

Redaktionelt forord

Socialområdet er det største offentlige udgiftsområde. Det udgør 44%, hvilket er næsten tre gange så meget som det næststørste, sundhedsområdet, der udgør 16%.

Der er almindelig enighed om, at det samtidig er det område, der er mindst bygget på evidens og systematisk viden. Det må siges at være en ret uheldig kombination. Kontrasten til sundhedsområdet er enorm. På sundhedsområdet er det et grundlæggende princip, at de indsatser og behandlinger, der leveres, er baseret på viden om, at man ved det virker i forhold til de relevante patientgrupper. Den daglige praksis er reguleret efter konkrete retningslinjer, og det er en selvfølge, at de følges. De faglige skøn bygger ovenpå, de erstatter ikke evidensgrundlaget, men supplerer det. De bagvedliggende forskningsbudgetter er enorme, og der opsamles hvert eneste år ny viden, der formidles globalt.

På socialområdet er det anderledes. Der er en masse lovmæssigt arbejde, der handler om at få borgerne til at forstå deres rettigheder og følge deres pligter. Så er der rådgivende arbejde, der især har været hæmmet af, at den offentlige sektors siloer har svært ved at koordinere på tværs og løse opgaver i samarbejde mellem siloerne. Men borgernes problemer ved desværre ikke, hvordan den offentlige sektor er opbygget. Problemerne går netop på tværs af siloerne og rummer både sociale, sundhedsmæssige, uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige dimensioner.

Og så er der, vigtigst af alt, selve indsatserne. Hvad er det for tilbud, den enkelte borger skal have, og i hvilken rækkefølge? Hvad virker for et udsat barn? Hvordan hjælper vi de hjemløse og misbrugerne, der ofte også er psykisk syge? Hvordan støtter vi de mest marginaliserede på arbejdsmarkedet? Hvordan bryder vi den sociale arv?

Svaret blæser i vinden. Vi prøver os frem efter bedste evne, forsøger at fremhæve "det gode eksempel" fra XXkøbing kommune. Det har intet med evidens at gøre. Det er anekdotisk. Vi ved ikke, om det virker uden for XXkøbing kommune, vi ved ikke en gang, om det virker næste år. Vi kommer aldrig til at flytte noget som helst på den måde.

Hvorfor er socialområdet så ringe evidensfunderet? Folk er gennem tiden kommet med mange forklaringer. De fagprofessionelles forklaring er, at feltets natur forhindrer evidensopbygning, fordi det er kontekstafhængigt og der ikke kan generaliseres. Der er flere veje til generaliserbar viden, og en af de mere kendte er lodtrækningsforsøg. Det betragtes imidlertid både som alt for dyrt og i nogle tilfælde uetisk i forhold til socialt udsatte, selvom det er helt almindeligt accepteret at lave lodtrækningsforsøg overfor syge mennesker. Indvendingen er på sin vis ulogisk: Så længe vi ikke ved, hvad der virker, kan de fleste jo godt blive enige om, at det under alle omstændigheder nødvendigvis må være tilfældigt, hvilken indsats der tilbydes – og så det er svært at få øje på det uetiske element.

En anden forklaring kan hænge sammen med den måde, det sociale område er organiseret på. Det meste ligger i kommunalt regi og er præget af stor variation i forhold til, hvordan den organiseres, tænkes og ledes. Hvis den enkelte enhed er lille og lokalt orienteret, er den måske slet ikke gearret til at optage og anvende viden udefra. Sundheds- og beskæftigelsesområdet er til sammenligning langt mere standardiseret og ensartet og forankret i meget større institutionelle enheder.

En tredje forklaring er, at der, i modsætning til sundhedsområdet, ikke er store private kommercielle interesser, der støtter forskning og evidensopbygning. Og det er nok en del af forklaringen, men ikke den hele. Tænk på forebyggende tandsundhed, der heller ikke har medicinalindustrien i ryggen: I 1971 blev det pligtigt for alle kommuner at tilbyde gratis forebyggende undersøgelser og behandlinger for alle børn og unge. En kæmpe og meget dyr indsats med gevinster, der først ville vise sig på langt sigt. Men evidensgrundlaget var der, så alle kunne se rationalet.

Andre peger på, at det manglende evidensfokus på socialområdet handler om, at området er forfærdelig dyrt allerede. Hvis man først begynder at opbygge evidens, vil man jo ligesom på sundhedsområdet opleve et stærkt ønske fra borgernes side om, at de evidensbaserede indsatser tilbydes som standard. Og disse indsatser kan jo være dyre, meget dyrere end det, der foregår i dag. Udover at tankegangen er indlysende umoralsk, forekommer dette perspektiv dog også at være en kortsigtsproblematik. En del af evidensstærkningen er jo også at kigge på omkostningseffektivitet, og hvis indsatserne virker, vil udgifterne jo på langt sigt blive mindre.

Og endelig er der den indlysende forklaring. Vi skal alle dø, og sygdom er hver mands herre. Men sociale problemer er måske mere noget, der rammer "de andre". Særligt hvis man hører til blandt de, der tager beslutningerne i vores samfund.

Hvordan kommer vi videre, sådan for alvor? Der er grøde i området og der er kommet et stærkt og velunderbygget fokus på de tidligere indsatser i forhold til børn, også de helt små, i skolerne og før problemerne vokser sig store. Anerkendelsen af nødvendigheden af evidensunderbyggede og omkostningseffektive indsatser bliver trods alt stadig mere udbredt.

I dette nummer af Samfundsøkonomen kommer en række bidragsydere med gode bud. Både Børne- og Socialministeriet og Danmarks Statistik peger på behovet for systematisk dataindsamling. Ministeriet peger derudover på den offentlige sektors vanskeligheder med at udføre indsatser på tværs af sektormråder. Niels Ploug sætter spørgsmålstegn ved socialpolitikens bagvedliggende idegrundlag og kalder på en debat om, hvad socialpolitik grundlæggende er, og hvad vi vil med den.

Knud Årup har en række dybt originale pointer. En af dem er, at de sociale problemer i vidt omfang skyldes sundhedsmæssige problemer i form af de store handicaps som ADHD, autisme, angst og ordblindhed. Og heri ligger inspirationen til dette nummer. For hvis en stor del af vores sociale problemer bunder i sundhedsproblemer, så bunder det også i problemer, hvor der faktisk er opbygget evidens for, hvilke indsatser, der virker. Simpelthen, fordi de ligger i sundhedssiloen. Og det betyder, at vi positivt ved, hvad vi kan gøre, særligt når det gøres tidligt.

Dvs. at en stor del af de sociale udfordringer kan løses allerede nu, fordi vi har den viden, der skal til. Vi behøver ikke at vente på store dataindsamlinger og lodtrækningsforsøg. Indsatserne ligger i stort omfang uden for det sociale område regi, og derfor har man ikke øje for dem. Og når det er sagt, er der også en hel del viden på det sociale område, der er klar til brug, men som heller ikke altid anvendes.

I nummeret præsenterer vi en perlerække af forskningsresultater. De omhandler handicaps som ADHD, ordblindhed, angst og børn af psykisk syge forældre. Og indsatser overfor seksuelt misbrug, nyfødte, der mistrives, børn, der omsorgssviges, og skolebørn, der ikke passer skolen og starter misbrug. I alle tilfælde findes modeller for, hvordan man opsporer de, der skal have tilbuddene, og anbefalinger til de indsatser, der bør tilbydes.

Lad os komme i gang og bruge den viden vi allerede har. Selvom den er skabt på det ene område, kan den løse problemer på et andet. Og lad os løbende måle effekterne og kontinuerligt opbygge yderligere evidens, så vi kan hjælpe så mange borgere som muligt for de penge, vi har.

God læselyst!

Lisbeth Pedersen, Niels Ploug og Mette Wier
Temareaktører
