

Hur går det egentligen till när metoder sprids och förändras?

Exemplet beteendepåverkande metoder i LSS-verksamhet

Bakgrund

Våren 2008 sände Uppdrag granskning i TV ett program som visade hur olika tvångsåtgärder tillämpades för att påverka beteendet hos utvecklingsstörda personer som erhöll stödinsatser enligt LSS. Programmet väckte uppmärksamhet och den följande debatten kom att fokusera på det legitima i att använda metoder som ”nedläggning”, ”timeout rum” och liknande tvångsåtgärder.

Programmet och debatten handlade således om olika former av tvång med syfte att påverka och förändra beteenden hos dem som tar del av LSS-insatser. Men bakom tillämpningen av dessa metoder skymtade en annan förändring av omsorgsverksamheten för utvecklingsstörda, införandet av ett beteendeförändrande tänkande av vilka de bestraffningsmetoder som användes kan ses som en del.

Visserligen tar, som vi skall se, de allra flesta av dem som förespråkar och menar sig tillämpa ett sådant synsätt avstånd från de rena bestraffningsmetoder som visades i programmet, men när de används är det trots allt med motiv hämtade från detta beteendeförändrande tänkande. På så sätt kan tvångsmetoderna ses som nära förknippade med en mer omfattande förändring av synsättet inom omsorgsverksamheten för utvecklingsstörda. Att en sådan förändring skett är den grundhypotes vi vill belysa i denna rapport.

Den fråga vi ställt oss gäller om och i så fall hur detta synsätt och dessa metoder vunnit insteg i LSS-verksamheten. Om nu en sådan förändring ägt rum, varifrån kommer idéerna? Vilka har aktörerna i denna förändring varit? Har det funnits motstånd mot införandet av metoderna och i så fall från vilket håll? Hur ser de mekanismer som möjliggjort spridningen ut?

Vår undersökning har karaktären av förstudie. Inom ramen för ganska begränsade resurser har vi villat sondera och belysa dessa frågeställningar i syfte att precisera frågeställningar för fortsatt forskning.

Vårt syfte har inte varit utvärderande. Vi söker undvika att värdera den utveckling vi vill analysera. Vårt fokus är på det vi kallar ”beteendeförändrande metoder” mer

generellt, inte enbart på de tvångsåtgärder som kom att utgöra centrum för TV programmen och den efterföljande debatten.

Metod

Undersökningen har genomförts i två kommuner, en större länshuvudstad och en medelstor kommun i samma län. Som datainsamlingsmetod användes kvalitativa intervjuer med nyckelaktörer på olika nivåer i organisationen. Informanterna har identifierats genom snöbollsurval, där vi har låtit de först intervjuade personerna tipsa oss om andra personer de känner till och uppfattar som centrala i det händelseförlopp vi studerar. Samtidigt styrdes detta urval av en ambition att få informanter med olika positioner i förhållande till verksamheten. Tillvägagångssättet innebär att vårt urval inte är ett sannolikhetsurval, varför våra resultat inte i statistisk mening är representativa för anställda i de två kommunerna (Rosengren & Arvidsson 2002). Syftet har varit att skaffa en bild av spridningsförlopp och spridningsmekanismer, inte att göra en representativ attitydstudie.

Sammanlagt genomfördes 17 intervjuer med 21 personer (i några intervjuer medverkade två informanter och i ett fall var det fråga om en gruppintervju med tre personer). Elva av intervjuerna gjordes med kommunalt anställd personal i länshuvudstaden. Merparten av dess var chefer på mellannivå, men även personal i olika verksamheter har intervjuats. I den medelstora kommunen intervjuades fyra chefer på mellannivå. En gruppintervju har dessutom genomförts med personal på länsstyrelsen och två intervjuer med personal på länshabiliteringen. Dessutom har en företrädare för det lokala HSO (Handikappförbundens samordningsorgan) intervjuats.

Intervjuerna spelades in på band och transkriberades. Utskrifterna analyserades med stöd i ett kodningsförfarande, där kategorierna snarast hade karaktären av i intervjuerna återkommande teman och i mindre utsträckning var teoretiskt härledda.

Vi har, inom ramen för denna förstudie inte haft möjlighet att systematiskt stämma av vad våra informanter sagt genom att analysera dokument med relevans för spridningsförloppet. Vår beskrivning tar fasta på de fakta om vilka fler informanter varit eniga. I ett större projekt skulle det vara fruktbart att också söka spåra hur

spridningsförloppet eventuellt gjort avtryck i sådant som formella beslut, måldokument och liknande.

Vad är beteendeförändrande metoder?

Vårt intresse knöts till metoder som medvetet inriktas på att åstadkomma förändringar i utvecklingsstörda personers beteenden. Mer än så ville vi inte precisera vårt syfte inledningsvis. Tanken var att informanterna själva skulle reagera på begreppet ”beteendeförändrande metoder” och ge oss en beskrivning av hur de uppfattade detta. Några informanter reagerade kritiskt mot vårt användande av detta begrepp och menade att det lät alldeles för manipulativt och inte rättvisande beskrev det positiva i att man strävade mot att hjälpa klienterna till en ökad självständighet och därigenom möjliggöra ett ökat samhällsdeltagande utvecklingsstörda.

Merparten hade dock inget besvär med att acceptera termen och gav oss också beskrivningar av vilka metoder de menade fångades in av begreppet. Dessa beskrivningar var dock av mycket varierande karaktär.

De allra flesta menade att de metoder det handlade om var tillämpningar av KBT (Kognitiv Beteende Terapi). Men när det gäller vad som är det centrala i KBT varierade svaren påtagligt.

I en snäv mening beskrevs metoden som en tillämpning av beteendeanalys, där man genom noggrann kartläggning av en individs beteenden, ofta med fokus på sådana som man betraktar som icke önskvärda sådana, identifierar vilka förstärkare som kopplas till dem. På basis av en sådan analys utarbetas ett systematiskt program i syfte att med hjälp av positiv och negativ respons påverka beteendet i önskad riktning (Wadström 2004). Några informanter underströk att detta snarare var en form av ”tillämpad beteendeanalys” än KBT.

Forskaren (F): Du säger att ni arbetar med KBT, kallar du det här sättet att jobba...

Informanten (I): Ja, eller tillämpad beteendeanalys kanske är ett bättre uttryck. Därför att vi jobbar ju efter beteende analysens steg. Men jag menar det är ju KBT. Kognitiv Beteendeterapi, det är liksom

huvudinriktningen, alltså. I KBT så har vi ju en stor, för mig är det ju en stor verktygslåda, där du kan hämta olika metoder.

Andra informanter var mindre noga med att betona själva beteendeanalysen utan beskrev metodens kärna som baserad på en positiv människosyn där man utifrån inlärningspsykologiska principer vill förstärka positiva beteenden.

I: Nej, vi gör inga beteendeanalyser, men däremot så gör vi det vi kallar för att ta reda på barnets förstärkare. Vad är det som är förstärkare för det här barnet. Vad tycker det här barnet om. Och då är det bra om det är så att vi ska göra en insats på något vis. För då vet man vad man ska använda. Och förhållningssättet använder vi hela tiden. Att förstärka det positiva. Och då behöver vi veta vad som är positivt för det här barnet.

....

F: Hur har verksamheten förändrats?

I: Det vi möjligen har förändrat beteendet på det tycker jag är förhållningssättet hos personalen. Det tycker jag är förändrat.

F: I vilken riktning då?

I: Att man är mycket mera medveten om vilken påverkan man har som personal. Att det är viktigt att man tänker på det och att man kan bidra till negativa saker genom sitt beteende. Och man kan också medverka till att personerna får bättre, vad ska jag säga, livskvalitet och ett bättre liv i det dagliga om man tänker på ett annat sätt att uppmärksamma dom här positiva sakerna hos personen. Jag tycker att det har varit väldigt mycket fokus på det som har varit negativt tidigare. Det måste jag tycka. Och sen långt tillbaka också att det man prata om var det som personerna inte kunde. Eller som dom gjorde fel och tokigt. Medan jag tycker att perspektivet har ändrat sig att man åtminstone med den utgångspunkt som har varit i det här paketet som vi har kört här. Utbildningen har fokuserat väldigt mycket på att se möjligheter och positiva saker. Att fånga personernas egen uppfattning om vad den vill med sitt liv på nåt sätt. Det tycker jag är en stor skillnad.

I ovanstående citat är det inte själva beteendeanalysen i strikt mening som beskrivs, snarare ett allmänt synsätt som betonar såväl medvetenhet om att man som personal faktiskt påverkar de utvecklingsstörda, vare sig man är medveten om det eller ej, och att det för brukarnas skull är viktigt att skapa en medvetenhet om detta. Kanske kan man formulera det så att man är mer upptagen av ett positivt synsätt än tillämpningen av en specifik metod. Men också denna ”mjukare” variant medför att man på några

ställen, främst i den mindre kommunen, tillämpar vad som brukar kallas ”teckenekonomi”. De utvecklingsstördas önskvärda beteenden förstärks genom att man får guldstjärnor eller andra symboler som sedan kan bytas in mot t ex biobesök, öl eller något annat som man vet att den utvecklingsstörde värderar positivt.

Åter andra informanter, företrädesvis sådana i mellanchefsposition, var mer upptagna av att metoden innebar en systematik som gav struktur åt arbetet, skapade ordning i en annars ganska kaotisk arbetsorganisation och gav arbetet en tydlig inriktning. En av dem som bidrog till att sprida idéerna i den större kommunen berättar:

I vilket fall så rullade det på i den kommundelen. Där startade vi någonting för att försöka sprida den typen av förhållningssätt och utveckling till andra verksamheter.....

Vi erbjöd insatser till verksamheter som tyckte sig ha problem i utveckling för sina personer. Oftast var det väl där de hade det lite kaosartat. Det vi märkte när vi kom in det var att, den typ av struktur som vi efterlyste, vanlig organisatorisk sund struktur och ordning och reda, den var absolut nödvändig. Och där kan en del av dom problem som vi upplevde att dom hade legat. KBT är strukturerat i sin form och dom som tänker i dom banorna blir enligt min erfarenhet ganska hyfsade organisatoriskt också. De vill ha ordning och reda på saker och ting. Vill följa upp och se till att det blir bra.

Men det är inte bara för personalens och arbetsorganisationens skull som en ökad systematik i arbetet beskrivs som önskvärd. Andra informanter välkomnar införandet av ett mer medveten och systematiskt sätt att arbeta genom att betona de positiva följderna för de utvecklingsstörda brukarna. En informant, som arbetar på den dagliga verksamheten, formulerar sig så här:

Vi har inte gått ut med att vi jobbar med KBT. Vi jobbar strukturerat, vi använder delar av metoden om det behövs. Det är mer så. Vi gör inte riktigt lika avancerade beteendeanalyser utan vi säger att vi måste jobba med det här, och vi jobbar med det liksom.

F: Varför går man inte ut med och säger att man jobbar med KBT?

Jag vet inte det. Men däremot fanns det många som var i behov av att få mycket tydligare dagar. Dom grupperna har vi ju nu i vår verksamhet.

F: Vem uttrycker dessa behov?

Både personerna själva genom att må psykiskt dåligt, deras anhöriga och Gode Män. Boendena sa att dom inte fungerade och vi själva såg ju att dom inte mådde bra av att dagarna såg ut som dom gjorde.

Inte sällan formuleras utvecklingen inom beteendeterapi som tre olika vågor. Den första utgjordes av traditionell beteendeterapi som fokuserade på beteende och hur detta kunde formas och förändras av olika positiva eller negativa sanktioner. Nästan programmatiskt tog man avstånd från tanken att föreställningar och tankeprocesser (kognitioner) hade någon betydelse för beteendet. I en andra våg kombinerades den traditionella beteendeterapi med kognitiv psykologi och dess inriktning på just tankeprocesser, och den kognitiva beteendeterapi som särskilt beaktade just betydelsen av föreställningar och tankemönster för förändring av beteenden etablerades. Under de senaste åren har en tredje våg utvecklats där inte bara innehållet i våra tankar (vad vi tänker) utan också tankeprocessen (hur vi tänker) spelar en stor roll. I detta ligger också tanken på att acceptera obehagliga tankar som ger problem t ex i form av ångest, inte bara att arbeta för att förändra dem. (Wadström 2004; Suffolk Cognitive-Behaviour: www.suffolkcognitivetherapy.com/cbt-history.htm)

En av våra informanter som arbetat som metod utvecklare i en av kommunerna men numera ägnar sig åt handledning/konsultation på privat basis, menade dock att de metoder som lärs ut och tillämpas inom LSS verksamheten är en ganska fyrkantig och otidsenlig modell av baserad på den första vågens av beteendeterapi.

Det är ju klurigt det här med KBT och beteendeterapi för beteendeterapi runt utvecklingsstörda och autism har liksom levt sitt liv. Samtidigt har det vuxit fram KBT som är rätt framgångsrik idag som bygger på delvis samma inlärningspsykologiska principer på sätt och vis. Men som har, genom att fältet har varit att hjälpa normalbegåvade som du och jag, så har den, och alltmer de senaste åren, utvecklats till en mycket mer, ja enkelt uttrycket, en humanistisk riktning . Och mycket modern KBT är verkligen humanistisk. Jag har tagit till mig bland annat en del. Det är rätt intressant med en humanistisk grundton, men det har inte riktigt funnits inom det här andra fältet.

Oavsett om man beskriver en beteendeanalytisk metod, ett inlärningspsykologiskt baserat synsätt med teckenekonomi eller framhåller en ordnad arbetsorganisation väljer man, trots ovan citerade invändning, i regel att benämna det man gör som KBT.

Nu är den kognitiva beteendeterapin, åtminstone som den vanligen uppfattas, en form av (psyko)terapeutisk behandling. I de decentraliseringsreformer som genomfördes inom såväl omsorgerna för utvecklingsstörda som äldreomsorg och psykiatri i mitten av 1990-talet var en grundläggande princip att kommunerna skulle ta hand om den "sociala" delen av klienternas behov (sysselsättning, boende, stöd i vardagslivet), medan behandling också fortsatt skulle ske av de specialistresurser som finns inom landstingen. "Medicinskt färdigbehandlad" blev ett aktuellt begrepp inom äldreomsorg och psykiatri för att markera när landstingens uppgift var avklarad och kommunernas sociala ansvar tog vid. Inom LSS verksamheten blev motsvarigheten att det speciella "råd och stöd" som krävde särskilda specialistinsatser skulle skötas av landstingens habilitering (även om detta kunde överföras till kommunen genom särskilt avtal). Det är mot denna bakgrund man skall se våra informanternas ofta återkommande påpekanden om att det man sysslar med inte är behandling.

Det förefaller som om metoderna först vunnit insteg i verksamheten som ett sätt att hantera svåra beteendestörningar. Dessa har man arbetat med i samarbete med habiliteringen. Men när så metoden börjat tillämpas på enheter där man inte primärt haft problem med beteendestörningar, snarare med olika former av "oönskade" beteenden vänder man sig mot att tala om detta som behandling.

Det blev ju inte så att vi hittade någonting till en början så där direkt bara. Korttidshemmet hade börjat på barn med att göra positiv förstärkning. Så jag gick dit och tittade hur det här gick till. Jag fick se en film och dom berättade lite. Vi hörde också med föräldrarna och dom tyckte att det här var bra för dom fick också med sig det här hem och familjen fick det lättare att hantera det på hemmaplan också. ...

Nu är det många hos oss som säger att vi jobbar enligt KBT och nu har jag sagt att det är en sanning med modifikation. För KBT är så mycket och det är behandling och det gör inte vi. Utan vi gör en liten del som det här funkar här och nu i vår verksamhet. Det handlar om att man ska se det positiva inte titta bara på det negativa. Det var lite det vi hade gjort innan. Att man titta på den personen gör alltid så och så tänkte man inte så mycket på vad gjorde jag i den situationen som personal.

Men alla är inte eniga om att beteendeförändrande metoder inneburit en så stor förändring. De som arbetat länge inom omsorgerna för utvecklingsstörda erinrar sig att man redan tidigare kommit i kontakt med sådana metoder. När man på 1980-talet

avvecklade specialsjukhusen för människor med grava utvecklingsstörningar innebar det att hemlandstinget fick ta hand om människor med grava beteendestörningar på de egna vårdhemmen. Ställd inför dessa problem användes inte sällan tvångsmetoder, ibland genomtänkt och systematiskt och med stöd av expertkonsulter, andra gånger på mer improviserade insatser i akutsituationer. Några erinrar sig att metoder baserade på inlärningspsykologiska teorier inte heller varit ovanliga inom denna verksamhet, t.ex. inom särskolan eller i samband med ADL träning. För dessa informanter består förändringen snarast i att man börjat tala om detta som KBT, medan man i praktiken tillämpar ett arbetssätt som har många likheter med hur man tidigare arbetat.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att många väljer att se på de ”beteendeförändrande metoder” som används som en form av KBT. Vad man lägger i detta synes dock variera kraftigt, från en strikt tillämpning av tillämpad beteendeanalys till en mer allmän betoning av systematik, struktur, ordning och reda. Tilläggas kan att alla i sina beskrivningar av metoden tar avstånd från de tillämpningar av tvångsåtgärder som visades upp i TV programmen, även om inte alla tar avstånd från tillämpandet av negativa sanktioner som sådana.

Förändringsförlopp

Samtidigt som de som varit med länge gör dessa återkopplingar målar andra informanter upp en bild av ett metodlöst och nästan anarkistiskt tillstånd som föregick de senaste årens inriktning på beteendet och beteendeförändring.

F: Du kom till KBT från att ha jobbat i kommunal verksamhet, skillnader i målsättningar?

I: Det tycker jag att dom gjorde. Jag blev så glad för jag hade försökt att hitta den strukturen innan. Men jag visste inte hur jag skulle göra, jag hade jobbat med några som jag kände, det går inte att bara gå hela dagarna, man skulle behöva ett annat system och jag hade försökt själv, undrar om vi kan göra upp ett skriftligt avtal och hon får fördelar och hon får nackdelar av om man följer det eller inte. Men jag hade ingen utbildning, jag hade inget stöd uppfifrån. Men då när jag började där så kände jag att det är så här jag vill jobba, det är det här jag har försökt att hitta. Så det gav mig en glädje i att, det är det här jag har sökt efter. Det är det här som kan ge personen en utveckling i sig själv.....

Det har blivit mer professionellt. Jag upplever det är inte det här att om man jobbar på kommun så sitter man inte och rullar tummarna och så låter man saker och ting bara vara. Nu upplever jag att vi som jobbar vi är här för att vi har ett människointresse vi är här för att vi vill hjälpa folk att må bra. Vi försöker att berika deras vardag så att det blir kul att åka till jobbet. För dom är det ett jobb och det ska vara viktigt för dom att åka hit likaväl som det är viktigt för oss. Allas lika värde på sina villkor. Jag upplever att det har blivit mera seriöst sen jag började till nu. Vi är här för att jobba, hjälpa andra. Vi är inte här för att sitta av tiden och lyfta lön. Alla grupper försöker verkligen se till att alla brukare mår bra.

De som upplevt verksamheten som ostrukturerad och näst in till meningslös upplever införandet av beteendeförändrande metoder som förlösande. Det gör även de som alltid menat sig haft en beteendeterapeutisk inriktning som nu menar sig slippa beskyllningar för dressyr och mekanistisk människosyn.

När det gäller själva spridningsförloppet finns såväl tydliga likheter som tydliga skillnader mellan de två kommunerna. Två faktorer synes starkt ha påverkat förloppet i båda kommunerna, dels utnyttjandet av konsulter med en uttalad beteendeinriktning, dels förekomsten av enheter där beteendeförändrande metoder använts framgångsrikt och från vilka spritts till annan verksamhet.

En central person (som dessvärre inte villat ställa upp för intervju) arbetade en tid som psykolog på länets barn- och ungdomshabilitering. Han handledde i sitt arbete olika enheter med inriktning mot barn och ungdom. Han var hade också ett när samarbete med den norskfödde men i USA verksamme psykologen Lövås. Denna är en av pionjärerna när det gäller att med intensivträning av barn med autism lära dem sociala beteenden. Hans egen forskning (om än ifrågasatt i vissa delar) har dokumenterat goda resultat av denna träningsmetod. Resultaten har bland annat testats i replikationer av Lövås ursprungliga studier i flera olika länder. Vår konsult ledde under en tid en sådan replikation i Sverige, där små barn fick intensivträning av ett team som specialtränats av konsulten för detta uppdrag. De team som rekryterades bestod till stor del av sådana som arbetade inom olika delar av omsorgsverksamheten. Vid ett tillfälle som beskrivits av en av våra informanter som då var anställd på en boendeenhet där man arbetade med vuxna med beteendestörningar byttes deltagande i Lövås projektet mot att konsulten involverade sig som handledare för problemen på vuxenenheten.

Barn från båda kommunerna ingick i studien samtidigt som konsulten således engagerades i handledningsuppdrag i andra delar av verksamheten. Sedan denne slutat på habilitering fortsatte dessa handlednings/konsult kontakter, nu i form av privat konsultverksamhet. Denne välutbildade psykolog förefaller både genom sin personlighet och sin position haft stor betydelse för beteendeförändrande metoders spridning i båda kommunerna. Några av dem som fått sin inskolning i metoderna genom medverkan i hans projekt har fortsatt att på olika sätt verka för dess spridning inom LSS verksamheter och gjort det med stor entusiasm. En av våra informanter sammanfattar spridningsförloppet så här:

Starka konsulter plus ett budskap som ändå är ganska enkelt att ta till sig i en situation där många känner förtvivlan och frustration över att dom inte riktigt vet hur dom ska handskas med det ena och det andra. Sen är det här någonting som går ganska snabbt att ta till sig.

Den andra knutpunkten i spridningen som vi identifierat i båda kommunerna är korttidshem för utvecklingsstörda personer. I båda kommunerna finns sådana som under en period framstått som ledande både när det gäller tillämpningen av och spridning av metoden. I båda fallen har den ovan nämnde konsulten fungerat som handledare. I den större kommunen engagerades under en tid en norsk vernepleire som föreståndare för korttidshemmet. Denna hade en utbildning med tydlig beteendeterapeutisk profil och bidrog till att entusiasmera och engagera personalen i arbetet som också, enligt flera av våra informanter, var mycket uppskattat av föräldrarna. Den positiva värderingen av deras arbete delades av en av cheferna. När nyfikenheten från andra enheter, som uppenbarligen nåtts av rykten om den framgångsrika verksamheten på korttidshemmet, manifesterade sig i förfrågningar om att få ta del av erfarenheterna, organiserade denne chef en ”stödgrupp” som åtog sig att komma ut och informera om arbetssätt. I den mindre kommunen gav man en grupp från korttidshemmet i uppdrag att ge all personal utbildning i beteendeterapeutiskt förhållningssätt och metoder.

I båda kommunerna är det således korttidshem med koppling till den tidigare nämnde konsulten som starkt bidragit till spridningsförloppet. Men detta har kombinerats med en påtaglig entusiasm hos dem som arbetat med metoden.

Det fanns det en väldig entusiasm där. Hos ett par stycken vid det boende där jag arbetade, men ännu mer på korttidshemmet. Och det var en entusiasm som fann runt konsulten och föreståndaren. Inte minst var några unga grabbar där som tog till sig det där och kände att YEAH, något reellt att göra. Gav de unga en identitet i ett yrke som kanske inta annars var så attraktivt. Lite grand var det också av macho stil som kopplades till det här på ett olyckligt sätt.

Men det finns också skillnader mellan de två kommunerna. I den större kommunen tog några av dessa unga entusiaster initiativ till ett privat företag som, åtminstone till en början, främst erbjöd boende för utvecklingsstörda personer med svåra beteendestörningar. Till en början tog man mest emot sådana personer från den större kommunen. Det privata företaget fick dock ett gott rykte och ägnade sig också åt handledning/konsultation för kommunens personal. Efter ett tag fann dock kommunen att detta var ett dyrt sätt att ta hand om dessa problematiska fall och satsade istället på att utbilda egen personal för att kunna bedriva en motsvarande verksamhet i kommunens regi. Några anställda fick gå en kortare utbildning och sedan i sin tur förmedla vad de lärt sig genom personalutbildning och handledning till andra personalgrupper. En av våra informanter som bara arbetat i kommunen i tre år pekar ut detta som en viktig orsak till spridningen av metoden:

F: Hur sprids metoderna?

I: När vi började för tre år sedan så körde kommunen någon egen KBT utbildning, eller inte KBT utbildning för det får man inte köra om man inte är KBT instruktör. Men man gick igenom grunderna runt omkring KBT och där det var några som fick gå från varje enhet. Sen skulle man delge sina kollegor. Den utbildningen körde man två omgångar tror jag. Sen hade man handledning med dom som körde utbildningen. Dom körde handledningar i grupperna också. Då pratade vi runt omkring metoden och hur vi skulle lösa olika situationer. Även de som inte hade gått utbildningen fick handledning, hela gruppen fick det. Så spreds det då!

I den mindre kommunen har man fattat ett beslut att alla LSS verksamheter skall arbeta med denna inriktning. Efter en organisationsöversyn (ingående i ett större projekt delvis finansierat med EU medel) fann man att man inom kommunens LSS verksamhet saknade en sammanhållen verksamhetsidé. Efter en samling med enhetscheferna beslutade man att denna idé skulle byggas på de, i chefernas ögon

framgångsrika, metoder som man utvecklat i några av verksamheterna.

Verksamhetsidén formulerades som ”rätt stöd till ett självständigt liv” för en självständig tillvaro” och uttolkas så att alla utvecklingsstörda skall tränas till så stor självständighet (vad gäller t ex hygien, hantering av pengar och matvanor) med hjälp av i första hand positiv förstärkning av önskade beteenden. På basis av detta beslut har man genomfört utbildning i dessa metoder som omfattar all personal inom LSS verksamheten. Förutom i syfte att förankra verksamhetsidén motiveras detta av att ledningen vill underlätta för personal att kunna arbeta på olika ställen inom verksamheten. Om alla har samma mål och arbetar efter samma metoder underlättar man personalrörligheten mellan olika arbetsställen.

Vilka svårigheter och motstånd mötte då införandet av metoderna? Vi har frågat våra informanter om detta, men ingen identifierar något egentligt motstånd. Någon menar att man inom särskolan varit skeptisk till dessa metoder, något som tolkas som ett uttryck för förändringsfientlighet och okunskap. Också andra talar om en vag skepsis hos vissa personalgrupper, men också detta tolkas som ett uttryck för allmän förändringströghet snarare än sakliga invändningar.

F: Men det enda motstånd du upplevt det är från särskolan, alltså?

I: Nej, utanför skolan också. Från många förståsigpåare inom omsorgerna och så vidare. Kom inte här och...

F: Men du tar det här motståndet som ren konservatism?

I: Nej, jag tror på okunskap mera. Desto mindre man vet om KBT desto mer hatar man det. Desto mer illa tycker man om det. Så är det. När jag sitter i diskussion – nu brukar jag inte så ofta gå in i diskussioner – så är det ju just de som inte vet: ni kör med negativ bestraffning. Ja, det är en KBT-isk term, men det betyder inte det dom tror.

Andra som arbetat för att sprida metoden i den större kommunen menar att det inte varit fråga om direkt motstånd, snarare om brist på uppbackning från den centrala ledningen. På pionjärenheten/korttidshemmet fick man rejält med kunnig handledning, men ingen i kommunledningen har engagerat sig för att en sådan uppbackning skulle ske på de ställen dit metoderna spreds.

Om man ska titta i backspegeln lite grann från idag så skulle man ha lagt ännu större fokus på grundutbildning och en ännu längre kontinuitet i uppbackning för en enhet som begär hjälp och insatser för att det är så himla komplicerat och svårt. Till synes enkelt, men i verkligheten, som det alltid är, det är svårt. När man börjar kunna mer så ser man hur lite man kan. Och att det kan man nog tänka sig när man tittar i backspegeln att det skulle man lagt ännu större kraft och fokus på.

Sammanfattningsvis kan spridningsförloppet beskrivas som en kombination av horisontell och vertikal spridning. I båda våra kommuner förefaller det till en början ha varit fråga om en horisontell spridning av de idéer och metoder som vi här talar om. Insatserna av konsulter och de positiva ryktena om framgångsrika metoder vid korttidshemmen spred sig, man blev på andra enheter nyfiken och efterfrågade mer information och kunskap. Detta sug tillfredsställdes av några av de entusiaster som visserligen saknade formell utbildning men fått sin skolning genom de konsulter och verksamheter de kommit i kontakt med. I den mindre kommunen kom detta att kompletteras med den vertikala spridning som förvaltningens beslut om en enhetlig verksamhetsidé och allomfattande utbildning som beskrivits ovan. I såväl beslutet om en gemensam verksamhetsidé som beslutet att ge alla utbildning finns ett påtagligt vertikalt inslag. Besluten om detta är fattade av förvaltningsledningen, men, så vitt vi kunnat utröna, inte av någon politisk församling. I den större av kommunerna innebar konkurrensen med och kostnaderna för den privata verksamheten att man beslutade sig för att inkorporera de beteendeförändrande metoderna i den egna verksamheten. Också här är således mönstret att en begynnande horisontell spridning efter en tid fångas upp av och leder till centrala, vertikala initiativ som underlättar den fortsatta spridningen.

Spridningsmekanismer

Vi har nu, låt vara i ganska stora drag och med bred penselföring, skisserat själva förändringsförloppet. Men vilka har då de förhållanden varit som bidragit till denna spridning? I detta avsnitt skall vi föröka identifiera några av dessa spridningsmekanismer. Vi kommer i tur och ordning att behandla kommunaliseringen, privatiseringen samt efterfrågan.

Kommunaliseringen

Genom den så kallade handikappreformen i mitten av 1990 talet kom all omsorgsverksamhet för utvecklingsstörda personer att överföras från landstingen till kommunerna. Denna förändring fick en rad konsekvenser, varav några förefaller kan ha påverkat spridningen av beteendeförändrande metoder.

De av våra informanter som arbetade i verksamheten redan på "landstingstiden" talar, ibland med viss nostalgi, om hur det var på den tiden. Omsorgerna för utvecklingsstörda bildade en enklav inom det i övrigt medicinskt dominerade landstinget. Centralpunkterna var vårdhemmen. Alla kände alla. Man utvecklade en kollektiv samhörighet som också innebar en gemensam kunskap baserad på en delad ideologi. Visst förekom kontroverser, inte minst samband med vårdhemmens avveckling, men grunden var ändå en känsla av gemenskap och delade värderingar.

Kommunaliseringen innebar en upplösning av denna gemenskap, på gott och ont. Habiliteringen som fungerat som landstingets kunskapsresurs med ansvar för specialinsatser inom området fick en förändrad roll. Efter kommunaliseringen skulle man ge råd och stöd till dem som begärt detta och fått det beviljat. Kunskapsbaserade insatser begränsades till dessa och det mer övergripande ansvar man på landstingstiden kände upphörde. Därigenom fick man i huvudsak ansvar för begärda specialinsatser och kom att sakna kunskap om vad som föriggick på de kommunala enheterna. Man fick svara på den efterfrågan som finns mer än ta ansvar för kunskap och metoder inom den samlade verksamheten.

Från habiliteringen gav vi ganska mycket stöd, men det var inte alldeles enkelt. Vi klarar oss själva tyckte Uppsala kommun och det var det här med kommun och landsting och hade man blivit lurad på skattepengar hit och dit.

...

Det var inte alldeles enkelt att börja samarbeta. Sen kom det här också – Jag menar vi hade psykologer med den här inriktningen men inte bara det. Och framförallt så jobbade vi inte bara på beställning, att dom kunde beställa - det var ju vår kompetens dom skulle ha, då måste vi också kunna komma in med vår kompetens och bedöma vad som skulle göras. Inte att nu beställer vi en beteendeterapeutiskt inriktad psykolog, som kan vara behandlingsansvarig och skriva under på att vi gör rätt, så att vi inte åker dit. Lite den känslan. Om man ska hårdra det.

Även på landstingstiden saknade man resurser för att göra annat än punktinsatser, även om man såg behoven. I flera fall innebar detta tillämpning av beteendeförändrande metoder, men de utfördes då individuellt och under ledning av professionellt utbildad personal. Habiliteringen bedriver idag en uppmärksam och uppskattad verksamhet baserade på dessa metoder för barn med autism. Däremot har man inget uppdrag att övervaka vad som försiggår i de kommunala enheterna. När flera av våra informanter är noga med att understryka att det man sysslar med inte är behandling är det just för att markera denna gränsdragning gentemot habiliteringen. I de fall då man anser att utvecklingsstörda har svåra beteendeproblem tar man (föräldrar eller personal) kontakt med habiliteringen som har de resurser som krävs för att utarbeta behandlingsprogram och därför också kan ta behandlingsansvaret. Men när metoder utvecklas som blir mer eller mindre integrerade i den egna ordinarie verksamheten anser man, trots benämningen KBT, inte att detta är en behandlingsinsats som kräver specialistresurser.

Kommunaliseringen innebar också en förändring av enhetschefernas roll. På landstingstiden fanns det i regel en föreståndare på varje enhet. Denne var, enligt de beskrivningar vi fått från våra äldre informanter, ofta direkt involverade i verksamheten. Man deltog i det dagliga arbetet och ledde diskussioner om verksamheten i personalgruppen. I och med kommunaliseringen kom enhetschefernas roll att förändras. De fick ett större kontrollspann, fler enheter att leda, och betoningen på administrativa uppgifter ökade. Man kom inte på samma sätt som tidigare att vara involverad i verksamheten. Ledarskapet blev mer formellt och administrativt, mindre sak och relationsorienterat (Thylefors 2007). Föreståndarna engagerades allt mindre i själva arbetet och metodutvecklingen, något som illustreras av en av våra informanter som vid tidpunkten för kommunaliseringen arbetade på landstingets habilitering:

Vi hade en väldigt hög kvalitet tror jag man kan säga, på verksamheten då. Väldigt mycket utvecklingsarbete. Men det där bröts i samband med kommunaliseringen. Då gick det tillbaka till, ja vad det nu gick tillbaka till, Kommunen ville göra på sitt sätt. Det blev nåt väldigt annorlunda. Dessutom hade vi också sett att det behövdes mycket arbetsledning. I princip så behövdes det en föreståndare på en enhet, ibland hade vi en föreståndare på två enheter, på landstingstiden. Och föreståndarna i sin tur fick mycket vidareutbildning och deras uppdrag var att också se till innehållet, etik – alla såna här frågor. Medan när det sen kom över till kommunen, och det här är bara såna här sanningar som alla tycker utan att

man behöver racka ner på kommunen för det är mycket bra jobb gjort där. Men då blev föreståndartjänsterna helt annorlunda. Det blev väldigt administrativa tjänster, långt från verksamheten, och gruppboendena blev ganska utlämnade och lämnade åt sig själva.

En annan informant som arbetat med personalutbildning och handledning inom kommunen beskriver svårigheterna med att få med cheferna i den verksamheten:

Vi upptäckte att enhetscheferna lätt hamnade vid sidan om när vi var ute och handledde. Ibland kunde det vara så att enhetschefen – ja va skönt då går jag ner och gör lönelistorna och så tar handledaren över det här. Det blev nästan så att vi lättade på enhetschefens börda. Det var ju inte så lyckat att hon släppte taget lite grand om nånting som hon kanske tvärtom skulle ta mer tag i. Så vi krävde att enhetschefen alltid skulle vara med vid handledningen, om det inte var konflikter i gruppen då kunde det finnas ett värde i att dela upp sig.

Samtidigt skapade detta ett vakuum som kunde fyllas av såväl karismatiska föreståndare som trots allt tog ett ansvar för metodutveckling (som vid korttidshemmen) och dynamiska konsulter som anlätades.

Såväl habiliteringens som ledarskapets förändrade roll torde ha bidragit till att spridningen av de ”nya” metoderna kunde ske horisontellt utan något uttalat ifrågasättande eller motstånd. Vi noterar att det i spridningsförloppet, åtminstone innan de omtalade TV programmen sändes, i stort sett verkar ha saknats mekanismer för uppföljning och kvalitetssäkring.

Privatisering

Som vi kunnat se startade i den större kommunen ett privat företag av några av dem som fungerat som eldsjälar i samband med spridningen av beteendeförändrande metoder från korttidshemmet. Verksamheten fick ganska snart ett positivt rykte. Man ansågs kunna klara av personer med svåra beteendestörningar på ett sätt som kommunen inte maktade. Efter en tid beslutade kommunen svara på denna utmaning genom att snabbtutbilda egen personal i metoderna i syfte att själva kunna ta hand om de klienter det handlade om. Enligt flera av våra informanter var det i första hand en strävan att minska kostnaderna som låg bakom detta. Men i det sammanhanget var man också angelägen om att kommunen skulle framstå som kunniga och profilerade på detta område. Eller, som en av våra informanter uttrycker det:

I: Kommunen är mera konkurrensutsatt. Folk börjar förstå att signalerna du sänder ut det är det du får tillbaks. Sitter jag på en stol hela dan så kan jag heller inte begära att någon annan ska göra någonting utan den sitter ju också på en stol hela dagarna. Jag tror att man börjar förstå att vi har ögonen på oss från samhället på ett annat sätt nu. Jag tycker det är mer professionellt nu, det är inte flum – flum.

F: Är det därför det kommer det här med beteendeförändrande metoder?

I: Det tror jag absolut. Jag hade förmånen att få vara med att få starta ett HVB hem som kommunen har där man skulle jobba med KBT. KBT med killar som hade ADHD. Därför att man insåg att man sitter och betalar flera tusen per dygn till privata när vi kan köra eget. Då måste vi ha något att erbjuda för att föräldrarna ska bli lockade att komma till oss istället för att gå till ett privat. Därför måste vi ha en arbetsmetod. Det är dokumenterat att KBT ger snabba resultat eller i alla fall ger resultat för det blir en strukturerad tillvaro.

Privatisering skapade ett konkurrenstryck som möjliggjorde det centrala initiativet. Den upptill den tidpunkten i huvudsak horisontella spridningen fick ett pådrivande vertikalt element. Genom att man uppfattade den privata verksamheten som en framgångsrik konkurrent blev det också med dennes metoder (KBT eller beteendeförändrande metoder) som man gav sig in i konkurrensen.

Efterfrågan

Som vi tidigare sett fanns det hos vissa personalgrupper ett slags uppgivenhet där man tyckte verksamheten sakade målsättningar och inte gav några påtagliga resultat. Några upplevde därför införandet av konkreta målinriktade metoder närmast som en förlösning. Man kan kanske uttrycka det så att det fanns en latent efterfrågan på metoder som kunde ge mening åt vardagsarbetet och denna efterfrågan blommade ut när man kom i kontakt med de beteendeförändrande metoderna.

Men den nyfikenhet och entusiasm som fanns hos vissa personalgrupper var inte det enda som skapade den horisontella spridningen. Flera av våra informanter pekar också på att det funnits ett tryck från föräldrar. Flera av dem har under barnens tidiga år kommit i kontakt med dessa metoder genom habiliteringen. När deras barn skall lämnas till korttidshem eller när de växer upp vill man fortsätta med en metod man

upplever varit framgångsrik. Detta efterfrågetryck från föräldrars sida har åtminstone på korttidshemmen haft betydelse för att man anammat metoder för förändring av icke önskvärda beteenden.

F: Vilka drev på utvecklingen?

I: Jag vet inte, jag gjorde det för jag hade varit ute i ganska många grupper och sett att det inte var helt bra. Jag tror att det kom från personal och från mellanchefer. Inte från överchefer, så långt har vi inte kommit. Mycket från personalen och även från anhöriga. Många som vuxit upp på behandlingshem, har börjat växa upp nu och kommer i arbetsför ålder. Dom föräldrarna är inte nöjda om inte barnen får ha kvar samma metoder. Anhöriga och personal skulle jag vilja säga är dom som driver på.

Härkning, frasering och konkurrens

Vi skall i detta avsnitt anknyta till vad som brukar kallas nyinstitutionell organisationsteori i syfte att tydliggöra några av de mekanismer som kan ha bidragit till den spridning vi beskrivit ovan. Inom den nyinstitutionella organisationsteorin spelar frågan om isomorfi – det faktum att organisationer inom ett visst fält tenderar att likna varandra – en framträdande roll. Man brukar där ange tre mekanismer genom vilken denna likhet åstadkoms och upprätthålls. Den första är genom tvingande direktiv och regler. Det kan handla om lagstiftning, centrala tillämpningsdirektiv eller tillsynsverksamhet. Dessa kommer ofta från överordnade nivåer som Riksdag, Socialstyrelsen eller länsstyrelsen. Genom att formulera krav och riktlinjer skapas en likformighet i organisationernas sätt att arbeta. Det tydligaste exemplet är kanske skolan. Där likheter mellan skolor i olika delar av landet i hög grad är ett resultat av centrala läroplaner och andra regelsystem. (Bolman&Deal 2003).

Den andra mekanismen handlar om mimetisk likhet, att organisationer helt enkelt härmar varandra. Man tar efter idéer och metoder som andra tillämpat framgångsrikt och söker åstadkomma detsamma. Inte minst inom olika människobehandlande verksamheter kan man iaktta hur olika metoder och modeller sprider sig som ”modetrender” inom likartade verksamheter. (Bolman&Deal 2003).

Normativ likhet, där professionellas inflytande är det som skapar likhet, utgör den tredje mekanismen. Professionella grupper med en gemensam utbildning och värdegrund bär med sig dessa in i organisationen och där verkar som en likformande kraft. De professionella gruppernas gemensamma kunskapsbas och värderingar blir det som avgör hur organisationen arbetar. (Bolman&Deal 2003).

En annan iakttagelse inom den nyinstitutionella teorin är att organisationer inte i första hand strävar efter effektivitet utan framför allt efter legitimitet. Man vill bli uppfattad som seriös och ändamålsenlig av omgivningen och därigenom också garanteras nödvändigt tillskott av resurser. Denna legitimitet kan uppnås utan att verksamheten i sig förändras. Det är bilden av verksamheten man söker påverka, inte nödvändigtvis vad som faktiskt görs. (Johansson 2006, 2007; Ineland 2006)

Vi har tidigare visat att spridningen i vårt fall började som en horisontell spridning. Man hörde rykten om framgångsrik verksamhet och sökte information från entusiastiska anhängare av metoderna. Ett sätt att beskriva detta är att säga att det var fråga om mimetisk isomorfi, alltså härmning. Men frågan är vad det var man härmade. Här framstår det faktum att metoderna beskrivs så olika av olika personer som lite gåtfull. Några menar att man importerade den positiva människosyn som metoderna innebar, andra att man lärde sig systematisk beteendeanalys och började arbeta systematiskt med teckenekonomi medan åter andra talade om att detta egentligen bara var vett nytt namn på något man arbetat med även tidigare. Var det en genomtänkt förändring av en framgångsrik metod eller var det bara ett sätt att sätta nytt namn på något gammalt. I det förra fallet handlar det om att ta till sig en metod som man menar bevisligen är effektiv för att påverka beteenden i positiv riktning, i det senare om att man börjar använda en terminologi som är allmänt accepterad och positivt värderad ute i samhället. I det förra fallet vill man öka verksamhetens effektivitet, i det senare fallet ligger tonvikten på att uppnå legitimitet.

Vilken av dessa tolkningar som är den riktiga har vi inte material för att avgöra, men antagligen ligger det något i båda. Flera informanter stryker under att KBT är en evidensbaserad metod som prövats vetenskapligt, men när vi ber om exempel visar de sig komma från fängelser i USA och träning av barn med autism och svåra beteendestörningar. Övertygelsen om metodernas effektivitet handlar om andra

problem än de man arbetar med i LSS boende och dagverksamheter. Detta talar för att man visserligen är övertygad om metodens effektivitet, men att man samtidigt ser det positiva omdömen som numera ofta förknippas med KBT som ett sätt att vinna erkännande och legitimitet från omgivningen. Då handlar det inte längre enbart om metodens ändamålsenlighet, utan lika mycket om "frasering", att sätta nya positivt värdeladdade ord på den verksamhet man bedriver. Denna tolkning kan också stödja sig på de äldre informanter som gärna framhåller att metoden inte innebär något nytt, att man bara sätter ett annat namn på vad hur man redan tidigare arbetat.

Möjligen blir denna tendens till frasering mer uppenbar när kommunen centralt tar initiativ, när spridningen förstärks vertikalt. I den större kommunen handlar det här uppenbarligen om att konkurrera med privata verksamheter som utvecklat beteendeförändrande metoder till en affärsidé. Ryktet om metodernas effektivitet vad gäller svåra beteendestörningar har naturligtvis spelar in, men att metoden nu sprider sig till verksamheter där sådana beteendestörningar är ovanliga, om de ens förekommer, får kanske snarast ses som ett försök att vinna legitimitet och att profilera sig på ett sätt som möter såväl föräldrars som en vidare omgivnings krav.

I den mindre kommunen drevs en gemensam verksamhetsidé, i hög grad baserad på beteendeförändrande metoder, igenom som ett resultat av en organisationsöversyn som pekade just på bristen på en gemensam sådan idé som ett problem.

Visserligen spelade personalens egna uttryckta behov av en gemensam idé (i den mindre kommunen) och det upplevda behovet av struktur och målinriktning (i den större kommunen) som framgått en roll för spridningen. Detta i kombination med organisationens behov av legitimitet från omvärlden och den tilltagande konkurrensen från privata verksamheter synes ha bidragit starkt till spridningen av i första hand sättet att tala om de metoder som användes ("KBT"), men också till att metoden på sina håll också implementerades i form av någon form av beteendeanalys/teckenekonomi.

Härkning, frasering och konkurrens framstår vid en sådan analys som centrala mekanismer i spridningsförloppet. Däremot är det svårare att se att professionella grupper spelat någon avgörande roll. Visserligen var de konsulter som anlätades

psykologer med beteendeterapeutisk utbildning, men deras inflytande var initialt. I den dagliga verksamheten på boenden och dagverksamheter hade de bara ett indirekt inflytande.

En ideologisk förändring?

Vi har hittills diskuterat spridningen av beteendeförändrade metoder som en fråga om hur metoder och med denna förknippade idéer sprids inom en organisation. Det är samtidigt svårt att undvika frågan om hur dessa idéer fogar in sig i ett vidare mönster av förändringar inom såväl servicen till funktionshindrade som samhället i stort. Man kan t ex fråga sig om dessa förändringar kan ses som uttryck för en mer allmän ideologisk förändring, inom omsorgerna för utvecklingsstörda och/eller i samhället mer generellt.

Omsorgsideologier i förändring

Den ideologi som beledsagat stora förändringar som institutionsavveckling och kommunalisering av omsorgerna för utvecklingsstörda var normaliseringsprincipen. Innebörden av denna var att utvecklingsstörda har rätt att leva under så normala livsvillkor som möjligt (Nirje 2003). Den var i huvudsak en reaktion på de dåliga förhållanden som rådde på anstalterna. Genom sin betoning av normalisering som en rättighet bröt principen med det kliniska tänkande som tidigare dominerat. I det kliniska perspektivet var det individen och vilka effekter olika behandlingar/omhändertaganden hade för denne som stod i centrum. Genom att betona det ”normala” livet som en rättighet vändes blicken på sätt och vis bort från individen och mot de livsrytmer och levnadsförhållanden som denne levde under. Det är en avspegling av det som inom funktionshinderforskningen omtalas som ”the environmental turn” (Tössebro & Kittelsaa 2004); svårigheterna för människor med funktionsnedsättningar beror inte primärt på funktionsnedsättningen utan på de miljöfaktorer som förvandlar funktionsnedsättningen till ett funktionshinder. Frågan om normalisering och integrering sågs som en rättighetsfråga, inte en fråga om att förvandla den utvecklingsstörde personen till en ”normal” människa.

Denna betoning av miljöns betydelse förefaller i viss mån ha försvunnit i det synsätt som vi finner i introducerandet av beteendeförändrande metoder. Man pratar visserligen om integration och i samhället som målet med verksamheten, men detta skall uppnås genom att beteenden hos de utvecklingsstörda personerna som anses försvåra sådan anpassning skall förändras. Så här uttrycker en av våra informanter det:

Man ska inte göra om en person så den blir normal för vad som är normalt i vårt samhälle går inte att avgöra. Men den ska ändå följa våra lagar och är människan kapabel att säga hej så tycker man att han kanske kan säga hej tillbaka för då blir han mer accepterad. Han har större chans att få vänner och att vara med i vårt samhälle. Det tycker jag är att vara normaliserad. Att man enligt bästa förmåga ändå ska klara av dom situationer man väljer att befinna sig i. Om personen väljer att bara vara på sitt rum då behöver han inte kunna så mycket. Men ska man kunna vara ute och gå och simma, det är det bästa han vet, då ska han kunna gå och simma på ett sätt som är accepterat. Det behöver inte vara som vad vi kallar normalt men det ska vara på ett sätt som, man kastar inte av sig badbyxorna och springer naken, det är att vara normaliserad.

En annan informant svarar på frågan om vad han lägger i begreppet normalisering:

Så som vi jobbar här blir normalisering: vad är ett normalt beteende? Det blir utefter vad samhället anser normalt och samhället är vi och vi blir ju den här gruppen här. Det blir en dubbelmoral därför att alla har rätt att få vara den man är men ändå inte därför att det finns ett samhälle som kräver någonting annat. Då spelar det ingen roll om du har ett förståndshandikapp eller om du har ett handikapp överhuvudtaget eller om du är pojke eller flicka. Så här ska du vara och vem bestämmer det. Du får inte sticka ut egentligen någonstans. Du ska vara stöpt i den här formen.

Tyngdpunkten i ideologin har förskjutits från miljön till individen. Ett annat sätt att uttrycka saken kan vara att rätten till en så normal miljö som möjligt har villkorats. Tillgängligheten till normala miljöer blir avhängig av att man kvalificerar sig till den genom att träna bort avvikande beteenden. Det bör kanske tilläggas att detta resonemang bygger på att beteendeförändrande metoder och tänkesätt tillämpas generellt på det sätt som blivit fallet i de kommuner vi studerat. När det gäller t ex svåra beteendestörningar är individuella behandlingar och terapier möjlig att motivera på samma sätt som vid andra sjukdomar/defekter. Men när metoden generaliseras genom att tillämpas på alla som erhåller stöd enligt LSS är det i en snävare mening

inte fråga om individuellt avpassad behandling utan snarare om ett ideologiskt förhållningssätt.

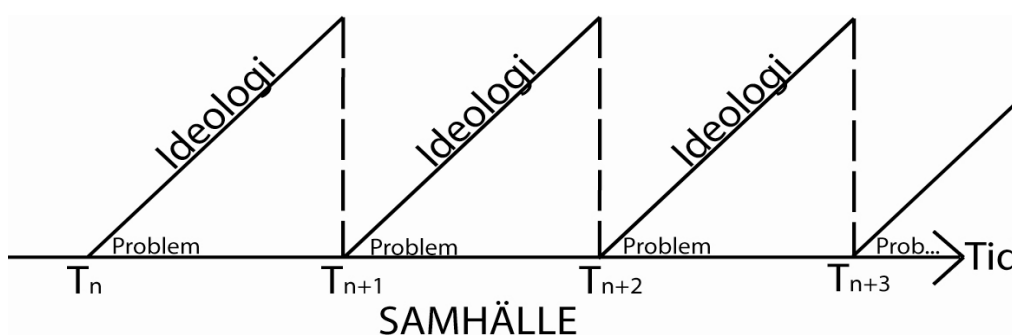
Som avspeglning av den mer allmänna utvecklingen mot individualisering på olika samhällsområden är detta kanske inte så konstigt. Vad vi däremot kunde önska är att förändringen diskuteras som just en ideologisk förskjutning istället för bara en fråga som en fråga om val av arbetsmetod.

Samhälle i förändring

Det går förstås inte att betrakta de förändringar som sker inom LSS-verksamheten som isolerade från samhället i övrigt. Ett uttryck för den tilltagande individualiseringen är att beteendefokuserande metoder blir vanligare också på många andra samhällsområden, alltifrån ungdomsvård till skola och barnuppfostran. Förändringarna inom LSS-verksamheten kan i det avseendet ses som speglades en mer allmän trend i samhället, också i den meningen att olika former av bestraffningsåtgärder (som så kallade nedläggningar och timeout i olika former) diskuteras också på andra områden.

Kanske kan förståelsen av denna utveckling befrämjas av en enkel modell från Söder (1992). Modellen utarbetades för att tydliggöra hur förändringar av omsorgsideologier för utvecklingsstörda i relation till samhällets förändringar kan se ut.

Figur: Omsorgsideologiska skiftningar i ett föränderligt samhälle (ur Söder 1992)



Tanken är att ideologier inom vård- och omsorgsområdet tar sin utgångspunkt i konkreta problem som man vill lösa. Ur denna problemdefinition utvecklas mer

allmänna och abstrakta principer som efter hand antar karaktären av ideologi, relativt abstrakta och ofta förenklade sätt att se på den konkreta verkligheten. Denna utveckling från konkret problem till abstrakt ideologi äger rum samtidigt som verkligheten förändras. Båda dessa processer gör att det uppstår ett ”gap” mellan ideologin och verkligheten. En ideologi som baserar sig på vad som upplevs som problem vid tidpunkten T1 lämpar sig därför sällan för att tolka och hantera verkligheten som den ser ut vid tidpunkten T2. Tankegången kan illustreras med normaliseringsprincipen. Den formulerades i nära anslutning till de konkreta problem som var förknippade med segregerade institutioner på 1970-talet (T1). Efterhand kom den att utvecklas och bli mer och mer abstrakt, samtidigt som institutioner avvecklades och samhällsförändringar skapade nya och andra typer av problem. När normaliseringsideologin idag (T2) inte svarar mot de nya problem som uppstår fångas dessa istället upp av nya sätt att definiera problemen, definitioner som i sin tur utvecklas till ideologier. Genom den samhällsförändring som individualiseringen inneburit liksom förändringar av den offentliga sektorn (rättighetslagar, decentralisering, privatisering) ser samhället idag annorlunda ut än när normaliseringsprincipen formulerades. Det problem med stora institutioner som normaliseringsprincipen ville lösa finns inte längre. Sådana institutioner är avskaffade. Andra problem blir synliga, t ex utvecklingsstörda med beteendeproblem. I de boendeformer och dagliga verksamheter som ersatt institutionerna framstår utvecklingsstörda med beteendeproblem tydligare än är de gömdes undan på institutionerna. Förstärkt av det allmänna samhällsklimatet och de impulser som ges av förändringar av den offentliga sektorn (t ex kommunalisering och privatisering som vi diskuterat ovan) framstår utvecklingsstördas beteendeproblem som viktiga. De utgör dessutom ett problem på vilket den ”gamla” normaliseringsideologin inte har någon lösning. Ur detta konkreta problem utvecklas så en ny ideologi genom att problemet med beteendestörningar generaliseras till att omfatta alla utvecklingsstörda.

Modellen söker synliggöra en hypotes om mekanismerna bakom omsorgsideologi skiftningar, en hypotes som vi menar borde kunna prövas mer ingående i vidare forskning (se nedan).

Frågor för fortsatt forskning

Som vi påpekade inledningsvis var ett av våra huvudsyften med detta projekt att söka identifiera frågor för fortsatt forskning. Under arbetets gång har vi stött på många frågor som skulle kunna ge upphov till vidare forskning. Vi har sorterat, jämfört och diskuterat dessa idéer och kommit fram till att det framförallt är tre frågeställningar vi i detta sammanhang skulle vilja prioritera: Studier av praktiken på gruppboväder, jämförande studier av förändringsförlopp inom olika områden samt sambandet mellan omsorgsideologiska förändringar och mer generella samhällsförändringar.

Det praktiska arbetet på gruppboväder

Vi har i våra intervjuer fått flera konkreta exempel på hur man tillämpar beteendeförändrande metoder på olika gruppboväder och dagliga verksamheter. Men det har varit just exempel. För att utröna på vilket sätt arbetet skiljer sig från sådana enheter där metoden inte tillämpas skulle det vara intressant att systematiskt jämföra några sådana enheter.

Den skillnad mellan normaliseringsideologin och det synsätt som kännetecknar beteendeförändrande metoder som vi påpekat ovan kan också knytas till hur man ser på utvecklingsstördas självständighet eller autonomi (möjligheten att själv varas delaktig i och påverka beslut som berör det egna livet). Enligt ett sätt att se på autonomi är det en central egenskap hos alla människor. Alla kan, efter sina egna förutsättningar, påverka sin egen livssituation. Enligt ett annat synsätt kan vissa människor på grund av sitt beroende av andra (t ex barn, äldre, människor med vissa funktionsnedsättningar) inte vara autonoma, men de har en potential att kunna bli det. Det förra synsättet, autonomi som en kännetecknande egenskap hos alla människor har många likheter med det rättighetstänkande som kännetecknar normaliseringsideologin. Det beteendeförändrande synsättet däremot ser autonomi som en potential, något som måste tränas för att individen skall kunna uppnå autonomi.

Tidigare studier av gruppboväder (t ex Folkestad 2003; Sandvin et al 1998) har visat att det är personalen som har makten att bestämma över hur livet på gruppboväden formas, men att utvecklingsstörda också i olika situationer utövar motmakt, sätter sig på tvären på olika sätt. Man kan säga att det försiggår en förhandling mellan två

parter där den ena (personalen) genom sin formella ställning har ett maktöverläge. I det projekt vi tänker oss skulle fokus ligga på hur dessa förhandlingar går till. Om vad förhandlar man, vilka strategier används av olika parter i vilken utsträckning görs utvecklingsstörda ansvariga för resultatet av sådana förhandlingar. Några av våra informanter har hävdade att de program för beteendeförändring man kommer fram till skrivs ner i form av ett kontrakt mellan personalen och de utvecklingsstörde, där den senare förpliktar sig att följa programmet. Här finns alltså även formellt en förhandling som resulterar i ett avtal. Det är sådana förhandlingar, också när de har en informell form som inte leder till skriftliga kontrakt, vi menar att man skulle fokusera på.

Studien kunde läggas upp som en jämförelse mellan några gruppboheter där man medvetet och systematiskt tillämpar beteendeförändrande metoder och några där man inte gör det. Uppgifter kunde insamlas genom deltagande observation och intervjuer.

KBT: spridningsförlopp och tillämpning på olika områden

Som vi redan noterat är spridningen av beteendeförändrande metoder inte ett fenomen som bara gäller LSS verksamheter. Vi ser det inom skolan i takt med uppgörelsen med den gamla "flumskolan". En informant med erfarenhet från att arbeta inom ungdomsvården underströk också att beteendeförändrande metoder sedan ganska lång tid tillämpats på ungdomshemmen. Ofta, för att nu inte säga alltid, menar man sig i de sammanhangen också tillämpa KBT.

Uppenbarligen finns här både likheter och skillnader både i hur metoderna introducerats och hur de tillämpas. En jämförande studie av spridningsförlopp och tillämpning inom de tre områdena (skola, ungdomshem, LSS verksamhet) skulle mot den bakgrunden vara intressant. Jämförelsen kunde gälla hur metoden spritts (t ex med avseende på inslagen av horisontell respektive vertikal spridning), hur utbildning och handledning av personal organiserats, om och i så fall hur utvärdering och kvalitetssäkring fungerar och förekomsten av belöningar och bestraffningar. En sådan jämförelse skulle både bidra till att belysa gemensamma, generella mekanismer och olika särdrag för varje tillämpningsområde.

Omsorgsideologiska förändringar i relation till samhällsförändringar

Som framgått anar vi ett samband mellan de förändringar samhället genomgått och de förändringsmekanismer som bidragit till spridningen av beteendeförändrande synsätt inom LSS verksamheten. Decentralisering (i form av kommunalisering), privatisering och konkurrensutsättning förefaller ha spelat en inte obetydlig roll för förändringsförloppet. Vi har ovan jämfört normaliseringsideologin med det synsätt som manifesterar sig i beteendeförändrande metoder. Men normaliseringsideologin etablerades och tillämpades i ett annat samhälle och i en annan struktur än den som gäller idag. Lite förenklat kan man säga att den utvecklades i den traditionella, mer centralistiska och uppifrån styrda välfärdsstaten, där det sociala ingenjörsidealet dominerade. Med de förändringar som vad som brukar kallas New Public Management inneburit (t ex privatisering, decentralisering, avreglering, kundval) är i dag förutsättningarna för utvecklandet av nya synsätt och metoder annorlunda.

För att mer systematiskt undersöka hur dessa förändringar påverkat villkoren för och möjligheterna till förändringar inom omsorger/LSS verksamhet kunde en jämförande studie av just normaliseringsideologi och beteendeförändrande metoder vara givande. Jämförelsen kunde ta fasta på sådant som vilka de centrala aktörerna varit, vilket motstånd – om något – som funnits, i vilken grad det varit fråga om horisontella respektive vertikala förändringsprocesser och vilken roll olika tillsynsmyndigheter spelat.

REFERENSER

Bolman, L.G. & Deal, T.E., 2006), *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Folkestad, H., 2003, *Institusjonalisert hverdagsliv*. Bergen: Det samfunnsvitenskaplige fakultet, Uinversitetet i Bergen.

Ineland, J., 2006, Konst, funksionshinder och frågan om legitimitet – om nya domänanspråk på handikappfältet. I Grape, O. – Blom, B. – Johansson, R.,(eds), *Organisation och omvärld – nyinstitutionell analys av männisikobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, R., 2006, Nyinstitutionell organisationsteori – från sociologi i USA till socialt arbete i Sverige. I Grape, O. – Blom, B. – Johansson, R.,(eds), *Organisation och omvärld – nyinstitutionell analys av männisikobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur

Johansson, R., 2007, *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkivs förlag.

Nirje, B., 2003, *Normaliseringsprincipen*. Lund: Studentlitteratur.

Rosengren, K.E. & Arvidsson, P., 2002, *Sociologisk metodik*. Malmö: Liber

Sandvin, J., Söder M, Lichtwarck, W, & Magnussen, T., 1998, *Normaliseringsarbeid og ambivalens. Bofelleskap som omsorgsarena*. Oslo: Universitetsforlaget.

Suffolk Cognitive-Behavioral: www.suffolkcognitivetherapy.com/cbt-history.htm

Söder, M., 1992, Normalisering og integrering: Omsorgsideologier i et samfunn i endring. Ingår i Sandvin Johans Tveit (red), *Mot Normalt? Omsorgsideologier i forandring*. Oslo: Kommunforlaget.

Thylefors, I.,2007, *Ledarskap i human service organisationer*. Stockholm: Natur och Kultur.

Tössebro, J. & Kittelsaa, A., 2004, Studying the living conditions of disabled people: approaches and problems. In Tössebro, J. & Kittelsaa, A (eds), *Exploring the Living Conditions of Disabled People*. Lund: Studentlitteratur.

Wadström, O., 2004, *Att förstå och påverka beteendeproblem*. Linköping: Psykologinsats.

Regionförbundet Uppsala län

Besöksadress	Kungsgatan 41
Postadress	Box 1843, 751 48 Uppsala
Telefon	018-18 21 00
Fax	018-18 21 15
E-post	info@region uppsala.se
Hemsida	www.region uppsala.se