseförbund, läkare, konsulter, politiker, vårdföretag och journalister). I studien är det emellertid inte aktörerna i sig som är i fokus utan de system av mening (diskurser) som de förhåller sig till och som texterna ingår i. Diskursbegreppet definieras utifrån en poststrukturalistisk syn där det betraktas som ett betydelsebärande strukturellt system av likhet och åtskillnad (Torfing 2005).

All data har noggrant analyserats och kodats med hjälp av mjukvara för kvalitativ dataanalys. Återkommande och besläktade koder har sedan slagits samman och presenteras i analysen som övergripande "organiserade metaforer" (Hansen & Sørensen 2005 s. 96). De benämns *e-hälsa som tävling*, *e-hälsa och ekonomi* och *marknadifiering av e-hälsa som ett etiskt problem*. Begreppet organiserade metaforer används som ett analytiskt verktyg för att ringa in den betydelsetillskrivning som sker i materialet. Organiserade metaforer har likheter med diskursteorins begrepp flytande signifikanter (Laclau & Mouffe 1985), som innebär att olika tecken i en diskurs konkurrerar om att slå fast betydelser av diverse sociala fenomen. Användandet av e-hälsa kan exempelvis i vissa sammanhang relateras till teknikutveckling och framstegstankar, medan i andra fall e-hälsa kan länkas till önskad vinstuttag från skattemedel av privata vårdföretag. Diskursen om e-hälsa är således långt ifrån entydig och kan därför ses som ett relativt öppet fält där hegemoni inte råder.

En fråga som ställs i artikeln är hur e-hälsa artikuleras, det vill säga hur vissa tecken knyts till begreppet och andra inte i form av organiserade metaforer som bidrar till att forma betydelser om digitala lösningar inom vården. Inom vilka områden skapas någorlunda enhetliga betydelser av hur digital vård bör praktiseras och var uppstår konfliktytor? Det finns, som Žižek skriver, "ett ideologiskt utrymme" (Žižek 1989 s. 95) för konflikt när det inte råder konsensus kring vad någonting representerar, i det här fallet den nya digitala vårdens betydelser.

Studien ställer även frågor om hur gestaltningarna av e-hälsa förhåller sig till andra diskurser av ekonomisk, social och politisk art. En ingång i analysen är exempelvis att resonera kring hur digitala teknologier kan ses som styrmedel för en accelererande förändring av vårdsektorn som innefattar nya sätt att bedriva och organisera vård på. En inspiration är Hartmut Rosas (2013) makroteori om det "accelererande samhället". Rosa menar att kommunikationsteknologier tillsammans med rådande ekonomiska system utgör viktiga delar som förväntas skynda på accelerationen för social

förändring och krympa avstånden i livsvärlden i stort, till exempel hur e-hälsa tenderar att göra vård och omsorg till en fråga om konkurrens och patienter till konsumenter som ska köpa vård på en marknad, oberoende av var de befinner sig. Det betyder emellertid inte att vårdteknologier är neutrala utan att dess betydelser skapas bland annat genom hur teknologin tillskrivs mening medialt.

Resultat: E-hälsa i fackpressen

I materialet har tre sammanlänkade organiserade metaforer identifierats: *e-hälsa som tävling*, *e-hälsa och ekonomi* samt *marknadifiering av e-hälsa som ett etiskt problem*. Dessa utgör återkommande sätt att gestalta problem och möjligheter med e-hälsa i vården. De ger en bild av hur de sociala och teknologiska förändringar som införandet av e-hälsa bär med sig manifesteras i medial diskurs och hur digital teknologi förväntas få effekter på olika vårdpraktiker och på professionens arbete.

E-hälsa som tävling

En av de mer framträdande organiserade metaforerna i materialet har en form och ett innehåll där e-hälsa tillskrivs betydelser med hjälp av tävlingsmetaforer. I artiklarna blir de nya digitala vårdformerna någonting som kan vinnas, erövrats, konkurreras med, hinnas ikapp, eller tvärtom göra att svensk vård hamnar efter. Citatet nedan kommenterar den svenska regeringens pressmeddelande om en framtida vision att bli "bäst på e-hälsa":

År 2025 ska Sverige vara världsledande på att tillvarata digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården för att främja jämlik hälsa, delaktighet och ta tillvara på enskildas resurser. Enkelt uttryckt ska Sverige vara världsbäst på e-hälsa. (Läkartidningen 2016-03-23)

När e-hälsa gestaltas som tävling är patienter inte särskilt framträdande och inte heller vårdpersonal. Snarare ligger fokus på en mer abstrakt nivå där globala aktörer föreställs kämpa mot varandra. E-hälsa som diskursivt tecken länkas till föreställningar om nationer, landsting eller vårdföretag, men också chefer och konsulter, som antas vilja konkurrera med teknikutveckling och implementering av nya innovationer inom den framväxande digitala vården. Tävlingsmetaforen är återkommande i flera av artiklarna men utgör inte bara ett återkommande sätt att representera e-hälsa på utan det förekommer också faktiska tävlingar i e-hälsa. Så skriver *Dagens Medicin*: "Nu är det upp till bevis för alla som tror på möjligheterna med e-hälsa. Nominera ert bidrag till IT i vårdenpriset. I november utser vi dem som är bäst i grenen" (2014-04-09).

I en del av artiklarna gestaltas även e-hälsa på ett sätt där det varnas för risken att *inte* ha hunnit så långt i tävlingen. I en text lyfts exempelvis chefer inom vården fram som en viktig del för att nationen inte ska "hamna på efterkälken": "Har de verksamhetsnära cheferna inte mandat att prioritera utvecklingsarbete kommer Sverige ohjälpligt att hamna på efterkälken när det gäller innovation och nytänkande" (Läkartidningen 2016-03-23). Om inte cheferna tillåts agera genom att införa ny digital teknologi förväntas man alltså hamna efter andra. En vanlig röst i materialet är konsultens. Här intervjuas en amerikansk expert på e-hälsa om den svenska regeringens målsättning att bli bäst i världen:

– Jag tycker helt klart att det är ett ambitiöst men möjligt mål. Det kommer inte att bli lätt, säger Robert Wah och skrattar. – Men inget som är värt insatsen är lätt, eller hur? Det är en ambitiös plan, men det är bra att ha en plan och en strategi. Det är så man rör sig framåt. (Läkartidningen 2017-05-03).

I citatet konstrueras en bild av den digitala vården där den ses som ett slags spel där det går att vinna eller förlora någonting, och det är underförstått att man ska vilja få tillbaka "insatsen". Planer och strategier framstår som viktiga för idén om ett ständigt framåtskridande, att nå målet – det blir en förutsättning för att kunna röra sig framåt. Att artikeln citerar en expert kan antas stärka nödvändigheten i denna logik. Liknande tankegångar uttrycks i *Dagens Medicin* i en debattartikel med titeln *Alla måste fråga sig: Kan detta göras bättre med modern teknik?* Artikeln är skriven av en tidigare moderat landstingspolitiker och numera rådgivare till företag inom e-hälsa:

Svensk välfärd halkar efter med att ta till sig digitalisering och ny teknik. Ett land värt att studera är Estland, som dragit nytta av modern teknik för att skapa välfärd i klass med den svenska. Varför har vi i Sverige med våra förutsättningar inte kommit lika långt? (Dagens Medicin 2017-11-08)

Som exemplet visar framstår Sverige som om landet var på väg att förlora någonting eftersom vården sägs halka efter. Estland som nation däremot föreställs ha kommit längre i rörelsen framåt genom att de redan har anammat modern teknik. Teknologin framträder som en självklar lösning för att kunna komma långt. I dessa exempel tecknas alltså en bild av teknikens utveckling som central för e-hälsa som blir avhängig de olika ländernas kamp mellan varandra. I den organiserade metaforen om e-hälsa som ett tävlingslopp framställs den befintliga vården som om den går "långsamt", men genom införandet av e-hälsa kan vårdens utveckling nu börja "röra på sig ordentligt":

Det är svårt med förändring och lätt att göra sig lustig över hur långsamt den i själva verket kan krypa fram över landstingens linoleummattor. Men nu börjar saker och ting faktiskt röra på sig ordentligt. De stora nationella e-hälsoprojekten som gemensam läkemedelslista och personligt hälsokonto är visserligen inte i mål, men gott och väl på upploppet. Vissa mindre regionala och lokala projekt har i princip redan klippt målnöret även om tyngre löpare som 3R/2R knappt lämnat startblocken och passerat första kurvan. [...] Ett vunnet lopp, lite vila och sedan nya utmaningar. Längre sträckor. (Dagens Medicin 2016-04-13)

I texten, där tävlingsmetaforen är tydlig, framställs aktörerna som "löpare" där vissa redan "klippt målnöret" medan andra just lämnat "startblocken". Det gamla systemets tröghet symboliseras med att vårdens förändring vanligtvis kryper "fram över landstingens linoleummattor". Samtidigt gestaltas e-hälsoarbetet som om fler tävlingar behöver vinnas.

I andra exempel blir den digitala tekniken mer indirekt länkad till tävlingsmetaforen genom föreställningarna om utveckling. Svensk sjukvård beskrivs som om den inte hängde med i teknikutveckling och var föråldrad, ja, till och med primitiv:

Svensk sjukvård är måhända känd för att vara tekniskt avancerad, men den respons jag fick när jag ur rockfickan halade upp den ena urmodiga manicken efter den andra, gav mig känsla av att vi kanske befinner oss i stenåldern. [...] Jag frågade konsulten om det kanske går att lösa sådant här i framtiden. Han sa kort: "Tekniken finns och används sen länge. Mycket länge. Överallt". Dock inte i detta hörn av svensk sjukvård. (Läkartidningen 2011-08-10)

Konsulten får här företräda det moderna, målet dit svensk sjukvård för tillfället ska nå, medan den befintliga vården föreställs ligga årtusenden efter i teknisk utveckling på grund av "urmodiga manicker". "Kanske befinner [vi] oss i stenåldern", undrar skribenten som i texten tituleras biträdande överläkare. Att vården behöver förändras genom mer allomfattande teknikanvändning och modernare teknologi förefaller därmed nödvändigt. På det sättet blir en modernistisk logik en del av tävlingsmetaforen genom vilken e-hälsa begripliggörs. I några av artiklarna uttrycks emellertid mer tveksamhet till själva idén om e-hälsa som en tävling, här från *Läkartidningens* medicinska redaktör:

Tänker vi verkligen rätt kring e-hälsa? När regeringen glatt proklamerade sin vision att Sverige år 2025 ska vara världsbäst på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter var jag till en början entusiastisk. Äntligen! [...] Men vid närmare eftertanke är jag mer skeptisk. [...] Hur mäter man egentligen e-hälsa? (Läkartidningen 2018-03-14)

Ett liknande resonemang förs i *Dagens Medicin* där själva tävlingsmetaforen beskrivs som meningslös eftersom det lyfts fram att det inte går att mäta e-hälsoteknologi på ett meningsfullt sätt: "Jag vet inte vilket land som i dag leder VM, men det gör ingen annan heller. Det går nämligen inte att mäta på något meningsfullt sätt" (*Dagens Medicin* 2016-02-22).

Hur kan vi förstå talet om e-hälsa som en tävling där vården förväntas nå längre, där olika vårdaktörer ska konkurrera och inte släpa efter, där man ska "pensionera" gammal teknik? Kanske kan den organiserade metaforen om e-hälsa som en tävling kopplas till en redan etablerad och närvarande diskurs i samhället om digitalisering som tenderar att avpolitiserar teknologin? Drömmar om att införa mer och snabbare teknologi inom vården kan ses som ett uttryck för de accelerationsstrategier som Rosa (2013) menar länge har format moderna samhällen både teknologiskt, socialt och ekonomiskt. Enligt en teknologisk accelerationsprincip är målet alltid att byta ut befintlig teknologi med nyare former som ska vara ännu effektivare, kunna nå ut till fler på ett snabbare och mer direkt sätt. Följer inte tävlingsmetaforen just en sådan princip? En kontinuerlig utveckling av vården genom digital teknik tycks bli ett mål i sig att uppnå medan det framstår som mer oklart varför och till vad teknologin egentligen ska användas, mer än att konkurrera med andra nationer och landsting.

E-hälsa och ekonomi

Artiklarna i fackpressen tar i många fall avstamp i den omorganisering av vård som skett i Sverige de senaste åren i och med etableringen av nya privata vårdaktörer. I den delen av debatten organiserar ekonomiska metaforer betydelsefulla beskrivningen av e-hälsa. Att vård och ekonomi är tätt sammanlänkade visar även tidigare forskning om e-hälsa (Kruse et. al. 2018). Som en bakomliggande kontext kan nämnas att omorganiseringen av vård i Sverige har inneburit att riskkapitalbolag har satsat stora belopp på nya vårdföretag. E-hälsoföretaget KRY har som exempel mottagit närmare en miljard svenska kronor från riskkapitalbolag som Creandum, Project A och Index Ventures. År 2017 tog de in tvåhundra miljoner och i januari 2018 ytterligare drygt en halv miljard enligt uppgifter i *Dagens Industri* (Carlsson 2018). KRY bedriver vårdverksamhet i Sverige, Norge, Spanien, Frankrike och Storbritannien och är därigenom störst i Europa inom digital vård. Nu har de expanderat ytterligare genom att rikta in sig på den nya, snabbt växande marknaden "mental ohälsa" som antas ge mycket goda intäkter (Ström 2017). I april 2019 förvärvade KRY den "empatiska chattboten" Enjo som ska hjälpa människor med sin mentala hälsa (Bengtsson 2019). Även företaget Min Doktor, som ägs av ICA Gruppen, har "fyllt på kassan rejält" och mottagit hundratals miljoner kronor av bland annat riskkapitalbolaget EQT Ventures (Leijonhufvud 2017; Wisterberg 2016). ICA Gruppen äger samtidigt Sveriges största privata apotekskedja, Apotek Hjärtat, med 390 butiker utspridda i landet. En av kon-

kurrenterna, den "finske vårdjätten" Oriola, satsade 2018 hundra miljoner kronor på företaget doktor.se. Oriola äger också 325 svenska apotek som går under namnet Kronans Apotek (Törnwall 2018). Ytterligare 100 miljoner till doktor.se togs in 2019 i en "kapitalrunda" av Bonnier Ventures. Doktor.se kommer även under 2019 att lansera en app för djurvård och de har "stora förhoppningar att detta ska öka deras intäkter rejält" eftersom det, enligt dem själva, finns 102 miljoner katter och 84 miljoner hundar som potentiella patienter i Europa (Heijbel & Tullberg 2019). Samtidigt som dessa nya digitala vårdbolag värderas högt på finansmarknaden, och därigenom kan tillförskaffa sig investeringsmedel, finansieras delar av deras verksamhet av skattemedel, vilket i materialet både artikuleras som en möjlighet och som ett ekonomiskt problem för vården i samhället i stort. Länken mellan e-hälsa och ekonomi kan sägas utgöra en betydande konfliktyta i det undersökta materialet.

I texterna återfinns ett ambivalent förhållningssätt till att införa digitala vårdteknologier med avseende på de ekonomiska följderna som sägs uppstå med bland annat kommersiella aktörer inom den digitala vårdsektorn. Till viss del gestaltas förhållandet mellan digital vård och ekonomi som någonting som skapar nya möjligheter. I en artikel i *Dagens Medicin* uttrycker sig skribenten på följande vis:

– Det är jättebra att man kopplar ihop affärer och medicin. Ett skäl att vi inte har kommit längre inom e-hälsa är kanske att många inte är vana att göra det, säger Nina Sellberg, professor i e-hälsa och forsknings- och innovationsansvarig vid 1177 Vårdguiden. (Dagens Medicin 2015-04-15)

Nyckeln till att kunna "komma längre" inom medicinen sägs vara att göra vård till en affärsverksamhet och att det tidigare har funnits en ovana att göra så. "Det är jättebra", säger den intervjuade som också tillskrivs rollen som expert i egenskap av hennes befattningar som professor och forsknings- och innovationsansvarig vid 1177 Vårdguiden. Sammanlänkningen mellan "affärer och medicin" framstår därmed som både viktig och rimlig för att utveckla digital vård på ett mer generellt plan. En annan av möjligheterna som lyfts fram är att införandet av digitaliserad vård kommer att leda till ekonomiska besparingar i form av tidsvinster. I en rapport publicerad i *Läkartidningen*, skriven av läkare och utvecklingsansvariga i Västerbottens läns landsting och Innovationsplatsen vid Karolinska universitetssjukhuset, uttrycks det så här:

Det finns många vinster med vård på distans, vissa mer tydliga och konkreta än andra som kräver vetenskapliga studier för att påvisa nyttoeffekter. Tydligaste nyttan är färre resor och därmed besparingar i framför allt tid, vilket leder till ekonomiska vinster för både personal, patient och anhöriga. (Läkartidningen 2014-10-22)

I exemplet beskrivs den digitala vården som någonting som ger ”nyttoeffekter” enligt den välkända devisen *tid är pengar*, där tiden görs till en resurs som ses som värdefull i sig (se Lakoff & Johnson 1980). Som organiserande ekonomisk metafor blir tid någonting som sjukvården kan tjäna in, spara och vinna, men också sälja och därmed generera vinst. De som använder teknologin (vårdgivare, patienter och anhöriga) kommer att vinna tid, vilket framstår som önskvärt enligt en sådan organiserande diskursiv logik. I andra exempel beskrivs e-hälsa på liknande sätt då befolkningen sägs ha en önskan om att inte behöva förflytta sig från hemmet eller vänta långa tidsperioder för att få vård. Teknologin länkas då till ekonomi eftersom den föreställs fungera som en väg eller en brygga för att minska både avstånden, väntetiden och ojämlikheten i vården som finns i landet. Teknologin blir kort sagt ett verktyg för att hushålla med resurser. I flera av artiklarna nämns även vikten av att teknologin måste vara *säker* för patienterna eftersom försämrad patientsäkerhet inte är ett pris de är villiga att betala när sätten att bedriva vårdverksamhet förändras.

– Det finns ett behov och en önskan hos befolkningen att få den typen av tjänster. Det är ju väldigt lätt att förstå; att slippa transportera sig, att slippa vänta – det är ju bekvämt. Det viktiga för oss är att leverera det på ett säkert sätt. Och man vill se om det kan vara ett sätt att minska ojämlikheten mellan stad och glesbygd. (Läkartidningen 2018-02-07)

Men även om berättelser om e-hälsoteknikens möjligheter att generera olika typer av tidsvinster förekommer, så är det främst kostnaderna räknat i rena pengar som det talas om. Betydelsen av e-hälsa konstrueras inte bara som någonting som besparar samhället resurser i termer av att vården ska gå snabbare och bli mer flexibel utan flera artiklar i materialet betonar den ökande monetära belastning som uppstår i kölvattnet av de nya vårdaktörernas etablering. I takt med att de digitala vårdbesöken ökar, sägs kostnaderna för privatägd e-hälsa öka lika fort. I en nyhetsartikel från 2017 med titeln *Digital vård får pengarna att rulla* skriver *Läkartidningen* så här:

För patienter från Stockholms läns landsting, som står för 4 procent av besöken hos Kry och Min Doktor, har kostnaderna för landstinget stigit från 67 000 kronor per månad för ett år sedan till närmare fem miljoner kronor för mars i år. [...] – När landstingen ser hur fakturorna från nätläkarbolagen ökar finns en risk för att nätläkarnas verksamhet dränerar resurser från de vanliga vårdcentralerna. (Läkartidningen 2017-07-26)

Metaforen ”pengarna rullar” gör att e-hälsans kostnader kan associeras till någonting som är närmast okontrollerbart och svårt att stoppa. I exemplet föreställs den nya teknologin och organiseringen av densamma alltså inte ge upphov till mer resurser för vården utan tvärtom finns risken att den dränerar vården ur ett ekonomiskt perspektiv. De nya digitala vårdföretagen sägs leda bort resurser från ett vårdutrymme till ett annat på ett oönskat sätt. Den här typen av diskussioner om företagens uttag av ersättning från skattemedel är ofta återkommande i materialet och gestaltas som tämligen oroande. Även i *Dagens Medicin* länkas frågan om arvodeskostnader till ökade kostnader för skattebetalare och därför menar många i debatten att en reglering av företagens uttag är nödvändig. 2017 låg kostnaden för nätläkarbesök mellan 1 200 och 2 200 kr per besök. En reglering av företagens ersättningsuttag har emellertid skett därefter i flera etapper. I många av artiklarna nämns Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som viktig för regleringen av e-hälsans ”skenande kostnader”. Det senare är något som branschen själv målar upp som ett hot mot deras kommersiella verksamhet:

Nu har SKL:s sjukvårdsdelegation och styrelse fattat beslut om en rekommendation att SKL:s medlemmar ska fakturera 650 kronor för utomlänbesök i primärvården, vilket är vad de digitala läkarbesöken räknas som. En av de stora aktörerna inom digital vård, Min Doktor, riktar skarp kritik mot förslaget till sänkt ersättning. – Det finns ingen som kan bedriva vård för den ersättningen. (*Dagens Medicin* 2017-05-17)

Som citatet visar, framstår en reglering av företagens uttag som problematisk för att överhuvudtaget kunna bedriva vård. Trots företagens skarpa kritik har avgiftstak införts, men likväl uttrycks en oro för att kostnaderna för samhället ökar. På två år sägs utgifterna i en region ha ökat 54 gånger från 220 000 kronor till 11 800 000 kronor per månad (*Läkartidningen* 2018-01-24). I *Läkartidningens* nyhetsartikel *Nätläkarnotan har ökat kraftigt* (*Läkartidningen* 2019-01-22) beskrivs också vården i termer av ett slags flöde där patienter ”slussas” fram, vilket leder till mer utgifter för samhället.

I materialet framträder sammanfattningsvis bilder av e-hälsa där digital vård blir kopplad till tidsvinster i form av kortade avstånd, ökad flexibilitet samt idén att digital teknologi ska utjämna skillnaderna i tillgång till vård i olika regioner. Den rationalisering som e-hälsa förväntas skapa i termer av kortade avstånd och mer direkt vård kan också tolkas som en sorts samhällelig acceleration. När föreställningar om tid görs till en resurs som kan tjänas in sker samtidigt, menar Rosa, en kommodifiering av själva tidsbegreppet (2013 s. 161). I vårdsektorn blir tiden en vara som köps och säljs av landstingen och de nya digitala entreprenörerna i e-hälsobranschen, och ju fler löften

om tidsvinster som kan säljas in, desto mer ekonomiska vinster kan genereras, vilket kan sägas följa den ekonomiska logiken att *tid är pengar*. Samtidigt beskrivs införandet av e-hälsa, och den tidsrationalisering som antas följa därav, som någonting ekonomiskt problematiskt. I materialet uttrycks det på så sätt att kostnaderna för skattebetalarna förefaller öka närmast okontrollerbart i takt med att nätläkarbesöken ökar.

Marknadifiering av e-hälsa som etiskt problem

Ett annat sätt på vilket e-hälsans betydelser organiseras, som även länkar till ekonomi, handlar om marknadifiering av e-hälsa som ett etiskt problem. Den organiserade metaforen rymmer en tydlig kritik av den politisk-ekonomiska organiseringen av vården där kommersialisering av digital vård problematiseras utifrån etiska spörsmål som är kopplade direkt till läkarprofessionen. I debatten återfinns exempelvis kritik mot att vård drivs av privata företag som sägs göra både patientskap och vårdgivande till handelsvaror som i allt snabbare takt, och i högre utsträckning, ska köpas och säljas av såväl individer som offentliga och privata aktörer. Så här inleds en av debattartiklarna om e-hälsa skriven av fyra läkare med rubriken *Total "make over" hotar läkaryrket*.

Förr fanns det marknader här och var i samhället. Nu finns det öar av samhälle i den stora marknaden. [...] Det säger något väsentligt om samhällsutvecklingen i stort: I allt större omfattning blir vi alla säljare och köpare på en svårfångad marknad. [...], och e-hälsa förespeglar möjligheten till en hälsa bortom kropp och själ, en hälsa som kan köpas på nätet lika enkelt som prylar, kläder och böcker. (Läkartidningen 2017-10-09)

Citatet illustrerar ett sätt att förstå och begripliggöra e-hälsa där de nya formerna av digitaliserad vård knyts till konsumtion av vård. Den organiserande metaforen är i det här fallet "marknaden", som föreställs utbreda sig som ett hav och där "samhället" beskrivs som avskilda öar i ett stort vatten. I denna övärld föreställs vi alla bli "säljare och köpare", och "hälsa" blir en produkt i mängden att konsumera i det digitaliserade samhället. I samma artikel skriver författarna:

[E-hälsa] har fått dem att hoppas på en ny, skön värld där stora problem kan lösas via tekniken, utan direkt mänsklig kontakt. Man menar att det blir snabbare så, mera tillgängligt och framför allt billigare. Den senare illusionen fick sig en törn när flera stora vårdbolag systematiskt började utnyttja politikens godtrogenhet genom ockerpriser på nätkonsultationer. [...] Hur är det möjligt att så genomgripande organisationsförändringar kunnat sjösättas utan väl upplagda, genomförda och utvärderade pilotstudier? [...] Är evidensbaserad medicin och etiska regler ett spel för gallerier? (Läkartidningen 2017-10-09)

I exemplet konstrueras en förståelse av e-hälsa där teknologin tycks rationalisera bort det fysiska och tidskrävande mötet mellan patient och läkare. Ju längre tid ett möte tar, desto dyrare föreställs vården bli: "Man menar att det blir snabbare så, mera tillgängligt och framför allt billigare." Ett sådant resonemang kan sägas följa en kritik av en kapitalistisk ekonomisk logik där det investerade kapitalet riskerar att gå förlorat om inte teknologin kan göra att fler vårdmöten produceras i allt snabbare takt (jfr Rosa 2013 s. 163). Debattörerna målar således upp en konflikt mellan å ena sidan marknadstänkande och å andra sidan etiska och vetenskapliga medicinska principer så till den grad att det sägs hota hela läkarprofessionen. Även i andra debattinlägg skrivna av läkare synliggörs konfliktytan mellan å ena sidan politiska visioner om e-hälsa och teknologiska innovationer och å andra sidan den behovsprövade vården.

Vi måste vara uppmärksamma på den motsättning som kan finnas mellan en politisk dimension/vision om tillgänglighet och innovation för innovationens egen skull och vikten av att prioritera vårdens knappa resurser. Innovation ska leda till ökad kvalitet och effektivitet i vården, men får inte tränga undan patienter med stora behov. [...] Vi ifrågasätter all marknadsföring av "läkarbesök online", som saknar flera av de viktigaste delarna i ett läkarbesök – det personliga mötet, fysisk undersökning och möjlighet till provtagning direkt. (Läkartidningen 2016-12-22)

Nya digitala vårdpraktiker tillsammans med reklam för "läkarbesök online" framställs som tomma begrepp ("innovation för innovationens egen skull") och som om de tränger undan vad som framstår som den traditionella vårdens mest centrala del – "patienter med stora behov". I citatet blir den fysiska undersökningen där personalen träffar patienten central och föreställs vara det som konstituerar vad det innebär att vara läkare och att driva en vårdcentral. Därigenom blir ifrågasättandet av e-hälsoföretagen begripliggjord som en etisk konflikt. I en nyhetsartikel i *Läkartidningen* intervjuas läkare som uttrycker en liknande skepsis mot den marknadsdoktrin som tycks ha uppstått i samband med en avreglerad vårdapparat:

Men hon menar att det råder en hajp kring e-hälsa utan att man preciserat vilka problem den egentligen ska lösa. – Handlar det bara om efterfrågan på en vilda västern-marknad där konsultföretag och teknikföretag gräver guld, då slirar man i definitionerna av behov och efterfrågan. (Läkartidningen 2017-09-06)

I exemplet länkas e-hälsa till "en vilda västern-marknad", som gör att teknologin framstår som ett slags resa mot rikedom för företagen. Konsulter och företag inom vården gestaltas som om de fått guldfeber, men vad e-hälsa ska vara bra för i övrigt framstår som mer otydligt: "det råder en hajp kring e-hälsa utan att preci-

sera vilka problem den egentligen ska lösa”. Vidare debatteras frågan om att vårdföretag använder reklam för att nå nya och fler konsumenter av vård och att vård saluförs på samma sätt som andra varor och tjänster. Två företrädare för etik- och ansvarsrådet i *Läkartidningen* skriver så här i en artikel med titeln *Digital vård är inget mobiltelefonabonnemang*:

Den som marknadsför läkarverksamhet kan då inte spela på samma register som den som säljer mobilabonnemang eller spabehandlingar. På förekommen anledning finns sedan lång tid etiska regler som läkaren har att rätta sig efter om han eller hon vill vara en del av den professionella gemenskapen. [...] Bakgrunden är att samhället ska kunna lita på att förskrivning inte leder till egen vinning för förskrivaren eller ett felaktigt utnyttjande av offentliga medel. Vi behöver en sjukvård med hög kvalitet och tillgänglighet och med hög etisk medvetenhet. (Läkartidningen 2018-04-11)

Begrepp som ”mobilabonnemang” och ”spabehandlingar” gör att e-hälsa placeras utanför den etablerade diskursen om vad medicinsk vård är och bör vara. Genom musikmetaforen ”inte spela på samma register” konstrueras en betydelse av e-hälsa där de föreställs spela på fel sätt. E-hälsobranschens ”marknadsföring” lokaliserar företagen vid sidan av ”den professionella gemenskapen” eftersom det framstår som osäkert om vården de försöker saluföra är behovsprövad eller om vården som erbjuds grundar sig i ”egen vinning för förskrivaren”. Marknadsföring av vård signalerar kort sagt bristande ”etisk medvetenhet”. Flera artiklar tar även upp frågan om jäv som kan uppstå i samarbeten mellan digitala vårdföretag och apotek, ofta med samma huvudägare. Läkarförbundet uttrycker det på följande vis i *Läkartidningen*:

Nuvarande utveckling har också aktualiserat ägar- och samarbetsfrågor mellan vård och apotek. Att nätbolag samarbetar och samverkar med apotek utvecklar jävssituationer som är olyckliga. För patienten blir det svårt att överblicka och se konsekvenserna av ett sådant samarbete. Vi anser att korsägande eller reglerad samverkan mellan vårdgivare, apotek eller läkemedelsindustri bör undvikas. (Läkartidningen 2018-02-07)

Digitalt vårdgivande blir i denna del av debatten inte så mycket relaterat till vårdpraktiker som handlar om omsorg av patienten utan snarare till problemen med extern kommunikation i form av aggressiv marknadsföring och till avsaknaden av den läkaretiska principen att all vård ska vara behovsprövad. Hur kan man förstå kritiken från (delar av) läkarkåren och facket? En tolkning är att teknologins införande tillsammans med den avreglerade vårdsektorn hotar deras yrkesidentitet eftersom

kommersialism och vård utgör två oförenliga poler. Kritiken mot vårdens förändring kan även tolkas som att debattörerna ger uttryck för en tillbakablickande syn på vårdpraktiker där mötet mellan patient och vårdpersonal går långsammare eftersom medicinsk personal har tid till personliga kvalitativa möten med patienter. På det sättet sker även en politisering av e-hälsovården. Dikotomierna snabb/långsam, virtuell/fysisk, kommersialism/behovsprövning utgör således skärningspunkter genom vilka e-hälsa tillskrivs mening.

Slutsatser

Syftet med den här artikeln var att undersöka hur e-hälsa som begrepp tillskrivs mening i svensk medicinsk fackpress samt analysera de konfliktlinjer som präglar denna betydelsebildning i en tid då svensk sjukvård genomgår en stor förändring. De frågor som ställdes handlar om hur betydelser av e-hälsa och dess vårdpraktiker skapas i svensk medicinsk fackpress och hur personal, patienter och andra aktörer positioneras i dessa berättelser. Särskilt fokus låg på att identifiera organiserade metaforer (Hansen & Sørensen 2005) som synliggör de konfliktytor som förekommer i materialet där problem och möjligheter på olika sätt knyts till e-hälsa som ny vårdpraktik. Även om de konkreta effekterna av teknologin och de materiella och praktiska aspekterna av digitala vårdpraktiker inte varit i fokus i den här studien, har målet varit att resonera kring hur artikuleringar i debatten kan tänkas påverka aktörer och subjekt som involveras i talet om e-hälsa (patienter, vårdpersonal, företag, samhälle etc.).

Framväxten av e-hälsa kan förstås i termer av en teknologisk acceleration där målet i sig tycks vara teknikutveckling, att komma längre, att införa nya mer effektiva digitala tekniker, vilket kan ses som både en legitimering och en avpolitisering av teknologin. Det är tydligt i avsnittet *e-hälsa som tävling*. I framställningen av e-hälsa är det påtagligt att teknologin, det sociala och det ekonomiska är tätt sammanlänkat. Teknikens materialitet och dess funktioner utgör, som Rosa skriver, själva villkoren för möjligheterna till utökad social acceleration inom en mångfald av områden (Rosa 2013 s. 106). Samtidigt är teknologin inte neutral utan laddas ofta med motsatsfulla betydelser. Som debatten om e-hälsa har visat, handlar det om drömmar om teknologins avtryck på diverse sociala aspekter inom vården som mångsidig tillgänglighet, säkrare kommunikationskanaler mellan patienter och vårdgivare och en vilja att främja jämlik hälsa med hög delaktighet. Det är också tydligt att kraven på att införa nya teknologiska innovationer föreställs drivas av den "ekonomiska motor" vars funktion är att öka tillväxt och effektivitet (Rosa 2013 s. 23). Ekonomi har i materialet utgjort en möjlighet i form av bland annat föreställningar om tidsvinster för vården, men samtidigt har e-hälsans ekonomi artikulerats på motsatt sätt som ett stort problem i termer av ökade kostnader för samhället.

Kritiken om e-hälsa, främst från representanter för läkarkåren, har handlat om att digitala lösningar tenderar att göra patienterna till konsument, och att en sådan positionering riskerar att förändra professionens yrkesidentitet. Marknadstänkande och läkaretik går enligt många debattörer inte ihop och att patienter görs om till konsumenter sägs leda till etiska problem. Tidigare forskning visar att idén om att patienter betraktas som konsument är relativt ny. Begreppet patient kommer från det latinska ordet *pati* som betyder "att lida". Konsument kommer från *consumere* och betyder "att använda". Om detta skriver Goldstein och Bowers i en amerikansk studie som visar att *konsument* började användas som synonym till *patient* i medicinska sammanhang första gången under 1930-talet i USA och att det under 1980-talet blev allt vanligare när det amerikanska samhället blev mer marknadsanpassat (Goldstein & Bowers 2015 s. 162). De noterar också en betydelseglidning eftersom ordet *konsument* pekar på en högre aktivitetsgrad än det mer passivt konnoterade ordet *patient*. Att patienter ses som konsumenter syns även i litteraturen om e-hälsa. Melander Wikman uttrycker det så här: "Patienten ses som en konsument med tillgång till information från Internet som gör att hon eller han kan ställa större krav på sitt omhändertagande och är också mer informerad om sin sjukdom" (Melander Wikman 2012 s. 19).

När vissa av debattörerna talar om att vårdföretag inte ska sälja vård likt andra varor på en marknad, kan man se det som ett uttryck för en kritik mot konsumtionssamhället (Bauman 2008) och mot det nyliberala systemskifte som andra forskare menar kommit att karaktärisera svensk vårdpolicy (Andersson & Kvist 2015; Lindberg & Lundgren 2018; Dahlgren 2018). Den typ av avreglering av offentlig sektor som gestaltas i materialet som här undersökts, där "konsultföretag och teknikföretag gräver guld", är ofta mycket ingående, menar Bauman, samtidigt som den privata sektorn får fortsatt statligt stöd. Dessa privatiseringsprocesser är, enligt honom, en förutsättning för framväxten av ett konsumtionssamhälle där grundläggande behov (som exempelvis vård och omsorg) omvandlas till varor och tjänster som bjuds ut till försäljning för att konsumeras på en marknad.

Kritiken mot marknadifiering av e-hälsovård blir på det sättet en politisering av e-hälsa och kan även ses i ljuset av "det fria vårdvalet" som infördes på politisk nivå i Sverige när lagen om valfrihetssystem (LOV) instiftades 2009 (2008:962). Den förändringen innebar att välfärden konkurrensutsattes och att medborgarna skulle börja välja vårdgivare på en marknad (Lindberg & Lundgren 2018). Det innebar samtidigt att vårdaktörerna skulle konkurrera om patienter och att det skapades en ny apparat av administration och politisk kontroll från statens sida. LOV kan i den meningen ses som ett ideologiskt uttryck för det Bauman kallar för "homo eligens", eller "den väljande människan" (Bauman 2008 s. 51), vars valfrihet ofta beskrivs som ett uttryck för individens autonomi men inte sällan kan ha drag av både tvång och ofrivillighet i de

valsituationer människor ställs inför i vardagen. Hur påverkar framväxten av e-hälsa vad det innebär att vara vårdtagare och vårdgivare? Som både Campell (1990) och Lindberg och Lundgren (2018) påpekar är patienter ofta sårbara och har inte alltid möjlighet eller ens lust att välja vårdvägar. Om vården behandlar patienter som konsumenter och vårdgivare tillskrivs rollen som försäljare, vad händer med omsorgen? Det material som här har studerats visar hur den politisk-ekonomiska förändring som e-hälsa kan sägas vara en del av tycks skapa en förskjutning i diskursen om svensk vård. Detta område är någonting som bör studeras vidare när det gäller patienters och medicinsk personals konkreta erfarenheter av e-hälsobaserad sjukvård.

Referenser

- Andersson, K. & Kvist, E. (2015) The neoliberal turn and the marketization of care. The transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Women's Studies*, 22(3): 274–287.
- Andersson, O., Sjögren, J. & Åsberg, H. (2017) Nätläkarbolagen dränerar en underfinansierad primärvård. *Dagens Nyheter* (2017-03-02).
- Bauman, Z. (2008) *Konsumtionsliv*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, L. (2019) KRY förvärvar psykologiappen Enjo. <https://www.kry.se/press/nyheter/kry-forvrvrvar-psykologiappen-Enjo/>
- Campell, A. (1990) The patient as consumer. *British Journal of General Practice* 1990; 40, 131-133.
- Dagens Medicin, 2014-04-09, *Bidra till årets landskamp i vård-IT*
- Dagens Medicin, 2015-04-15, *En dag för den moderna biotekniken*
- Dagens Medicin, 2016-04-13, *Vitalis - en fantastisk och motsägelsefull mäsäsa*
- Dagens Medicin, 2016-06-22, *"Helt feltänkt med en statlig vision för e-hälsa"*
- Dagens Medicin, 2017-05-17, *Ersättning för digital vård halveras*
- Dagens Medicin, 2017-11-08, *Alla måste fråga sig: Kan detta göras bättre med modern teknik?*
- Dahlgren, G. (2008) Neoliberal reforms in Swedish primary health care. For whom and for what purpose? *International Journal of Health Services*, 38(4), 697–715.
- Dahlgren, G. (2018) *När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ*. Premiss förlag.
- Ekeland, A.G., Bowes, A. & Flottorp, S. (2010) Effectiveness of telemedicine. A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*, 79(11): 736–771.
- Forslund, L. & Röstin, S. (2017) Digitala läkarbesök kan spara 180 miljarder. *Dagens Nyheter* (2017-03-06).
- Goldstein, M. & Bowers, D. (2015) The patient as consumer. Empowerment or commodification? Currents in contemporary bioethics. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(1): 162–5.
- Hansen, A. & Sørensen, E. (2005) Polity as politics. Studying the shaping and effects of discursive politics. I: D. Howarth & J. Torfin (red.) *Discourse theory in European politics. Identity, policy and governance*. Palgrave Macmillan.
- Heijbel, L. & Tullberg, M. (2019) *Doktor.se och AniCura utvecklar vårdapp för husdjur*. [<https://www.anicuragroup.com/sv/press-och-media/pressmeddelanden/2019/doktor.se-och-anicura-utvecklar-vardapp-for-husdjur/>].

- Kangero, H. & Persson, D. (2017) Digitaliseringen kan spara miljarder. *Dagen Nyheter* (2017-03-03).
- Karlsson, J. (2018) Kryss vd om nya miljardvärderingen: "Expansionen kommer att kosta". *Dagens Industri* (2018-06-12).
- Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K. & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide. A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1): 4–12.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (1985). *Hegemony and socialist strategy*. London: Verso.
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrihetssystem_sfs-2008-962].
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980) *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leijonhufvud, J. (2017) Halv miljard till digital vård 2016. *Dagens Industri* (2017-01-18).
- Leijonhufvud, J. (2020) Nätläkaren Kry coronarusar: "Vi har nästan dubblat vår volym". *Dagens Industri* (2020-04-23).
- Lindberg, J. & Carlsson, E. (2018) Digitala vårdlandskap. Kritiska reflektioner om e-hälsa i glesbygden. *Socialmedicinsk tidskrift*, 95(1).
- Lindberg, J. & Lundgren, A.S. (2018) Positioning the ageing subject. Articulations of choice in Swedish and UK health and social care. *Policy Studies*. [https://doi.org/10.1080/01442872.2019.1599839].
- Lupton, D. (2014) Critical perspectives on digital health technologies. *Sociology Compass* 8(12):1344–1359.
- Lupton, D. (2017) Self-tracking, health and medicine. *Health Sociology Review*, 26(1): 1–5.
- Lupton, D. (2018) *Digital health. Critical and cross-disciplinary perspectives*. London: Routledge.
- Läkartidningen, 2011-08-10, *Konsulten bleknade av min hög med elektronik*.
- Läkartidningen, 2014-10-22, *Telemedicin leder till ökad patientnytta*.
- Läkartidningen, 2016-03-26, *Världsbäst på e-hälsa kräver delaktighet*.
- Läkartidningen, 2016-12-22, *Vitsen med virtuell vård. Regler för marknadsföring av läkarverksamhet behöver uppdateras*.
- Läkartidningen, 2017-05-03, *"Fokusera inte bara på teknik"*.
- Läkartidningen, 2017-07-26, *Digital vård får pengarna att rulla*.
- Läkartidningen, 2017-09-26, *Läkare i intensiv debatt om e-hälsans betydelse*.
- Läkartidningen, 2017-10-09, *Total "make-over" hotar läkaryrket. Om marknad, samhälle, etik och medicinsk vetenskap*.
- Läkartidningen, 2018-01-24, *Så mycket kostar digital vård*.
- Läkartidningen, 2018-02-07, *Landstingen tar upp kampen om digital vård*.
- Läkartidningen, 2018-02-07, *Jämlik vård efter behov behövs också på nätet*.
- Läkartidningen, 2018-03-14, *Digitalisering är ett medel, inte ett mål*.
- Läkartidningen, 2018-04-11, *Digital vård är inget mobilabonnemang*.
- Läkartidningen, 2019-01-22, *Nätläkarnotan har ökat kraftigt*.
- Melander Wikman, A. (2012) Definitioner och modeller för e-hälsa. I: G. Gard & A. Wikman Melander (red.) *E-hälsa. Innovationer, metoder, interventioner och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Melander Wikman, A., Jansson, M. & Bergvall-Kåreborn, B. (2012) Från MobiHealth till MyHealth@Age. Utveckling av teknik med deltagande metodik. I: G. Gard & A. Wikman Melander (red.) *E-hälsa. Innovationer, metoder, interventioner och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Rosa, H. (2013) *Social acceleration. A theory of modernity*. New York: Colombia University Press.

- Sharon, T. (2016) Self-tracking for health and the quantified self. Re-articulating autonomy, solidarity, and authenticity in an age of personalized healthcare. *Philosophy and Technology*, 30(1): 93–121.
- Ström, V. (2017) Nu är KRY ett miljardbolag. *Dagens Industri* (2017-06-29).
- SVT (2020) [www.svt.se/nyheter/inrikes/rekordkostnader-for-privata-vardappar-under-corona-pandemin].
- Torring, J. (2005) Discourse theory. Achievements, arguments, and challenges. I: D. Howarth & J. Torring (red.) *Discourse theory in European politics. Identity, policy and governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Törnwall, M. (2018) Kontroversiell nätläkare vill starta fler vårdcentraler. *Svenska Dagbladet* [<https://www.svd.se/kontroversiell-natlakare-vill-starta-fler-vardcentraler>].
- Wisterberg, E. (2016) *Sparkade vd:n - nu tar Min Doktor in ytterligare 45 miljoner* [<https://www.breakit.se/artikel/5893/sparkade-vd-n-nu-tar-min-doktor-in-ytterligare-45-miljoner>].
- Žižek, S. (1989) *The sublime object of ideology*. London: Verso.

Liv Zetterberg

Tvingad till autonomi

En teoretisk analys av öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige

Coerced to autonomy. A theoretical analysis of compulsory community care in Sweden.

In earlier research about compulsory community care, two contradictions related to the legislation have been identified: First, compulsory community care (CCC) means both more and less autonomy for the patient. Second, it means that autonomous individuals are being coerced to autonomy. The aim of the article is to clarify the normative underpinning of the law in light of four perspectives on autonomy to that help understand the two contradictions.

The first contradiction can be explained by the fact that the legislator operates with two different definitions of autonomy: liberalistic and bioethical. In a liberalistic perspective, CCC restricts the right to autonomy. From a bioethical perspective, CCC potentially increases autonomy since it may enhance or protect the future autonomy of the patient. According to this perspective, other values, such as health and quality of life, can also warrant a restriction of autonomy.

The second contradiction can be explained by how the legislator confuses procedural with substantial conceptions of autonomy. Since the patient is not assumed to be incompetent, the patient is assumed to have procedural autonomy. At the same time, whether or not the patient's will is accepted depends on the eventual outcome of the patient's choice. If the patient refuses care, her opinion is not presumed authentic, which is an expression of a substantive conception of autonomy. The coercive care provided is supposed to reinstall the patient's substantive autonomy. When it comes to the practice of CCC, the patient is assumed to accept the coercive elements voluntarily. This means that the patient is also autonomous according to a substantive conception of autonomy. Since the objective of compulsory care is to enable the patient to accept care voluntarily and thus restore his/her authentic opinion, the legal requisites for allowing and discharging from CCC are met at the same time.

If compulsory community care is to be acceptable from a bioethical perspective, it must provide the patient with actual benefits or more autonomy. There is no research evidence that compulsory community works. Accordingly, it is hard to identify what benefits CCC provide that can trump the autonomy of the patient.

Liv Zetterberg är fil. dr. i socialt arbete vid Umeå universitet.

Kontakt: liv.zetterberg@umu.se

Inledning

År 2008 infördes en helt ny tvångsvårdsform inom psykiatrin i Sverige – öppen psykiatrisk tvångsvård. Efter att öppen psykiatrisk tvångsvård introducerats i USA på 1960-talet fanns tvångsvårdsformen främst i Nordamerika och Australien fram till 2005 då den successivt infördes i flera andra länder i västvärlden (Reitan 2016). Regleringarna går under en rad olika namn, som till exempel *community treatment orders*, *assisted outpatient treatment* eller *mandatory outpatient treatment*, men har gemensamt att de reglerar tvångsvård utanför sjukvårdsinrättning för patienter som lider av en allvarlig psykisk störning. I Sverige infördes öppen psykiatrisk tvångsvård i lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT, som ett alternativ till sluten psykiatrisk tvångsvård, det vill säga tvångsvård som ges på en slutenvårdsinrättning. En patient som ges öppen tvångsvård döms till det i förvaltningsdomstol. Rätten bestämmer också ett antal villkor som patienten ska följa, det kan exempelvis handla om medicineringen eller att ta emot boendestöd. Patienten bor alltså utanför sjukhuset, till exempel i eget boende eller i ett särskilt boende och ges vård och behandling av öppenvårdspsykiatrin.

Att införa tvång i öppenvården har varit kontroversiellt i de flesta länder, inte minst eftersom det saknas evidens för att tvångsvårdsformen ger önskad klinisk effekt (Rugkåsa 2016). Förespråkare för öppen psykiatrisk tvångsvård menar att det är ett mindre ingripande alternativ till sluten tvångsvård, att det underlättar återgången till ett liv utanför sjukvårdsinrättning, samtidigt som det tillgodoser samhällsskyddsaspekter. Kritiker lyfter däremot fram risken för kränkningar av mänskliga rättigheter, risken för att fler personer omfattas av tvångsvårdslagstiftningen och betonar att tvång i nya arenor, som till exempel i människors hem, medför nya etiska problem (Sjöström, Zetterberg & Markström 2011).

I forskningsprojektet *Tvång i frihet*¹ har jag tillsammans med mina kollegor Stefan Sjöström och Urban Markström tidigare studerat öppen psykiatrisk tvångsvård utifrån en rad frågeställningar och olika material. Vi har undersökt införandet av den här helt nya konstruktionen i svensk rätt och kontrasterat den svenska policyprocessen mot motsvarande processer i andra länder genom att studera förarbeten, politiska debatter, debatter i massmedier och fackmedier samt intervjuer med nyckelpersoner (Sjöström, Zetterberg & Markström 2011). Vidare har vi intervjuat personal inom kommunens socialtjänst och landstingets psykiatri för att undersöka hur öppen psykiatrisk tvångsvård implementerats på lokal nivå i Sverige (Zetterberg, Markström & Sjöström 2016). Vi har också studerat domstolsbeslut rörande öppen psykiatrisk tvångsvård i Sverige utifrån två perspektiv: rättssäkerhet och social kontroll (Zetterberg, Sjöström & Markström 2014). Efter att empiriskt ha studerat den nya

1 Projektet finansierades av Forte, dåvarande FAS, dnr 2008-0955.

tvångsvårdsformen under lång tid finns det fortfarande frågor och oklarheter kvar. Ett antal otydliga eller motstridiga områden har återkommit i forskningen, både i våra studier och i andras. De har ofta varit kopplade till spänningsfältet mellan tvång och frivillighet.

Jag menar att en anledning till att öppen psykiatrisk tvångsvård ofta framstår som en så motsägelsefull tvångsvårdform är att grundläggande normativa ställningstaganden kring autonomi och när en persons autonomi får inskränkas inte alltid är tydliga i lagstiftningen. I den här artikeln gör jag därför en analys av den rättsliga konstruktionen av öppen psykiatrisk tvångsvård och dess implicita autonomidefinition. De otydliga eller motstridiga områden som jag identifierat utifrån tidigare forskning tycks dels handla om oklarheter kring syftet med den öppna tvångsvården, dels om oklarheter i förhållande till samtycke. Jag har formulerat det som två paradoxer som jag kommer att belysa i artikeln:

Paradox 1: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi för patienten.

Paradox 2: Öppen psykiatrisk tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi.

Syftet med den här artikeln är att tydliggöra vilka normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi som implicit ligger till grund för tvångsvårdsformen. Det görs genom att de två paradoxerna belyses utifrån sammanlagt fyra perspektiv på autonomi. Den första paradoxen analyseras utifrån två olika perspektiv på autonomi, som kommer ur två olika idétraditioner: ett *klassiskt liberalt perspektiv på autonomi* och ett *medicinsk-etiskt perspektiv på autonomi*. Den andra paradoxen analyseras utifrån två olika uppsättningar med rekvisit för autonomi: *proceduriella* respektive *substantiella rekvisit för autonomi*.

Autonomi och relaterade begrepp

I följande avsnitt beskrivs de fyra olika perspektiv på autonomi kring vilka analysen är uppbyggd. I avsnittet beskrivs också två andra begrepp som är centrala i förhållande till psykiatrisk tvångsvård: beslutsförmåga och paternalism. Betydelsen av de här begreppen kan ibland tangera autonomi, definieras i förhållande till autonomi eller anses stå i någon form av motsatsförhållande till autonomi.

Psykiatrifältet är ett av de välfärdsområden där frågor kring individuell autonomi ställs på sin spets allra tydligast – kontroll och hjälp, tvång och behandling, går ofta hand i hand. Psykiatrin har också en lång historia av paternalism och övergrep. Även i dag är psykiatrisk tvångsvård exceptionell, också i jämförelse med andra former av

tvång, med tanke på det påtagliga intrång i individens integritet och frihet som den innebär. Det finns i Sverige ingen övre gräns för hur länge en person kan vårdas mot sin vilja och tvångsvårdade patienter kan både spännas fast och isoleras samt utsättas för behandling som är potentiellt personlighetsförändrande. Sedan avinstitutionaliseringen av psykiatrin inleddes har man i Sverige, liksom i övriga västvärlden, undan för undan avvecklat de stora mentalsjukhusen och målet har varit samhällsbaserade vård- och stödformer som skulle öka friheten för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Ökad autonomi, normalisering och inkludering har varit ledord i den svenska processen (Markström, Sandlund, & Lindqvist 2004). Tyngdpunkten för den psykiatriska vården har alltså förskjutits dels från slutenvård mot öppenvård, dels från samhällets rätt till skydd mot individens rätt till frihet. Den psykiatriska tvångsvården utgör inget undantag från denna generella utveckling på psykiatrifältet (Edgley, Stickle & Masterson 2006; Gooding 2016; McSherry & Weller 2010).

Autonomi är värdeladdat och används inom många olika fält. Begreppet autonomi har delvis olika innebörd beroende på kontext och kan relatera till en rad andra begrepp. Att autonomi är något positivt, värdefullt och eftersträvansvärt verkar de flesta vara överens om. I ett svenskt medicnrättsligt sammanhang har autonomibegreppets innebörd inte klart definierats (Kindström Dahlin 2014). Den psykiatriska vården styrs naturligtvis också av en rad andra värden än autonomi. Valet av autonomi som utgångspunkt för analysen i den här texten grundar sig i de motsägelsefullheter som framträder i förhållande till tidigare forskning om öppen tvångsvård. Mitt antagande är att ställningstaganden kring autonomi är oklara i lagstiftningen och därför behöver göras explicita för att kunna förklara de paradoxer som framträder i förhållande till tvångsvårdsformen. I den här texten kommer jag att utgå från fyra olika perspektiv på autonomi med skilda utgångspunkter: ett klassiskt liberalt perspektiv på autonomi och ett medicinsk-etiskt perspektiv på autonomi samt proceduriella respektive substantiella rekvisit för autonomi. Genom att använda dessa fyra perspektiv kan olika autonomidefinitioner i den rättsliga konstruktionen tydliggöras.

Inom den liberala politiska idétraditionen har idén om den autonoma individen en central roll som kan spåras tillbaka till upplysningstidens frihetsideal. Den autonoma personen fungerar som modell för den individ vilkens perspektiv används för att formulera och rättfärdiga politiska principer och är central inom liberalismen (Christman 2015). Autonomibegreppet har sina rötter i principen att var och en har rätt att göra som den vill, så länge ingen annan skadas, vilken bland annat formuleras i John Stuart Mills (2009) klassiska text *Om friheten*, första gången utgiven 1859. Den liberala tanketraditionen bygger framför allt på rättigheter, snarare än moral eller goda värden. Autonomi är ett egenvärde och en rättighet som framför allt handlar om den enskilde individens rätt till autonomi i förhållande till staten (Christman 2015). De klassiska liberala fri- och rättigheterna är så kallade negativa rättigheter. De bygger

på utgångspunkten att det finns en konflikt eller ett motsatsförhållande mellan individens intressen och staten (Gustafsson 2005).

Även inom det *medicinsk-etiska* fältet är begreppet autonomi centralt. Beauchamp och Childress formulerade 1979 fyra etiska principer för att fatta beslut inom medicinsk forskning och hälso- och sjukvård som sedan kom att bli grundläggande inom medicinsk etik i hela världen. De kallas också *The Georgetown mantra*. De fyra principerna är godhetsprincipen (plikten att göra gott), ickeskadapprincipen (plikten att undvika att göra skada), rättvisseprincipen (plikten att vara rättvis) och autonomiprincipen. Autonomiprincipen innebär plikten att respektera patientens rätt till självbestämmande. Samtidigt är autonomiprincipen inte en absolut rättighet, skriver Beauchamp och Childress. För även om alla fyra principer kan efterlevas i en ideal-situation så finns det tillfällen då en av principerna kan behöva stå tillbaka för att de andra ska kunna följas. Beauchamp och Childress understryker att respekt för patientens självbestämmande också måste visa sig genom handling, både som en negativ skyldighet, det vill säga att inte inskränka patientens självbestämmande, och som en positiv skyldighet, det vill säga att underlätta för självbestämmande (Beauchamp & Childress 2009). Även om författarna själva hävdar att det inte finns någon inbördes ranking mellan principerna är det vanligt att autonomiprincipen ges en särställning (Gillon 2003). Analysen i den här texten utgår främst ifrån autonomiprincipen, eftersom syftet är att tydliggöra normativa ställningstaganden i förhållande till autonomi. Men eftersom autonomiprincipen står i förhållande till övriga tre principer i *The Georgetown mantra* kommer även de att beröras.

Paternalism kan definieras som en handling som avsiktligt inskränker en annan persons frihet enbart baserat på vad som anses vara i personens intresse eller för personens bästa och som utförs mot dennes uttryckliga vilja eller utan medgivande (Breeze 1998; Edgley et al. 2006; Høyer et al. 2002; Sjöstrand et al. 2013). Paternalism kan graderas utifrån mottagarens status som autonom eller icke-autonom. Paternalism i förhållande till icke-autonoma personer brukar benämnas som mjuk paternalism medan paternalism i förhållande till autonoma personer benämns hård paternalism (Beauchamp & Childress 2009; Sjöstrand et al. 2013).

Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv brukar paternalism sägas innehålla konflikten mellan de etiska principerna om godhet respektive autonomi (Breeze 1998; Beauchamp & Childress 2009; Richardson 2002). Tvångsvård av autonoma personer utifrån vårdbehovskriterium motiveras med att patientens behov av vård ibland väger så tungt att det är nödvändigt att tillgodose detta behov genom att inskränka patientens autonomi. Det vill säga att den medicinsk-etiska godhetsprincipen väger tyngre än autonomiprincipen (Richardson 2007; Salize, Dreing & Peitz 2002).

Ur ett liberalt perspektiv är frågan om vem som är autonom eller icke-autonom central eftersom utgångspunkten är att endast mjuk paternalism är försvarbart. En

autonom individ har rätt att bestämma över sig själv, medan den som saknar autonomi inte har den rätten. Tvångsvård av autonoma personer kan därför bara vara berättigat om en psykiskt sjuk person utgör fara för sig själv eller andra. Tvångsvård motiverat av vårdbehov är berättigat endast i förhållande till icke-autonoma personer (Høyer 2000). I bedömningen av mottagarens status som autonom eller icke-autonom finns alltså ett normativt ställningstagande kring vem som får vårdas med tvång och vem som inte får det (Kindström Dahlin 2014). Det är därför avgörande att definiera den autonoma agenten för att kunna bestämma vem som kan ta beslut kring sin egen vård, och vem som inte kan det (Høyer 2000; Sjöstrand & Helgesson 2008).

För att avgöra vem som är autonom kan man skilja mellan två olika angreppssätt – proceduriell autonomi och substantiell autonomi. För att man ska kunna tala om en autonom agent utifrån ett proceduriellt perspektiv ska två rekvisit vara uppfyllda, så kallade kapacitetsrekvisit. Det handlar dels om att man ska ha en förmåga att kunna fatta adekvata beslut baserat på sin egen vilja, önskningar och planer, dels om att dessutom kunna omsätta sina önskningar i handling (Christman 2005; Richardson 2002; Sjöstrand et al. 2013). Sådana rekvisit för att bestämma en autonom agent är i sig värdeneutrala, innehållet i den autonoma agentens önskningar är per definition ointressant. Det är förutsättningarna för individens kapacitet till autonomi som definierar autonomi – oberoende av innehållet i individens val, önskningar eller handlande (Christman 2005).

De som förespråkar ett substantiellt perspektiv menar att man till dessa kapacitetsrekvisit bör lägga så kallade autenticitetsrekvisit. Tanken är att personens vilja också måste spegla individens autentiska önskan i den meningen att den inte får vara resultatet av till exempel manipulation, ett kemiskt beroende eller en impuls man inte kan motstå. Om man både har kapacitet och autenticitet har man alltså substantiell autonomi (Breeze 1998; Christman 2005; Owen et al. 2009; Richardson 2002; Sjöstrand et al. 2013).

Ett av de legitimerande skälen för lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård utgår ifrån att vissa personer med psykisk störning har en bristande förmåga att fatta beslut. Frågan om beslutskompetens (på engelska används begreppen *competence* eller *capacity*) är en av de mest betydelsefulla principdiskussionerna i förhållande till psykiatrisk tvångsvård i västvärlden (Dawson 2006; Owen et al. 2009). Beslutskompetens används ofta i den internationella psykiatrirättsliga litteraturen synonymt med begreppet autonomi. Den som har beslutskompetens, och därmed är autonom, har som utgångspunkt rätt att bestämma över sitt liv, medan den som saknar beslutskompetens saknar sådan rätt (Beauchamp & Childress 2009; Kindström Dahlin 2014). Det är vanligt att beslutskompetens bedöms i förhållande till utfallet av ett visst val. Ju högre uppskattad risk med valet, desto högre krav på kompetens (Owen et al. 2009; Richardson 2002). Andra förespråkar en symmetrisk syn på beslutskompetens.

Det innebär att en person som bedöms ha kompetens att acceptera en viss intervention också ska betraktas ha kompetens att avböja samma intervention (Nilstun & Syse 2000). Problem med begreppet som framförts är bland annat att det är svårdefinierat och godtyckligt (se t.ex. Litins'ka 2018). I de få försök som gjorts att mäta beslutskompetens när man sällan längre än en tautologi: de som håller med behandlande läkare har beslutskompetens, de som inte håller med har det inte (Høyer 2000).

Rättslig reglering av öppen psykiatrisk tvångsvård

Hälso- och sjukvården i Sverige, och alltså även den psykiatriska vården, regleras av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientlagen (2014:821). Som grundläggande princip i HSL gäller att patientens behov av psykiatriskt stöd så långt som möjligt ska tillgodoses i samförstånd med honom eller henne. Först när det bedöms som omöjligt att genomföra vården i frivilliga former kan psykiatrisk tvångsvård bli aktuell. Tvångsvård ska ses som ett undantag och regleras därför separat, i LPT. Som grundförutsättning för tvångsvården krävs, enligt 3 § LPT, att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Den psykiska störningen bedöms utifrån art och grad. Tanken är, enligt lagstiftaren, att det är vårdbehovet och inte ett visst sjukdomstillstånd som ska vara avgörande. En förutsättning för tvångsvård är att patienten motsätter sig vård, vilket också regleras i 3 § LPT.

Skälet att medge en rättighetsbegränsande lagstiftning är enligt förarbetena främst att tillgodose ett psykiatriskt vårdbehov. Målet är alltså inte att patienten ska tillfriskna. Lagstiftaren menar att psykiatriska insatser som sker utan aktivt medverkande patient inte kan väntas leda till psykiskt tillfrisknande och vårdåtgärderna ska därför inriktas på att skapa förutsättningar för en tillfredsställande behandlingskontakt i frivillig form (Grönwall & Holgersson 2014; Kindström Dahlin 2014). Enligt 2 § LPT är syftet med tvångsvården för den enskilde patienten att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Vid bedömning av patientens vårdbehov enligt 3 § LPT ska det även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller hälsa.

Psykiatrisk tvångsvård kan ges antingen som sluten tvångsvård eller öppen tvångsvård. För sluten tvångsvård krävs enligt 3 § första punkten LPT att patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning. För öppen tvångsvård krävs enligt 3 § andra punkten att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Syftet är att kunna anpassa nivån på tvångsinsatser till varje enskild patients behov. I 26 § LPT anges att villkoren bestäms av en förvaltningsdomstol som dock får överlämna åt chefsöverläkaren att

besluta om villkoren. Villkoren kan till exempel avse skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling, skyldighet att vistas på hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten, vistelseort, bostad, utbildning eller arbete samt förbud att använda berusningsmedel. Även andra villkor får föreskrivas, beroende av patientens behov. Villkoren ska avse den medicinska och sociala rehabiliteringen men anger dock endast vad patienten ur ett tvångsvårdsperspektiv måste göra eller inte får göra (Prop. 2007/08:70 s. 111).

Vid tiden för införandet av den nya lagstiftningen hade det sedan många år tillbaka funnits en diskussion kring användandet av permissioner för tvångsvårdade personer, vilka ofta tilläts fortgå under lång tid, trots att det egentligen saknades lagstöd för det. I lagens förarbeten konstateras att detta speglar ett behov av ett mer flexibelt permissions- och utslussningssystem, och att det behövs nya regler som bättre möter upp mot patienternas rätt till en lyckad utslussning (Prop. 2007/08:70 s. 69f, 74, 75, 76, 79). Sett ur utslussningssynpunkt kan den nya vårdformen alltså sägas tillgodose samma syfte som tidigare praxis med längre permissioner, det vill säga att förbereda vårdens upphörande. Utöver detta menar lagstiftaren att den nya tvångsvårdsformen behövs för de patienter som inte längre har oundgängligt behov av vård på sjukhus men som fortfarande behöver tvångsvård. I många fall handlar det, enligt lagstiftaren, om att patienterna inte klarar av att medicinera på egen hand. Med öppen tvångsvård kan patienter under kontrollerade former få hjälp att ta sin medicin också utanför sjukvårdsinrättning under längre tid än tidigare och därmed skulle många slippa återintagning. Detta, skriver lagstiftaren, skulle minska den totala vårdtiden (Prop. 2007/08:70 s., 76, 103).

Autonomiperspektiv på öppen psykiatrisk tvångsvård

I den första delen av avsnittet analyseras den första paradoxen utifrån ett medicinsketiskt respektive ett liberalt perspektiv på autonomi. Därefter analyseras den andra paradoxen utifrån proceduriella respektive substantiella rekvisit för autonomi.

Öppen tvångsvård innebär både mer och mindre autonomi

Lagstiftaren anger i förarbetena en rad motiv till den nya tvångsvårdsformen. Den ska ersätta en gammal praxis med långa permissioner (Prop. 2007/08:70 s. 69f, 74, 78, 90), den ska vara ett flexibelt utslussningsverktyg (s. 69, 75, 76), den ska ge en möjlighet att tvångsvårda personer som behöver tvångsvård men inte behöver vårdas på sjukhus (s. 75, 90) och slutligen ska den nya tvångsvårdsformen förhindra återintagningar (s. 69f., 76, 79). När det gäller de patienter som tidigare varit på permission under en lång tid handlar det snarast om att formalisera en klinisk praxis, som

visserligen inte haft rättsligt stöd men som varit välkänd. De patienterna har alltså redan tidigare tvångsvårdats, trots att de inte borde ha gjort det. De patienter som lagstiftaren beskriver som ”patienter som inte längre har ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning, men som ändå har ett fortsatt behov av tvångsvård” (Prop. 2007/08:70 s. 90) är personer som inte omfattas av den tvångsvårdslagstiftning som rådde vid tidpunkten. I propositionen skriver lagstiftaren att det visserligen innebär att de totala vårdtiderna för vissa patienter kan komma att förlängas. Men ”å andra sidan innebär den nya vårdformen att chefsöverläkaren kan välja en mindre ingripande vårdform under pågående tvångsvård, vilket med stor sannolikhet leder till att vårdtiderna inne på sjukvårdsinrättning kan förkortas för vissa patienter” (Prop. 2007/08:70 s.76). Så genom att införa en ny tvångsvårdsform förväntar sig lagstiftaren att vårdtiderna både kortas och förlängs – men det sistnämnda konstrueras inte som något nödvändigtvis negativt. Hur kan öppen psykiatrisk tvångsvård konstrueras som både mer autonomi och mindre autonomi – samtidigt? Jag menar att anledningen till denna till synes paradoxala konstruktion är att lagstiftaren förhåller sig till två olika perspektiv på autonomi – ett liberalt perspektiv och ett medicinsk-etiskt perspektiv – vilket jag visar i följande avsnitt.

I ett liberalt idéperspektiv syftar tvångsvårdslagstiftning generellt bland annat till att rättfärdiga när individens rätt till autonomi får inskränkas, vilket framför allt berör förhållandet mellan individen och staten. Här har lagstiftaren att förhålla sig de rättigheter som alla tillförsäkras genom den svenska regeringsformen (1974:152) och lagen om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (1994:1219). Grundprincipen är att människor generellt har rätt till autonomi. Tvångsvård ska alltså ses som ett undantag och varje inskränkning i personens handlingsfrihet är negativ och dessa inskränkningar behöver regleras noggrant.

I ett medicinsk-etiskt perspektiv är autonomi inte en rättighet som individen har utan en eftersträvansvärd princip som sjukvårdspersonalen har att förhålla sig till. Det betyder att autonomiprincipen kan användas även för att motivera situationer då autonomi inskränks om det handlar om att öka eller skydda patientens autonomi i framtiden. Ur ett sådant perspektiv kan paternalism rättfärdigas om personen handlar på ett sätt som kan hota dennes framtida autonomi. Det kan då vara berättigat att inte respektera en persons autonoma önskan eller handling vid ett tillfälle om det leder till att ökad autonomi totalt. Det kan kallas för paternalism i autonomins namn (Sjöstrand et al. 2013). Med ett medicinsk-etiskt perspektiv kan öppen psykiatrisk tvångsvård alltså bidra till ökad autonomi, till exempel för de patienter som visserligen får längre vårdtider i det korta perspektivet men som slipper återintagningar på längre sikt. Minskad autonomi vid ett tillfälle kompenseras så att säga med ökad autonomi vid ett annat tillfälle.

Autonomiprincipen är en av fyra moraliska principer, som visserligen är viktig men som också kan överges till förmån för andra medicinsk-etiska principer som bedöms väga tyngre i den specifika situationen. Det betyder att autonomi kan ställas mot andra värden, som till exempel att göra gott enligt godhetsprincipen. En ny tvångsvårdsform som utökas till fler grupper och ger längre vårdtider kan till exempel ställas mot värden som en flexibel och individanpassad utslussning för patienten. Själva grundantagandet för öppen psykiatrisk tvångsvård verkar också vara att patienten själv tjänar på att vistas i samhället framför att vistas på sjukhus. Vinsten i hur mycket "gott" man kan göra för patientens hälsa och livskvalitet förutsätts vara så stor att den kan motivera inskränkningar i patientens autonomi, i form av självbestämmande och integritet:

De inskränkningar av självbestämmande, integritet och värdighet som nu nämnda villkor innebär för en patient måste vägas mot de positiva effekter som kan uppstå för patientens hälsa och livskvalitet när han eller hon ges vård ute i samhället i stället för på sjukvårdsinrättningen (Prop. 2007/08:70, s. 76).

Över huvud taget kretsar propositionen mycket kring de potentiella fördelar som förväntas uppnås för den enskilde genom den nya lagstiftningen. Patientens behov av vård och rehabilitering står i centrum, och den nya tvångsvårdsformen ska bland annat ge bättre förutsättningar för en "individanpassad utslussning och rehabilitering" till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen, hälso- och sjukvården ska "tillgodose patientens behov av vård och rehabilitering", hälso- och sjukvården ska tillsammans med socialtjänsten bedriva "ett aktivt rehabiliteringsarbete med utgångspunkt i patientens behov" och den enskilde ska "ges en god vård samt stöd- och serviceinsatser som är anpassade efter hans eller hennes behov".

Resonemang kring tvångsvård där godhetsprincipen ges företräde över autonomiprincipen syns också i förarbetena till LPT. Enligt lagstiftaren "kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om den vederbörande motsätter sig det. [...] Att slopa varje möjlighet till psykiatrisk tvångsvård skulle innebära att vi avsäger oss möjligheter att hjälpa människor i svårt utsatta situationer. Detta skulle strida mot grundläggande solidaritet och medmänsklighet" (Prop. 1990/91:58, s. 64f). Med en sådan utgångspunkt har alltså staten en medmänsklig förpliktelse att använda tvångsvård i vissa fall. Tvångsvård motiveras framför allt utifrån att det är för den enskilde patientens bästa. Vårdbehovskriterium, till skillnad från farlighetskriterium, bygger på att patientens behov av vård ibland kan sägas väga så tungt att det är nödvändigt att tillgodose detta behov genom att inskränka patientens autonomi (Richardson 2007; Salize et al. 2002; Tännjö 2004). Den svenska rätten har generellt inte heller någon lång rättighetstradition, och även om LPT kan

sägas vara baserad på rättigheterna i grundlagen så ligger fokus i den rättsliga prövningen sällan på rättigheter utan i stället kontrollerar domstolen om de rättsliga förutsättningarna är uppfyllda (Kindström Dahlin 2014).

Öppen tvångsvård innebär att autonoma individer tvångsvårdas till autonomi

Olika perspektiv på autonomi ger alltså olika sätt att motivera tvångsvård, olika mål för hur man bör handla och öppnar för olika grader av paternalism. Ur ett liberalt perspektiv är det en förutsättning att avgöra vem som är autonom eftersom endast mjuk paternalism är försvarbart. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv blir frågan om patientens ställning som autonom och icke-autonom mindre viktig eftersom autonomiprincipen inte självklart har företräde framför andra principer, och eftersom autonomi vid olika tidpunkter kan ställas mot varandra (Richardson 2007; Salize et al. 2002). Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv kan man också hävda att tvångsvård kan främja autonomi eftersom syftet är att återupprätta autonomi. Hård paternalism är alltså inte självklart något dåligt i sig (se t.ex. Breeze 1998; Sjöstrand & Helgesson 2008).

I den svenska psykiatrilagstiftningen finns inget krav på bristande beslutskompetens, och beslutskompetens är inte heller definierad i svensk rätt. Däremot krävs enligt 3 § LPT att patienten motsätter sig vården eller att det till följd av patientens tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. I motiven till LPT uttalas att det i princip inte är möjligt att tvångsvårda någon som ger ett grundat samtycke till nödvändig vård (Prop. 1990/91:58 s. 99f., Prop. 1999/2000:44 s. 65). En sådan konstruktion ska tolkas som att den svenska lagstiftaren utgår ifrån att en individ som lider av en allvarlig psykisk störning inte automatiskt är oförmögen att bestämma över sin egen vård, tvärtom är ju patientens inställning till vården avgörande för om tvångsvård kan bli aktuell (Kindström Dahlin 2014). Tillägget i 3 § tredje stycket LPT "eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke" bygger på lagstiftarens konstaterande att det finns patienter som ska hänföras till en särskild kategori, vilkas samtycke inte kan godtas (Prop. 1999/2000:44 s. 64f.). Utgångspunkten i lagstiftningen är alltså att personer med allvarlig psykisk störning kan besluta om sin egen vård och behandling och att deras inställning till vården är avgörande för att den ska komma till stånd. Vid tvångsvård motiverat av vårdbehov skulle det alltså vara fråga om så kallad hård paternalism – godhetsprincipen ges företräde framför autonomiprincipen. Samtidigt anges syftet med tvångsvården vara att sätta patienten "i stånd att medverka till fortsatta stöd och behandlingsinsatser i frivilliga former" (Prop. 1999/2000:44 s. 32). Formuleringen ter sig något problematisk om utgångspunkten är att personen är

autonom och alltså redan är "i stånd" att ta ställning till vården. Personen är alltså autonom, men ska också bli det genom tvångsvård.

Den här paradoxen kan förklaras genom att lagstiftaren förhåller sig till två olika uppsättningar med kriterier för autonoma beslut. Lagstiftarens uttalanden om att personer som kan bli föremål för tvångsvård ska förutsättas vara autonoma tycks utgå ifrån proceduriella kriterier, det vill säga att individerna förutsätts ha kapacitet för autonomi. Men samtidigt som man i förarbetena betonar att patienten som utgångspunkt har förmåga att ta beslut om vården är det inte alla patientens beslut som ska respekteras. Om patienten beslutar sig att ta emot vård så respekteras valet, om beslutet är att inte ta emot vård så respekteras det inte. I praktiken bedöms autonomi alltså i förhållande till behandlande läkares bedömning av utfallet av ett visst val, och det råder alltså inte symmetri mellan bedömningen av personens autonomi i förhållande till olika val (jfr Nilstun & Syse 2000; Richardson 2002). Det handlar i stället om en kvalitativ bedömning av innehållet i valet, och det är just detta innehåll som ska förändras genom att personen ska bli i stånd att frivilligt medverka till vård. Formuleringen "i stånd" signalerar att valet att avstå vård grundar sig i en brist eller en oförmåga. När patienten blir i stånd att välja att ta emot vård frivilligt har oförmågan avhjälpts. Implicit i lagens formulering finns alltså utgångspunkten att det inte kan vara patientens autentiska önskan att avstå vård. I stället ska tvångsvård användas för att underlätta för individen att ta autentiska och därmed autonoma beslut. En sådan inställning är alltså ett uttryck för en substantiell syn på autonomi (Christman 2005). Sammanfattningsvis kan man säga att lagstiftaren utgår ifrån att individen uppfyller kompetensrekvisiten för autonomi, men om individen väljer att inte ta emot vård uppfyller denne inte autenticitetsrekvisiten. Den psykiatriska tvångsvården syftar till att återupprätta patientens autentiska vilja – att ta emot vård. När patienten återfått förmågan och blir i stånd att ta emot vård frivilligt återfår denne också rätten att ta autonoma beslut, genom att tvångsvården upphör.

För öppen psykiatrisk tvångsvård specifikt tillkommer ytterligare en dimension i förhållande till samtyckesrekvisiten. Här krävs, som tidigare beskrivits, att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Den psykiatriska behandlingen får dock inte genomdrivas med tvångsåtgärder² och återintagning får inte ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits. För att en patient ska kunna återintas till slutet tvångsvård krävs att denne åter igen uppfyller kraven för slutet tvångsvård. Trots namnet är öppen tvångsvård alltså inte förenat med något lagstadgat tvång. Tvärtom förutsätts läkare och patient enligt förarbetena

2 Tvångsåtgärder är sådana åtgärder som kan vidtas mot patientens vilja under pågående slutet tvångsvård. Vilka tvångsåtgärder som får användas regleras i lagstiftningen. Det handlar till exempel om medicinering, fastspänning och avskiljning.

i stora delar vara överens om innehållet i de insatser som ska ges. Lagstiftaren menar att anledningen till att patienten behöver uppfylla vissa villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård snarast handlar om risken för att en pågående positiv process med behandling eller sysselsättning ska avbrytas, än att patienten inte själv önskar delta i den aktuella behandlingen eller sysselsättningen (Prop. 2007/08:70 s. 86). Det är alltså så att det är ett rekvisit för tvångsvård att patienten motsätter sig vården, och målet är att denne frivilligt ska ta emot vård. Samtidigt är det i praktiken en förutsättning för öppen tvångsvård att patient och läkare är överens om innehållet i vården. Patienten är alltså autonom enligt både proceduriella och substantiella kriterier för autonomi. Annorlunda uttryckt kan man säga att öppen tvångsvård förutsätter att patienten uppfyller även autenticitetsrekvisiten genom att denne i stora delar samtycker till vården. Men eftersom syftet med tvångsvården är att återupprätta just den autentiska viljan genom att patienten blir i stånd att frivilligt ta emot tvångsvård är autonomikraven för öppen tvångsvård uppfyllda *samtidigt* som autonomikraven för vårdens upphörande också är uppfyllda.

Att definitionen för en autonom agent är oklar i förhållande till samtyckesrekvisiten är alltså inte problematiskt i sig. Motiven för att inskränka autonomi i förarbetena är ju oberoende av huruvida patienten är autonom eller ej. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv är både mjuk och hård paternalism godtagbar eftersom godhetsprincipen kan ges företräde framför autonomiprincipen. Däremot är det problematiskt att lagstiftningen av öppen psykiatrisk tvångsvård i praktiken bygger på att patienten samtidigt både motsätter sig vården, eftersom det är en rättslig förutsättning för tvångsvård, och frivilligt medverkar till den, eftersom vården inte går att genomföra med tvång. Jurister har också påpekat att det är oklart hur frånvaron av tvångsmedel ska tolkas. Om tvång används för att genomdriva vården skulle det strida mot regeringsformen och Europakonventionen eftersom tvånget inte är stipulerat i lag. Om tvång inte behöver användas för att patienten samtycker innebär det å andra sidan att kraven för vårdens upphörande är uppfyllda. Avsaknad av samtycke och avsaknad av tvång kan ses som två motstridiga krav för en lagenlig tillämpning av lagstiftningen (Gustafsson 2013; Vahlne Westerhäll 2013).

Avslutande diskussion

Den här studien bygger på en analys av den rättsliga konstruktionen av öppen psykiatrisk tvångsvård och dess implicita autonomidefinition. När öppen tvångsvård ur ett medicinsk-etiskt perspektiv i lagstiftningen och dess förarbeten framställs som något som ökar autonomi utgår man ifrån att det är den psykiska störningen i sig som begränsar autonomi. Denna nedsatta autonomi ska sedan avhjälpas med tvångsvård. Men, när man i debatten talar om öppen tvångsvård som något som

ökar eller minskar autonomi kompliceras argumentationen av att man ofta jämför öppen tvångsvård med olika saker. Ibland sägs öppen tvångsvård till exempel vara ett mindre ingripande alternativ till sluten tvångsvård. Det är rent rättsligt inte en korrekt jämförelse. En patient som vårdas med tvång i öppenvården uppfyller per definition inte kriterierna för sluten tvångsvård. Om man däremot tittar på den praktiska tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård är det kanske mer rimligt att se öppen tvångsvård som ett alternativ till sluten tvångsvård. De patienter som vårdas med tvång i öppenvården är i stor utsträckning samma grupp som tidigare i strid mot lagens rekvisit tvångsvårdades inom slutenvården men som befann sig på långa permissioner (Socialstyrelsen 2009, 2010). I förhållande till den faktiska tillämpningen, där öppen tvångsvård i praktiken verkar fungera som ett alternativ till sluten tvångsvård, skulle det kunna vara ett mindre ingripande alternativ.

Öppen psykiatrisk tvångsvård är visserligen en helt ny konstruktion i svensk rätt men är samtidigt en tvångsvårdsform som delvis har motsvarigheter vid annan tvångsvård. Så kallade mellanvårdsformer, som "hemmaplanslösningar" för barn och ungdomar som vårdas enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU, eller § 27-vistelse³ vid vård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, är sådana exempel. En principiell skillnad mellan öppen psykiatrisk tvångsvård och de andra två är dock att det explicita syftet för de två senare är att fungera som mindre ingripande alternativ under pågående vård (se t.ex. Reitan 2016). Om detta motsvaras av de autonomidefinitioner som respektive lagar bygger på är en spännande fråga för framtida forskning att besvara.

LPT är både en vårdlag och en tvångslag. I tvångsvårdssituationen är individen samtidigt både rättssubjekt, det vill säga föremål för statens maktutövning, och patient, det vill säga föremål för vård och omsorg. Rättsstatliga ideal och vårdideologiska ideal är närvarande samtidigt. Det ligger så att säga i tvångsvårdslagstiftningens natur. Syftet med den här texten har inte varit att ta ställning för det ena eller andra autonomiperspektivet utan att klargöra de implicita normativa ställningstaganden som ligger till grund för den situation när samhället inskränker enskilda individers frihet. Dels för att det är en viktig rättssäkerhetsaspekt att alla medborgare kan förstå på vilka grunder tvångsvården sker. Dels för att olika perspektiv ger olika implikationer. En sak som är viktig att påpeka är därför att när godhetsprincipen ges företräde framför autonomiprincipen eller när autonomi inskränks vid ett tillfälle för att öka den vid ett annat, så förutsätter det att inskränkningen av autonomi faktiskt ger ett annat värde, något gott eller mer autonomi i framtiden, som väger tyngre än inskränkningen

3 § 27 första stycket i LVM lyder: "Statens institutionsstyrelse skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form."

av patientens autonomi i dag. Det bygger alltså på att tvångsvården i någon bemärkelse faktiskt fungerar. I dagsläget finns internationellt ungefär ett femtiotal icke-randomiserade studier, tre randomiserade kontrollerade studier (Burns et al. 2013; Steadman et al. 2001; Swartz et al. 1999), två systematiska översikter (Churchill et al. 2007; Maughan et al. 2014), en Cochrane-översikt (Kisely, Campbell & O'Reilly, 2017) och två metaanalyser (Kisely et al. 2007; Kisely & Hall, 2014) där man undersöker utfallet av öppen psykiatrisk tvångsvård. Eftersom utfallsmåtten skiljer sig åt mellan olika studier, de lagar som reglerar tvång i öppenvården ser olika ut i olika jurisdiktioner och studierna är utförda i olika välfärdsstatliga kontexter, kan det vara svårt att säga något säkert om resultaten. Men de resultat som finns pekar på att tvång i öppenvården inte ger några positiva effekter. Det finns i dag alltså inget vetenskapligt stöd för att öppen psykiatrisk tvångsvård fungerar. Mot bakgrund av den kunskapen är det svårt att se vilket värde som tillförs som väger tyngre än patientens autonomi. Ur ett medicinsk-etiskt perspektiv är det helt enkelt inte etiskt försvarbart att tvinga patienter till något som inte fungerar.

Referenser

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. L. (2009) *Principles of biomedical ethics. Sixth edition*. New York: Oxford University Press.
- Breeze, J. (1998) Can paternalism be justified in mental health care? *Journal of Advanced Nursing*, 28(2): 260–265.
- Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J., Priebe, S. (2013) Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET). A randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878): 1627–1633.
- Christman, J. (2005) Procedural autonomy and liberal legitimacy. I: J. S. Taylor (red.) *Personal autonomy. New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 277–298.
- Christman, J. (2015) Autonomy in moral and political philosophy. I: E. N. Zalta (red.) *Stanford encyclopedia of philosophy*. [<https://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/autonomy-moral>]
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S. & Hotopf, M. (2007) *International experiences of using community treatment orders*. UK Department of Health.
- Dawson, J. (2006) Fault-lines in community treatment order legislation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6): 482–494.
- Edgley, A., Stickley, T. & Masterson, S. (2006) Whose right? *Journal of Mental Health*, 15(1): 35–42.
- Gillon, R. (2003) Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be "first among equals". *Journal of Medical Ethics*, 29(5): 307–312.
- Gooding, P. (2016) From deinstitutionalization to consumer empowerment. Mental health policy, neoliberal restricting and the closure of the "big bins" in Victoria. *Health Sociology Review*, 25(1): 33–47.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2014) *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. Stockholm: Norstedts Juridik.

- Gustafsson, E. (2013) Öppen psykiatrisk tvångsvård. En tvivelaktig rättsfigur. I: K. Ketscher, K. Lilleholt, E. Smith & A. Syse. (red.) *Velferd och retferd. Festskrift til Asbjørn Kjøenstad 70 år*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Gustafsson, H. (2005) Taking social rights seriously (I). Om sociala rättigheters status. *Tidsskrift for Rettsvitenskap*, 118(04–05): 439–490.
- Høyer, G. (2000) On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(399): 65–71.
- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M. & Syse, A. (2002) Paternalism and autonomy. A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2): 93–108.
- Kindström Dahlin, M. (2014) *Psykiatrirätt. Intressen, rättigheter & principer*. Diss., Stockholms universitet. Stockholm: Jure.
- Kisely, S., Campbell, L. A. & O'Reilly, R. (2017) Compulsory treatment and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Kisely, S., Campbell, L. A., Scott, A. & Preston, N. J. (2007) Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use. Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(1): 3–14.
- Kisely, S. & Hall, K. (2014) An updated meta-analysis of randomized controlled evidence for the effectiveness of community treatment order. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10): 561–564.
- Litins'ka, Yana (2018) *Assessing capacity to decide on medical treatment. On human rights and the use of medical knowledge in the laws of England, Russia and Sweden*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Markström, U., Sandlund, M. & Lindqvist, R. (2004) Who is responsible for supporting long term mentally ill persons? Reforming mental health practices in Sweden. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(2): 51–64.
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2014) A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4): 651–663.
- McSherry, B. & Weller, P. (2010) Rethinking rights-based mental health laws. I: B. McSherry & P. Weller (red.) *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishing, 3–10.
- Mill, J. S. (2009) *Om friheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Nilstun, T. & Syse, A. (2000) The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10(399): 31–34.
- Owen, G. S., Freyenhagen, F., Richardson, G. & Hotopf, M. (2009) Mental capacity and decisional autonomy. An interdisciplinary challenge. *Inquiry*, 52(1): 79–107.
- Proposition 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård, m. m.*
- Proposition 1999/2000:44. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
- Proposition 2007/08:70. *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.*
- Reitan, T. (2016) Commitment without confinement. Outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, (45): 60–69.
- Richardson, G. (2002) Autonomy, guardianship and mental disorder. One problem, two solutions. *The Modern Law Review*, 65(5): 702–723.
- Richardson, G. (2007) Balancing autonomy and risk. A failure of nerve in England and Wales? *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(1): 71–80.
- Rugkåsa, J. (2016) Effectiveness of community treatment orders. The international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1): 15–24.

- Salize, H. J., Dreßing, H. & Peitz, M. (2002) *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients: Legislation and practice in EU-member state*. European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General.
- SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*.
- SFS 1990:52. *Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga*.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*.
- SFS 2011:109. *Regeringsform*.
- SFS 2014:821. *Patientlag*.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Sjöstrand, M., Eriksson, S., Juth, N. & Helgesson, G. (2013) Paternalism in the name of autonomy. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 38(6): 710–724.
- Sjöstrand, M. & Helgesson, G. (2008) Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, 22(2): 113–120.
- Sjöström, S., Zetterberg, L. & Markström, U. (2011) Why community compulsion became the solution: Reforming mental health law in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6): 419–428.
- Socialstyrelsen (2009) *En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010) *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Steadman, H. J., Gounis, K., Dennis, D., Hopper, K., Roche, B., Swartz, M. & Clark Robbins, P. (2001) Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric Services*, 52(3): 330–336.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, R., Burns, B. J., Hiday, V.A. & Borum, R. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*. 156(12): 1968–1975.
- Tännsjö, T. (2004) The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *Law, Ethics and Medicine*, 30: 430–434.
- Vahlne Westerhäll, L. (2013) Tvång, proportionalitet och likhet vid öppen psykiatrisk tvångsvård. Är lagstiftningen om öppen tvångsvård rättssäker? *Juridisk Tidskrift*, 24(4): 827–844.
- Zetterberg, L., Markström, U. & Sjöström, S. (2016) Translating coercion policy into inter-organisational collaboration. The implementation of compulsory community care for people with mental illness. *Journal of Social Policy*, 45(4): 655–671.
- Zetterberg, L., Sjöström, S. & Markström, U. (2014) The compliant court. Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6): 543–550.

CALL FOR PAPER

Välkomna att skicka in bidrag till nästa specialnummer

I PANDEMINS SPÅR

– Socialvetenskapliga perspektiv på Covid-19

Covid-19-pandemin överraskade världen. Det som började som ett till synes småskaligt utbrott i en provins i Kina utvecklades snabbt globalt och definierades som en pandemi i mars 2020. Covid-19 har spridit sig och fall konstaterats i nästan alla världens länder under våren och sommaren 2020.

Covid-19 utgör ett hot och utmaning eftersom det är ett helt nytt virus. Vid utbrottets början fanns ingen kunskap om denna typ av coronavirus. Kunskapsinhämtandet har emellertid gått snabbt och forskning pågår intensivt inom många discipliner och områden.

I en globaliserad värld har Covid-19 inneburit att många drabbade länder stängt gränser och försökt skydda sin befolkning genom isolering. Lockdown infördes till att börja med i Kina och följdes därefter av allt fler länder och har nu kommit att bli den standardlösning som drabbade länder väljer. Lockdown genomförs i olika modeller, med mer eller mindre hårda krav på medborgare att hålla sig hemma. Retoriken blev allt kraftigare när politiker sökte motivera befolkningen att följa restriktioner som exempelvis förbud att lämna hemmet med mindre än ett dokument som intygade syftet. Emmanuel Macron förklarade "vi är i krig" när han utfärdade dekretet om att stänga Frankrike. Polis och militär har patrullerat gator i många städer för att se till så isoleringen upprätthålls.

Effekter av nedstängningen av samhällen är många, och vissa syns omedelbart medan andra kommer att visa sig längre fram. Det är redan omtalat i Sverige hur påfrestande isoleringen upplevts av äldre. Det finns indikationer på ökat våld i hemmet, inte minst mot kvinnor och barn, liksom ökad suicidfrekvens. Sjukvården noterade en 30-procentig minskning av vårdsökande för allvarliga hälsotillstånd som hjärtinfarkt och stroke, men även upptäckter av misstänkta knölar. Många planerade operationer och annan form av behandlingar har ställts in eller skjutits fram i tiden.

I Covid-19:s spår har vi sett ett excellerande i nationell statistik och jämförelser mellan länder i alla typer av media. Allt har jämförts men ofta utan kvalitetssäkrat underlag, rigorösa definitioner och sakliga grunder.

Vi kan notera att mitt i Covid-19 pandemin växer nationalismen över hela världen, och inte bara genom mer och fler gränser. Länder jämförs och regeringar jämför sig och måttet på hur bra de bekämpar pandemin är antalet avlidna Covid-19-patienter (om det är en direkt följd av Covid-19 eller av andra orsaker är ofta höljt i dunkel). Coronaviruset är en inkräktare från andra länder med potential att göra den egna befolkningen sjuk, och hotet från "De Andra" förstärks, vilket inte minst personer som bor på andra sidan en nationsgräns har fått erfara.

Även om liknande epidemier har inträffat tidigare som fallet är med sars, ebola och svininfluensaepidemin, menar forskare, politiker, ekonomer, m.fl. att storleken och den ekonomiska effekten av Covid-19-pandemin är den i särklass allvarligaste. Covid-19 pandemin är en händelse som vissa experter jämför med den stora depressionen 1929 och finanskrisen 2007-2008 i termer av dess inverkan på ekonomin nationellt och globalt med många socioekonomiska konsekvenser. Flera forskare har redan konstaterat att pandemin har förvärrat den ekonomiska ojämlikheten. Samtidigt har Covid-19 också visat på möjligheter för EU såväl som stater att genomföra mycket stora offentliga interventioner i ekonomin. En ekonomisk kris som denna kan komma att skapa bestående förändringar i prefer-

enser och förväntningar hos människor, företag och organisationer.

Det är högst troligt att konsekvenserna av Covid-19-pandemin kommer att vara betydande, utbredda och pågå under lång tid.

Ett exempel på detta är signalerna från Folkhälsomyndigheten och WHO att coronavirus är något vi måste lära oss att leva med för lång tid framöver. Hittills har det haft enorma effekter på samhällen. När vi nu anpassar oss till denna situation bör vi fundera över vad denna pandemi kommer att innebära för samhället.

Vår utgångspunkt är att samhällsvetenskap kan lämna ett viktigt bidrag för att förstå relationen mellan Covid-19 och samhället. Den ackumulerade kunskapen är i nuläget inte tillräcklig för att uppskatta de kortsiktiga och långsiktiga konsekvenserna av Covid-19-pandemin. Men vissa tendenser går redan nu att urskilja som kan bidra till kunskap om vilka sociala utmaningar och möjligheter vi står inför. Socialvetenskaplig tidskrift vill lämna ett bidrag i den riktningen.

När vi i framtiden förhoppningsvis långsamt återgår till någon sorts normalitet kommer både beslutsfattare, praktiker och allmänheten att behöva tillförlitliga kunskaper, däribland från samhällsvetenskaplig forskning.

Temanumret har särskilt fokus på...

Mot denna bakgrund inbjuder vi forskare att skicka in samhällsvetenskapliga analyser om pandemin. Vi välkomnar forskare inom samhällsvetenskap att lämna in sina empiriska eller teoretiska studier i det temanummer som SVT ska publicera. I synnerhet uppmuntrar vi studier som erbjuder en grundlig förståelse av de utmaningar som välfärdsinstitutioner och välfärdsarbetare står inför.

Vi är intresserade av att främja den vetenskapliga diskussionen om effekterna – kortsiktiga och långsiktiga – av Covid-19-pandemin med avseende på samhälleliga utmaningar och sociala problem och hur de kan bemötas. Därför välkomnar vi innovativa bidrag om den

senaste tidens utveckling och de förändringar som samhället på olika nivåer (från det globala till det lokala) för närvarande genomgår.

Vi välkomnar både empirisk forskning och teoretiska och kritiska bidrag från alla samhällsvetenskapliga eller humanistiska discipliner och vi välkomnar förstås tvärvetenskapliga reflektioner.

Syftet med specialnumret är att presentera artiklar som är relevanta för att förstå effekten av krisen som genererats av Covid-19. Vårdförbundet står inför uppgiften att hantera flera nya utmaningar som särskilt hårt drabbat socioekonomiskt svaga och andra sårbara grupper.

**För detta temanummer söker vi exempelvis
paper som tar upp frågor som:**

I vilken utsträckning har pandemin förvärrat befintliga ojämlikheter i ekonomi, välfärd och hälsa? Kommer pandemin att även långsiktigt att leda till ökad ojämlikhet, t.ex. pga. kön eller etnicitet, och socio-ekonomisk exkludering?

Vilka är de hälsorelaterade, sociala och kulturella effekterna av Covid-19-pandemin för olika befolkningsgrupper såsom äldre, barn, minoriteter, låginkomsttagare, arbetslösa, hemlösa?

Vad har Covid-19 visat när det gäller äldreomsorgen? Vilken betydelse och i vilka former har privatiseringen av utförandet av välfärdstjänster och NPM som styrsystem haft på Covid-19-pandemin och dess konsekvenser? Vilka problem har välfärdsserviceens praktik utsatts för av Covid-19-pandemin? Hur har grundläggande mänskliga rättigheter (t.ex. yttrandefrihet, frihet från diskriminering, värnandet av den enskildes privatliv) beaktats under Covid-19-pandemin? Hur har Covid-19-pandemin påverkat utsatta barn och ungdomar? Vad innebär pandemin och åtföljande lockdown för våld i nära relationer? Hur har välfärdsstatens skyddsnet angående vård av barn fungerat under dessa utmanande omständigheter?

Hur har politiken och retoriken förändrats i skuggan av Covid-19?

Vilken inverkan har en ökad nationalism haft på politiken under pandemin? Har motsättningen mellan ökad nationalism i en globaliserad värld blivit tydligare i hanteringen av Covid-19?

Utvärdering av strategin för att hantera Covid-19-pandemin, t.ex. arbeta hemma, stänga skolor och universitet, förbud av besök på äldreboenden, testning m.m. Vilka är riskerna med ett stängt samhälle? Som t.ex. ekonomiska risker, risker för mental hälsa och fysisk hälsa.

Covid-19 som en vetenskaplig kontrovers. Covid-19 och tilliten till myndigheter och vetenskaplig forskning. Myndigheternas arbete och samarbete kring Covid-19.

Granskningsprocess

Manuskript ska utformas i enlighet med tidskriftens författaranvisningar (<https://liu.se/artikel/socialvetenskaplig-tidskrift>).

Alla handlingar måste skickas in med tydlig markering som indikerar att inlämningen av det specifika bidraget är avsett för detta specialnummer. Skicka bidraget till: socialvetenskapligtidskrift@ikos.liu.se

Paper som lämnats in till specialutgåvan kommer att underkastas den normala granskningsprocessen.

Tidsfrist för inlämnande av paper: 28 april 2021

Tidsfrist för det första beslutet: 30 maj 2021

Slutligt beslut om manuskript: 30 november 2021

Vid frågor om specialutgåvan kontakta redaktörerna:

Carin Cuadra: carin.cuadra@mau.se

Kristofer Hansson: kristofer.hansson@mau.se

Dimitris Michailakis: dimitris.michailakis@liu.se

Anders Neergaard: anders.neergaard@liu.se

Vägledning till författarna

Socialvetenskaplig Tidskrift publicerar artiklar, forumartiklar, debattinlägg, bokrecensioner, presentation av aktuella avhandlingar och andra nyheter inom forskningen.

Redaktionen välkomnar manuskript från alla områden inom det socialvetenskapliga forskningsfältet. Manuskripten ska vara skrivna på svenska.

Såväl originalartiklar som forumartiklar refereebedöms av två oberoende personer med hög vetenskaplig kompetens.

Originalartiklarna ska vara teoretiska eller empiriska originalarbeten eller översiktsartiklar av något socialvetenskapligt intresseområde. Dessa artiklar ska innehålla ett svenskt och ett engelskt abstract (max 300 ord vardera) samt en engelsk titel. Artiklarna ska inte överskrida 7800 ord inklusive engelskt abstract, fotnoter och referenser. Den svenska sammanfattningen inkluderas inte i dessa sidor då den enbart används i förhållande till referees.

Forumartiklar: Utöver mer traditionella vetenskapliga artiklar, välkomnar SVT välargumenterade och kritiska/reflekterande essäer och kommentarer kring aktuell forskning, politik, teori och metoder som är relevanta för tidskriftens läsare. Artiklar som publiceras i Forum genomgår samma granskningsförfarande som övriga artiklar, men formen kan vara friare. Texten ska inte överskrida 5000 ord.

Debattinlägg kan gälla teoretiska och metodologiska frågor eller behandla kontroverser inom forskningsfältet, forskningspolitiska frågor m.m. Debattinlägg ska inte överskrida 2500 ord.

Bokrecensioner och presentationer av avhandlingar publiceras vanligen efter överenskommelse med redaktionen. Dessa texter ska inte vara längre än 2000 ord.

Manuskripten ska sändas in i Word-format med e-post till den korresponderande redaktören:
socialvetenskapligtidskrift@ikos.liu.se

Följebrevet ska beröra följande frågor:

- Författarnamn med titel och institutionstillhörighet
- Kontaktuppgifter till korresponderande författare
- Om projektet är etikprövat
- Om liknande manus publicerats eller är under bedömning för annan tidskrift eller förlag
- Kommentarer om huruvida den gjorda anonymiseringen kan försvåra bedömningen av manuskriptets kvalitet

För ytterligare anvisningar om utformning av manuskripten se:

<https://liu.se/artikel/socialvetenskaplig-tidskrift>

Redaktionen påtar sig inte ansvar för manuskripten.

Artiklarna publiceras både i tidskriften och senare elektroniskt.

B**PP**

Sverige, Port Payé

SOCIALVETENSKAPLIG TIDSKRIFT utges av FORSA (Förbundet för forskning i socialt arbete). Tidskriften kommer ut med fyra nummer per år och speglar den vetenskapliga utvecklingen och diskussionen inom hela det sociala området. I tidskriftens redaktion och redaktionsråd ingår kvalificerade forskare från discipliner som socialt arbete, sociologi, psykologi, juridik, statsvetenskap, etnologi, historia och samhällsmedicin. Tidskriften vänder sig såväl till aktiva forskare som till dem som är intresserade av utveckling och kunskapsförmedling inom sociala verksamheter, t.ex. kommuner, landsting eller statliga verksamheter.

FORSA
FÖRBUNDET FÖR FORSKNING I SOCIALT ARBETE

ISSN 1104-1420