

# Att arbeta evidensbaserat

Ett stöd för praktiskt arbete





# Att arbeta evidensbaserat

Ett stöd för praktiskt arbete

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats.  
Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran.  
Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

ISBN: 978-91-7555-536-2

Artikelnummer: 2020-10-6930

Tryck: Tryck Åtta.45 Tryckeri AB, december 2020

# Förord

Socialstyrelsen har under många år arbetat för att stödja en evidensbaserad praktik (EBP) inom socialtjänsten – ett arbete som bland annat baseras på den statliga utredningen ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna” (SOU 2008:18).

Innebörden av EBP har utvecklats över tid. En utveckling som rör en ökad betoning på att bättre beakta alla de fyra olika kunskapskällor som tillsammans utgör EBP; bästa tillgängliga kunskap, personens situation och kontextuella omständigheter, personens erfarenhet och önskemål samt den professionella expertisen. I linje med denna utveckling behöver myndigheten utveckla sitt stöd till socialtjänsten.

Stödet är främst avsett för professionella inom socialtjänsten som vill använda bästa tillgängliga kunskap i klientarbetet, men också för dem som arbetar med att utveckla EBP i sin verksamhet. I stödet beskrivs det förhållningssätt som ligger till grund för EBP och hur EBP kan användas i det praktiska arbetet med klienten. Tillvägagångssättet beskrivs steg för steg och åskådliggörs med konkreta exempel.

Ansvarig för stödet är utredare Ulrika Bergström och arbetet har utförts främst tillsammans med utredare Julia Zyto och forskare Johan Glad, samtliga verksamma på enheten för kunskapsutveckling på Socialstyrelsen. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Kumlin. Stödet har utvecklats i samarbete med ett stort antal verksamheter inom socialtjänsten och med andra externa aktörer som har lämnat synpunkter under arbetets gång (se bilaga D). Vi vill rikta ett stort tack till alla som bidragit till arbetet!

Jenny Rehnman  
Avdelningschef  
Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten



# Innehåll

Förord .....	3
Ett praktiskt stöd för en evidensbaserad praktik.....	7
Evidensbaserad praktik – vad är det? .....	10
Förutsättningar för ett evidensbaserat arbete .....	20
Evidensbaserat arbete i fem steg – en översikt .....	25
Steg 1 Tydliggöra frågeställningar .....	27
Steg 2 Sök bästa tillgängliga kunskap.....	41
Steg 3 Värdera kunskapen .....	50
Steg 4 Välja insats .....	59
Steg 5 Följa upp.....	68
Bilaga A. Att tänka på inför tolkningen av kunskap om insatsers effekter .....	79
Bilaga B. Underlag för information om alternativ .....	82
Bilaga C. Checklista för evidensbaserat arbete.....	83
Bilaga D. Utvecklingen av stödet och verksamheter som deltagit i prövningen .....	85
Referenser.....	87





# Ett praktiskt stöd för en evidensbaserad praktik

I en evidensbaserad praktik (EBP) eftersträvas att väga samman bästa tillgängliga kunskap, personens erfarenhet och önskemål, personens situation samt kontextuella omständigheter tillsammans med den professionelles expertis i varje steg i arbetet som omfattar utredning, bedömning, beslut, insats och uppföljning. Detta är helt i linje med socialtjänstlagens bestämmelser om respekt för människors självbestämmanderätt och integritet samt om att erbjudna insatser ska hålla god kvalitet. Det evidensbaserade arbetet kan användas av olika professionella vid olika tillfällen och situationer och är inte bundet till något specifikt förfarande eller process inom socialtjänsten. Behovet av ökad kunskap om EBP är stort bland socialtjänstens chefer i Sverige. Tre av fyra uppger att de har ett påtagligt intresse för EBP och en nästan lika stor andel uppger att de behöver mer kunskap om EBP och hur man implementerar nya arbetssätt och metoder [1].

Detta stöd är avsett för verksamheter som strävar efter att arbeta evidensbaserat inom socialtjänsten. Observera att ord som ska och behöver här används i vardaglig mening. Det handlar alltså inte om formella krav på verksamheten.

## Målgrupp för stödet

Stödet är i första hand avsett för chefer, utvecklingsledare eller handläggare/utförare inom socialtjänsten. Det kan vara till hjälp vid verksamhetsutveckling och för hänsynstaganden vid upphandling av insatser. Delar av stödet kan också användas för de som arbetar i enskilda ärenden i utrednings- och uppföljningsprocessen. Även om arbetet med att implementera EBP oftast utförs av andra funktioner i en organisation är det viktigt för enskilda socialarbetare att ha kunskap om vad EBP innebär och hur EBP kan tillämpas i praktiken. Processen som beskrivs nedan kan användas i hela eller delar av det enskilda ärendet, men också för att söka generell kunskap om till exempel målgrupper eller insatser. Beroende på hur verksamheter specificerar sina uppdrag till utförarverksamheten så kan stödet även användas av utförare.

Detta är inte en föreskrift eller handbok för utredningsarbete (handläggning och dokumentation). För det rekommenderas föreskriften SOSFS 2014:5, Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS från Socialstyrelsen och handboken [Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten](#).

## Termer

I detta stöd används det språkbruk som är vanligt inom EBP. Termerna person och klient används för dem som utreds av socialtjänsten. I vissa fall används även termen brukare med hänvisning till att termen används synonymt med klient i Socialstyrelsens termbank. I stödet används termen insats som

ett samlingsbegrepp för åtgärder, behandlingar, metoder och interventioner. Ordet professionell används för de olika yrkesgrupper som arbetar med utredningar, beslut och behandling.

## Stödet har testats i praktiken

Stödet har utvecklats i samarbete med ett antal socialtjänstverksamheter (se bilaga D). Enheten för utredning, stöd och behandling vid Vuxenavdelningen, Karlstads kommun har bidragit med synpunkter på det första utkastet av stödet. Stödets användbarhet testades därefter vid Enheten för vuxna, Södermalms stadsdelsförvaltning. Senare prövades stödet av medarbetare i tio myndighetsutövande verksamheter och 16 utförarverksamheter. Totalt deltog 150 personer i utprövningen. Stödet har uppdaterats efter synpunkter från prövningen men även efter synpunkter internt från andra enheter inom Socialstyrelsen.

## Rapportens upplägg

Stödet inleds med en kortfattad text om vad evidensbaserad praktik är och om nödvändiga förutsättningar för att arbeta evidensbaserat. Stödet består av tre delar: det praktiska stödet, checklistan och bilagor.

### **Det praktiskt stödet beskriver konkret de fem steg som ingår i EBP-processen**

Processen åskådliggörs konkret genom en beskrivning av hur en socialsekreterare arbetar tillsammans med en klient som har missbruksproblem. Beskrivningen bygger på ett autentiskt ärende. Efter varje beskrivet steg i EBP-processen skildras hur handläggaren arbetar tillsammans med klienten i det aktuella steget. Beskrivningen av ärendet ska inte ses som en rekommendation utan som en illustration av hur man kan arbeta evidensbaserat på individnivå. I de fall insatser eller bedömningsmetoder anges i beskrivningen är det utifrån rådande kunskapsläge (december 2020). I steg 1–3 ges också exempel på hur processen kan användas på verksamhetsnivå.

Fler exempel från andra verksamhetsområden finns på [Kunskapsguiden.se](http://Kunskapsguiden.se) under fliken Evidensbaserad praktik.

Varje steg i EBP-processen avslutas med referenser och förslag till fördjupningslitteratur.

Längst bak i rapporten finns referenserna som anges i texten samlade.

### **Checklistan är en sammanfattning av stegen i stödet**

Checklistan kan användas som en hjälp för att följa de olika stegen under i ebp-processen med den enskilde klienten. Tanken är att en checklista per ärende eller person ska användas. Om checklistan används regelbundet och av flera kan den fungera som ett underlag för verksamhetsutveckling, där återkommande ”nej-svar” identifierar utvecklingsmöjligheter.

### **Bilagorna syftar till stöd eller fördjupning av olika delar.**

## Läs mer

- **SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmannarad/2014-5-19.pdf>

# Evidensbaserad praktik – vad är det?

Evidensbaserad praktik, EBP, är både ett förhållningssätt till kunskap och en arbetsprocess. Att arbeta evidensbaserat kan vara ett stöd i att följa socialtjänstlagens övergripande mål att respektera människors självbestämmanderätt och integritet samt ett sätt att försäkra sig om att de insatser som ges är av god kvalitet.

Evidensbaserad praktik innebär en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för val av insatser: den bästa tillgängliga kunskapen, personens erfarenheter och önskemål, personens situation och kontextuella omständigheter samt den professionelles expertis. Hur informationen från de olika kunskapskällorna vägs samman påverkas av det nationella och lokala sammanhanget, till exempel vilken lagstiftning som finns på området [2].

Den etiska aspekten är det starkaste argumentet för att arbeta evidensbaserat. Om man ingriper i människors liv med syftet att hjälpa, bör man utgå från bästa tillgängliga kunskap som passar den enskildes behov. Gör man inte det riskerar man i värsta fall att erbjuda insatser som kan vara skadliga. Etisk medvetenhet och reflektion kring etiska dilemman har alltid varit framträdande i socialt arbete och är också centrala delar i den professionelles expertis som behövs för att väga samman underlag från de olika kunskapskällorna. I den etiska koden som Akademikerförbundet SSR tagit fram skrivs:

*”Vad gäller relationen mellan evidens och etik borde en verklig konflikt inte vara möjlig. Om det finns en välgrundad evidens – genom forskning och beprövad erfarenhet – för en viss åtgärd i en viss situation bör denna åtgärd väljas. Det är därför ett etiskt krav att socialt arbete i så stor utsträckning som möjligt är en evidensbaserad praktik.” [3]*

## Stödet kombinerar två modeller av EBP

Evidensbaserad praktik har kommit att bli ett samlingsbegrepp inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Föregångaren evidensbaserad medicin, EBM, uppkom som en reaktion på att mycket av klinisk medicin inte grundades på relevant forskning och att den dessutom utgjorde ett mycket auktoritärt system där läkarna ensamma bestämde. En följd av detta var att patienterna inte fick bästa tänkbara vård eller att till och med skadliga insatser användes [4, 5]. Det är främst två EBP-modeller som omtalas i litteraturen: ”critical appraisal-modellen” och ”riktlinjemodellen” [6–8].

EBP skapas i mötet med patienten/klienten [9]. Processen formulerades ursprungligen under 1990-talet, utifrån den läkarutbildning som byggdes upp vid MacMaster-universitetet i Kanada [6]. Utbildningen hade inslag av sökningar i databaser och

av kritisk värdering av forskning (främst primärstudier). Modellen kom att kallas för ”critical appraisal”. Utgångspunkten var att varje enskild patient och dennes behov skulle vara i fokus och den behandling som gavs skulle vara baserad på vetenskapliga studier.

Att söka och värdera forskning kräver både tid och specifika kunskaper, vilket många gånger har upplevts som alltför tidskrävande och svårt för praktiken. Därför utvecklades – i kontrast mot ”critical appraisal” – riktlinjemodellen. Den bygger på kunskapssammanställningar (systematiska översikter) som kan leda till rekommendationer eller riktlinjer [10]. Kunskapssammanställningarna ska sedan spridas och på så sätt användas av professionen och komma patienter och klienter till godo [11]. Detta är ett centralt steg på informationens väg från forskning till praktik [8].

Att söka och värdera forskning som det beskrivs i det här stödet, utgår från att professionen ska hitta forskning som är systematiskt sammanvägd av andra för att få en mer överblickbar sammanställning av relevant forskning.

Dagens informationssamhälle innebär att forskningsöversikter är lätta att hitta och de är transparenta. Användare kan granska dem och bedöma relevansen, men för både granskning och bedömning krävs en viss kunskap [8]. Beskrivningen i detta stöd kan därför ses som en sammanslagning av riktlinjemodellen, med vissa ”critical appraisal”-inslag.

## Fyra kunskapskällor

I en evidensbaserad praktik sammanvägs fyra kunskapskällor (se figur 1). Det är i skärningsfältet mellan dessa fyra källor som den evidensbaserade praktiken skapas.

Figur 1. Den evidensbaserade modellen



Evidensbaserad praktik  
(inspirerad av Haynes et al 2002 [12])

## *Bästa tillgängliga kunskap*

Val av insatser ska grunda sig på ett gediget och tillförlitligt underlag som möjligt. Bästa tillgängliga kunskap handlar om att beakta kunskap om nyttan av olika insatser. Det innebär att man behöver känna till huruvida det finns vetenskapligt stöd för de åtgärder som vidtas och, om det gör det, vilken effekt som kan förväntas. Att en metod beskrivs som evidensbaserad, det vill säga att högt ställda vetenskapliga krav på kunskap om dess effekter är uppfyllda, är endast en del av bästa tillgängliga kunskap. Eftersom det inte finns vetenskaplig kunskap om alla insatser som används i socialt arbete får man många gånger stödja sig på annan kunskap. Det kan till exempel vara kunskap om nyttan med insatser från den egna verksamheten i form av lokalt producerad kunskap från arbetet med systematisk uppföljning.

Oavsett om det finns stöd för en viss insats eller inte, är det inte självklart att den ska användas i det enskilda fallet. Det viktiga är att vara öppen med vilken kunskap som finns om insatserna och att följa upp resultatet för de enskilda individerna

## *Personens situation och kontextuella omständigheter*

Individens situation i form av de behov som personen har behöver naturligtvis beaktas. Finns det flera hjälpbehov och hur omfattande och akuta är dessa? Hur ser personens situation ut i övrigt när det till exempel gäller familj, nätverk, arbete och bostad? Det är information som behöver relateras till de insatser som verksamheten har att erbjuda.

De kontextuella omständigheterna kan se olika ut i olika kommuner och beroende på sammanhang. Det finns därför en mängd olika hänsyn (t.ex. lagstiftning, lokala riktlinjer och tillgängliga resurser) att ta i en viss situation.

## *Personens erfarenheter och önskemål*

Delaktighet är en hörnpelare i evidensbaserad praktik där personens önskemål ska väga tungt vid val av insats. Varje individ bidrar med sin egen kompetens och är expert på upplevelsen av sin egen hälsa och ohälsa och har den bästa kännedomen om sin egen kropp och sin egen situation [13]. En person som upplever en insats som relevant är mer engagerad i behandlingen och det ökar sannolikheten för att insatsen blir till hjälp [14]. Du kan läsa mer om delaktighet längre fram i detta kapitel.

## *Professionell expertis*

Sammanvägningen av kunskapskällorna – som saknar inbördes rangordning – görs i dialog mellan den professionelle och brukaren. Beslutsgrunderna ska redovisas öppet. Denna transparens är en väsentlig del av en evidensbaserad praktik, bland annat eftersom det underlättar utvärdering, vilket bidrar till kunskapsbyggande. Den professionelle behöver alltså, tillsammans med klienten, bedöma om en viss insats kommer att fungera för just den här klienten.

Denna bedömning beaktar bästa tillgängliga kunskap om de insatser och åtgärder som är aktuella i ljuset av individens situation, till exempel praktiska förutsättningar att delta i en insats och individens önskemål och erfarenheter.

### *De fem stegen i en evidensbaserad praktik*

Den evidensbaserade processen kan definieras i ett antal steg. Här ges en kortfattad beskrivning av dessa steg. Det är framförallt fem steg i processen som förefaller vara gemensamma i litteraturen om EBP. Processen är en operationalisering av modellen om evidensbaserad praktik. Stegen kan användas av olika professioner inom socialtjänsten men de behöver tillämpas olika på klient- respektive verksamhetsnivå.

#### **EBP-processens fem steg:**

1. Tydliggöra frågeställningar
2. Söka bästa tillgängliga kunskap
3. Värdera kunskapen
4. Välja insats
5. Följa upp

I *steg 1* samlas information för att tydliggöra frågeställningar. Formulandet av frågor är en förutsättning för att kunna identifiera det/de problem som klienterna behöver hjälp med i en evidensbaserad praktik. Därefter kan bästa tillgängliga kunskap identifieras. En välformulerad och konkret fråga innehåller fyra delar: problem, insats, alternativ till insats samt utfall. Detta hjälper den professionelle att tänka kritiskt och värdera information.

I *steg 2* söker man efter relevant kunskap som besvarar de frågor som formulerats i steg 1. Frågorna avgränsar sökningen och fungerar som en mall för att identifiera kunskap om lämpliga insatser för personen.

I *steg 3* granskas och värderas den kunskap som samlats in.

Granskningen görs utifrån:

- kunskapens tillförlitlighet
- relevans för den berörda personen
- praktisk användbarhet

I *steg 4* sammanställs de befintliga kunskapskällorna till ett underlag som beskriver för- och nackdelar med olika insatser, deras vetenskapliga tillförlitlighet samt vilka krav som insatserna ställer på den berörda personen och på den professionelles egna erfarenheter. Den berörda personen bidrar med sina erfarenheter av att leva med problemen och beskriver sina behov, värderingar och önskemål. Därefter väljs en insats baserat på underlaget.

I *steg 5* följer den professionelle upp hur de fyra föregående stegen har genomförts. för att förbättra det egna arbetet. Det handlar både om att ta reda på om personens situation förbättrats och om att utvärdera hur processen fungerat. Det sistnämnda ger viktig information, både om den professionelles och verksamhetens arbete och kan ge indikationer om att arbetet i något avseende behöver förändras. Har exempelvis den berörda personen upplevt sig som delaktig?

## EBP på individnivå och verksamhetsnivå

Det går att tillämpa evidensbaserad praktik på två nivåer, dels på individnivå, dels på verksamhetsnivå. I detta stöd beskrivs processen på individnivå vilket handlar om de kunskapskällor och de steg som den professionelle kan använda sig av i sitt arbete med enskilda klienter. Denna process har naturligtvis även bäring för verksamhetsnivån.

Ett sätt att "börja" arbeta med EBP är att låta sig inspireras av de olika stegen och delarna av EBP-processen. Det kan till exempel handla om att genomlysna sina målgruppers behov för att få svar på om verksamheten har insatser som matchar dessa behov, att systematiskt använda sig av bedömningsmetoder för en viss målgrupp eller att börja arbeta med systematisk uppföljning i relevanta avseenden.

I praktisk verksamhet söker inte alltid en enskild professionell efter bästa tillgängliga kunskap om insatserns effekter i vetenskapliga publikationer och på webbplatser. Verksamheten har troligen redan ett utbud av insatser som den professionelle matchar klientens behov emot. Det förutsätter att verksamheten har kunskap om vilka insatser som ger vilka resultat för vilka målgrupper. Om verksamheten bedriver systematisk uppföljning finns sådana resultat och professionella kan använda kunskapen för att matcha behov och insats.

På verksamhetsnivå kan det vara en verksamhetsutvecklarens uppgift att ta fram underlag inför en förändring av insatsutbud. I det fallet är det av vikt att känna till målgruppers behov i verksamheten och söka efter bästa tillgängliga kunskap om insatser för att möta dessa behov. I denna process kan delar av steg 1 "tydliggöra frågeställningarna", steg 2 "söka bästa tillgängliga kunskap" och steg 3 "värdera kunskap" vara till god hjälp. Det kan också vara verksamhetsutvecklaren som initierar och stödjer olika typer av systematisk uppföljning för att på så sätt generera lokal kunskap om verksamhetens insatser och resultat.

Även om till exempel verksamhetsutvecklare söker efter bästa tillgängliga kunskap och på så sätt stöder sina kollegor behöver enskilda professionella känna till och förstå EBP-processen. Det handlar om att kritiskt kunna värdera insatser och dess kvalitet, att kunna utföra systematisk uppföljning, att specificera behov och matcha insats och, inte minst, göra en avvägning av de fyra kunskapskällorna.



## EBP i myndighetsutövning och utförarverksamhet

Processen för evidensbaserad praktik kan användas både av dem som arbetar med utredning och av dem som är utförare. Även om processen till synes passar myndighetsutövande verksamheter bäst, finns det goda möjligheter att arbeta med evidensbaserad praktik även för utförare. För utförare kan det handla om inriktning av insatser, såsom: Hur ser beställningen ut från myndighetssidan? Hur väl specificerat är uppdraget i en eventuell genomförandeplan? Hur ser målen för klienten ut? Är behoven tillräckligt specifikt beskrivna? Finns det utrymme för att anpassa insatsen efter personens behov? Det handlar om att utförare behöver ha kunskap om hur olika insatser och arbetssätt fungerar och om vilken bästa tillgängliga kunskap som finns om dessa. Det är därför av relevans att kunna söka bästa tillgängliga kunskap och att kunna värdera denna. Att arbeta med systematisk uppföljning för att följa resultaten för sina klienter i relation till de insatser som ges är också av största vikt för utförarsidan. Det ideala är om myndighetsutövande verksamheter och utförare kan samarbeta kring systematisk uppföljning. Utifrån detta resonemang blir det förhoppningsvis tydligare att utförare kan arbeta med stegen 2 till 5 i en evidensbaserad praktik, som beskrivs i detta stöd.

## Delaktighet – en central del av evidensbaserad praktik

### *En mänsklig rättighet*

Delaktighet är en mänsklig rättighet och en bärande princip för all vård och omsorg.

Ett av socialtjänstens övergripande mål är att främja människors aktiva deltagande i samhällslivet. Det är därför viktigt att problembeskrivningar och insatser utformas så att de kan bidra till ökad delaktighet för den enskilde genom exempelvis studier, arbete, sociala kontakter och fritidssysselsättningar.

Delaktighet handlar också om att den enskilde ska ha inflytande över de insatser som ges. Respekten för den enskildes självbestämmanderätt är ett centralt krav i socialtjänstlagen. Det står också i lagen att insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. För barn finns ytterligare bestämmelser om deras rätt till information, till att framföra sina åsikter och till att få sina åsikter beaktade. Se till exempel Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter [15].

När personer är delaktiga i den egna vården och omsorgen kan självkänslan stärkas, vilket kan öka motivationen och förbättra hälsan. Personen får en högre grad av makt över sin egen situation och kan på så vis på ett bättre sätt tydliggöra vad som fungerar i vården och omsorgen om sig själv, samt på vilket sätt det fungerar [13, 16]. Tidigare betraktades professionella som experter på orsaker till problem och på åtgärder för att behandla dem.

En god utgångspunkt för socialtjänstens arbete med delaktighet är Världshälsoorganisationen WHO:s internationella klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Klassifikationen brukar förkortas ICF. I klassifikationen definieras delaktighet som engagemang i en livssituation. Att vara engagerad kan betyda att delta i eller att ta del av något, att vara accepterad av andra och att ha tillgång till de resurser som behövs för att vara delaktig. Ytterst kan bara den enskilde själv bedöma sin delaktighet.

En förutsättning för delaktighet är tillgänglighet. Enligt FN:s konvention om rättigheter för människor med funktionsnedsättningar handlar tillgänglighet om tillträde till den fysiska miljön, transporter och anläggningar samt tillgång till information, kommunikation, varor, produkter och tjänster, inklusive digitala lösningar.

### *Delaktighet och evidensbaserad praktik*

Den evidensbaserade praktiken är en del i en utveckling som går från att professionella betraktats som experter och enda bärare av kunskap och klienter som mottagare av insatser och expertis, till att klienter är centrala aktörer i den egna vården och omsorgen.

I en evidensbaserad praktik är det den enskilda personens situation och erfarenhet som är utgångspunkt. För att kunna avgöra vilka åtgärder som är relevanta behöver den berörda personen vara delaktig. Det är en förutsättning för att kunna anpassa valet av insats utifrån behovet och ökar motivationen. Den enskilde får med delaktighet mer ansvar för sin situation och kan tydliggöra på vilket sätt vården och omsorgen fungerar. Personens delaktighet kan bidra till att stärka självkänslan eftersom personens kunskaper och erfarenheter efterfrågas och beaktas och bildar utgångspunkten för de professionellas arbete. Personen kan också bli mer nöjd med insatsen, även om delaktigheten inte med säkerhet alltid bidrar till målet med insatsen. Vård- eller omsorgstagare har dock ingen formell rätt att själv besluta om åtgärd, men har alltså rätt att bli väl informerad och ha ett reellt inflytande över processen.

För att personen ska kunna vara delaktig behöver socialtjänsten särskilt uppmärksamma den berörda personens tillgång till information och till kommunikativt eller kognitivt stöd, om det behövs. Det är också viktigt att socialtjänstens möten med enskilda planeras och genomförs så att de upplevs som trygga och möjliggör delaktighet.

### *Delaktighet på flera nivåer*

Klienters och brukares delaktighet kan stärkas genom arbetsätt och aktiviteter på flera nivåer:

- Individuell medverkan eller individuellt inflytande handlar t.ex. om den enskildes möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd som den enskilde får.
- Medverkan eller inflytande på verksamhetsnivå innebär möjlighet till medverkan i utveckling och beslut inom en viss verksamhet, såsom ett boende eller en vårdklinik.

- Medverkan och inflytande på organisations- eller systemnivå innebär t.ex. politiskt inflytande eller medverkan när det gäller att ta fram vårdprogram eller olika typer av riktlinjer.

På verksamhets- och organisations- eller systemnivå kan insatser och aktiviteter handla om kontakter med klient- och brukarföreträdare samt om enkätundersökningar för att ta reda på erfarenheter och önskemål hos klienter och brukare.

Det som görs för att stärka delaktighet och inflytande på en nivå kan öka förutsättningarna för delaktighet och inflytande på de andra nivåerna.

### Vad säger lagen?



1 kap. 1 § SoL anger att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

3 kap. 5 § SoL anger att insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne.

11 kap. 10 § SoL anger att barnet ska få relevant information när en åtgärd rör barnet. Barnet ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.

## Läs mer

- **Om evidensbaserad praktik**

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/>

- **Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren (SOU 2008:18)**

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2008/03/sou-200818/>

- **Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016. Kommunala enhetschefer om EBP under ett decennium.**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-9-9.pdf>

- **Vällovlige teorier räcker inte**

[https://www.researchgate.net/publication/275365503\\_Vallovlige\\_teorier\\_racker\\_inte](https://www.researchgate.net/publication/275365503_Vallovlige_teorier_racker_inte)

- **Physicians' and patients' choices in evidence based practice. Haynes, RB, Devereaux, P, Guyatt, GH.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123314/>

- **Användbar evidens – om följsamhet och anpassningar. Henna Hasson & Ulrica von Thiele Schwarz. Natur och Kultur.**

<https://www.nok.se/titlar/akademisk-psykologi/anvandbar-evidens/>

- **Evidensbaserat socialt arbete: Teori, kritik, praktik. (2011) Stockholm Natur och Kultur.**

<https://www.nok.se/titlar/akademisk-psykologi/evidensbaserat-socialt-arbete/>

- **Evidensbaserat socialt arbete. Från idé till praktik.**

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:645374/FULL-TEXT01.pdf>

- **"Critical appraisal". Riktlinjer och praktikerns dilemma. Socialvetenskaplig tidskrift, 24 (3-4), 219-237.**

<https://socvet.se/article/view/2386/1711>

- **Evidence-Based Practise for the Helping Professions. A practical guide with integrated multimedia.**  
<http://www.evidence.brookscole.com/index.html>
- **Evidence-based practice manual. Research and Outcome Measures in Health and Human Services.**  
[https://books.google.se/books/about/Evidence\\_Based\\_Practice\\_Manual.html?id=WyhrAAAAMAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.se/books/about/Evidence_Based_Practice_Manual.html?id=WyhrAAAAMAAJ&redir_esc=y)
- **Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes spår**  
<https://lakartidningen.se/aktuellt/recensioner/2019/05/uppdatering-av-synen-pa-evidensbaserad-medicin/>
- **Om vård- och omsorgstagares delaktighet**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-18.pdf>
- **Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-52.pdf>
- **Vägar till ökad delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten om arbete med stöd och service enligt LSS.**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2017-12-21.pdf>
- **Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-12-22.pdf>
- **Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och stöd. Översättning och validering av tre instrument som mäter delat beslutsfattande.**  
[https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat\\_beslutsfattande.pdf](https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/delat_beslutsfattande.pdf)
- **FN:s barnkonvention.**  
<https://unicef.se/barnkonventionen>
- **Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter.**  
<https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2012/01/a11.017/>

# Förutsättningar för ett evidensbaserat arbete

Att införa en evidensbaserad praktik innebär ett förändringsarbete. Implementeringsforskningen visar att ett förändringsarbete underlättas om vissa faktorer finns på plats [17]. Sådana faktorer, tillsammans med andra viktiga förutsättningar, är:

- Ett tydligt mandat från kommunstyrelse, socialnämnd och socialchef
- Ett aktivt ledarskap
- Systematisk uppföljning av klienter och verksamhet
- Ett utbud av olika insatser att välja mellan
- Stöd för att söka och värdera kunskap.

## *Ett tydligt mandat från kommunstyrelse, socialnämnd och socialchef*

För att underlätta för medarbetarna att arbeta evidensbaserat behöver ledningen prioritera insyn i verksamheten, transparens och kvalitet. Det är den politiska ledningen som ansvarar för hur verksamheterna organiseras, inte minst vad gäller utbud av insatser. Det är viktigt att ett evidensbaserat arbetssätt är förankrat i kommunens ledningsgrupp och bland andra berörda chefer.

Den politiska ledningen kan även ha en avgörande betydelse när det gäller att sätta tydliga mål för verksamheten, efterfråga resultat, avsätta rimliga resurser för förändringsarbete, se till att det finns ett IT-stöd och säkra att det finns ett gott processtöd [18]. Genom att ställa frågor om hur det går för klienterna lyfts kvalitetsfrågor och det ger i sin tur en bättre möjlighet för dem som arbetar i verksamheten att styra mot kvalitet. Sveriges Kommuner och Regioner har utvecklat ett stöd för sådant arbete:

- Till dig som är förtroendevald och arbetar med socialtjänstfrågor (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014) [18].

## *Ett aktivt ledarskap*

För att en evidensbaserad praktik ska få genomslag underlättar det om hela arbetsenheten arbetar evidensbaserat. Förändringsarbete är ofta komplicerat och tar tid. En aktiv ledning är oftast viktigt för att starta förändring, särskilt i det inledande skedet [19]. Chefen behöver skaffa sig en bild av medarbetarnas förutsättningar för att inleda ett effektivt förändringsarbete samt skapa strukturer för att själv leda förändringsarbetet. Tillsammans med sina medarbetare skapar chefen en vision om vad förändringen ska åstadkomma. Socialstyrelsen har utvecklat flera stöd för ett sådant ledningsarbete:

- Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen inom vård och omsorg [20]

- Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för dig som är chef i vård och omsorg [21]
- Om enkätverktyget Beredskap för förändring [22]
- Ta tempen på förändringsarbetet med EBP-termometern [23]
- Att förändra socialt arbete [24].

## *Systematisk uppföljning av klienter och verksamheten*

Systematisk uppföljning är en viktig del i socialtjänstens ambition att arbeta mer evidensbaserat för att höja kvaliteten på arbetet. Genom systematisk uppföljning skapas beprövad erfarenhet som kan utgöra utgångspunkt för värdering av nya metoder och bedömningsmetoder, baserade på det egna arbetet och dess resultat. Systematisk uppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta enskilda klienters problem och behov, insatser och resultat. Informationen kan sammanställas på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamheten. Systematisk uppföljning är en viktig del i att utveckla en lokal kunskapsbas och därmed en viktig del i att utveckla bästa tillgängliga kunskap (se steg 2:3 samt 5:3).

### **Systematisk uppföljning**

- Handlar om att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Sker löpande genom att mäta och beskriva klienters situation, behov och resultat.
- Baseras på information från administrativa register, bedömningsmetoder och samtal med personen.
- Görs av professionella inom ramen för en reguljär verksamhet.

Beroende på vilken typ av information som samlas in kan systematisk uppföljning ge vägledning om vilka insatser som fungerar bättre än andra. Systematisk uppföljning ger också information som kan användas som underlag för beslut för politiker, exempelvis när nya insatser ska upphandlas.

Flera stödmaterial från Socialstyrelsen visar hur systematisk uppföljning kan genomföras:

- Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel
- Webbutbildningen Individbaserad systematisk uppföljning
- Handledning för fördjupning av systematisk uppföljning
- SU-verktyg – Datorbaserade uppföljningssystem för träning och tillfälliga uppföljningar
- Användarstöd för systematisk uppföljning med stöd av BBIC-variabler.

Figur 2. Systematisk uppföljning i EBP-modellen



### *Tillhandahålla ett utbud av relevanta insatser*

I ett evidensbaserat arbete ingår att använda de insatser som har bäst förutsättningar att hjälpa klienten att nå ett önskat resultat. Därför behöver det finnas ett utbud av olika insatser som fungerar och som svarar mot de behov som verksamhetens målgrupp har. De insatser som tillhandahålls bör svara mot verksamhetens behov, som i sin tur kan bygga på underlag från uppgifter om den egna verksamheten och klienter, det vill säga systematisk uppföljning av den egna verksamheten. Inför val av insatser är det exempelvis viktigt att göra en analys av vilka insatser kommunen behöver.

Exempel på viktiga kriterier inför val av insatser;

- Framgår det tydligt vilka krav som ställs på innehållet i tjänsten?
- Är kraven relevanta och proportionerliga?
- Har kraven granskats av verksamhetskunnig person?
- Finns det mätbara klientnära kriterier på kvalitet?
- Finns det krav på dokumentation av relevanta kvalitetskriterier?
- Har villkor kring uppsägning av placering/plats formulerats?

En viss hjälp vid upphandling av insatser ges av Sveriges kommuner och Regioner i en vägledning avsedd för upphandling av hem för vård eller boende, HVB, för barn och unga.



## Stöd för att söka och värdera kunskap

Bästa tillgängliga kunskap är en viktig del i en evidensbaserad praktik. Att identifiera tillförlitlig kunskap är komplicerat eftersom kunskap finns samlad på många ställen. Dessutom är innebörden av ”bästa tillgängliga kunskap” inte entydig.

För att underlätta detta arbete är det viktigt att alla medarbetare och/eller särskilt utpekade funktioner inom verksamheterna får möjlighet att söka efter bästa tillgängliga kunskap och ta del av vetenskapliga rapporter, systematisk uppföljning, statistik och liknande. Det behövs också tillfällen för att tillsammans med kollegor diskutera frågor om var man hittar kunskap, hur tillförlitlighet kan bedömas och hur man vet att en viss insats fungerar.

Eftersom sökande efter bästa tillgängliga kunskap är komplext kan det vara en fördel om det finns personer eller organisationer som har just dessa uppdrag och som kan stödja de professionella. Det kan vara metodutvecklare, utvecklingsledare, processledare eller liknande inom den egna organisationen. Man kan också ta hjälp av andra utanför organisationen som till exempel FoU-enheter och högskolor eller universitet.

### Läs mer

- **Till dig som är förtroendevald och arbetar med socialtjänstfrågor**

<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5328.pdf>

- **Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering**

[https://www.researchgate.net/publication/260189537\\_Attn\\_forandra\\_socialt\\_arbete\\_Forskare\\_och\\_praktiker\\_om\\_implementering](https://www.researchgate.net/publication/260189537_Attn_forandra_socialt_arbete_Forskare_och_praktiker_om_implementering)

- **Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-10-16.pdf>

- **Att leda en evidensbaserad praktik – En guide för dig som är chef i vård och omsorg**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-10-4.pdf>

- **Behov av stöd vid implementering av nationellt kunskapsstöd – första linjens chefer**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-9-6.pdf>

- **Om enkätverktyget Beredskap för förändring**

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/om-implementering/beredskap-for-forandring/>

- **Ta tempen på förändringsarbetet med EBP-termometern (enkät för att mäta utvecklingen av EBP)**

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/om-implementering/ebp-termometern/>

- **Systematisk uppföljning. Introduktion och exempel från praktiken**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-25.pdf>

- **Upphandling och uppföljning av HVB – för barn och unga**

<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7164-607-1.pdf>

- **Om Implementering**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

- **Implementation Research: A Synthesis of the Literature**

<https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>

- **Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 2.0**

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/af0381a876fb42c994da860be9692aba/fran-nyhet-vardagsnytta-implementeringens-modosamma-konst-00393-2017-webb.pdf>

- **How do government agencies use evidence?**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-38.pdf>

- **Kunskapsguiden**

[www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)

# Evidensbaserat arbete i fem steg – en översikt





# STEG 1

## Tydliggöra frågeställningar

*Här beskrivs hur en individs problem och behov med utgångspunkt från en utredning kan formuleras till en eller flera frågor för att söka bästa tillgängliga kunskap om insatser som matchar personens behov.*

I det första steget i EBP-processen formuleras frågeställningar utifrån information och kunskap som framkommer i utredningen, det vill säga vad behöver vi veta och förstå för att kunna hjälpa klienten och vilka effektiva insatser matchar bäst klientens behov?

För att kunna formulera en frågeställning behöver professionen identifiera och förstå personens problem och behov, för att sedan kunna presentera ändamålsenliga insatser som är till bäst hjälp för personen. Det är här i det första steget som socialtjänstens process och EBP följs åt. Det finns alltså ingen motsättning i att arbeta evidensbaserat i utredningsarbetet.

Vägledning i hur ett ärende ska handläggas och dokumenteras finns i Socialstyrelsens handböcker för socialtjänsten.

Utredningsförfarandet beskrivs i socialtjänstens processmodell: aktualisera, utreda, besluta, utforma uppdrag, genomföra uppdrag och följa upp, men kraven på handläggningen kan skilja sig åt för särskilda målgrupper, och vissa har specifika dokumentationsstöd kopplade till sig. Steg ett till fyra i EBP-processen ingår i processen Utreda i socialtjänstens kärnprocess, medan steg fem i EBP-processen ingår i processen Följa upp i socialtjänstens kärnprocess.

## Handläggning och dokumentation

- **Handbok Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-1-10.pdf>

- **Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning Handbok för handläggning och utförande av LSS-insatser**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2020-10-7018.pdf>

- **Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt Socialtjänstlagen**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-1-9.pdf>

- **Guide till handböcker och annat stöd för den sociala barn- och ungdomsvården**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-11.pdf>

- **Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>

- **Barns behov i centrum, BBIC**

<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/material/>

- **Individens behov i centrum, IBIC**

<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/individens-behov-i-centrum/>

## 1:1– Hämta in information

Information kring personens behov identifieras i socialtjänstens utredning och det är denna information handläggaren tar med sig in i EBP-processens första steg. Informationen omvandlas till en eller flera konkreta frågeställningar om vilka insatser som fungerar för den specifika målgrupp som personen tillhör. Det är inte ovanligt att de som blivit aktuella hos socialtjänsten har fler än ett behov som behöver tillgodoses genom socialtjänsten. Det kan dock vara svårt att börja med allt samtidigt. I detta arbete kan man behöva stöd/verktyg i hur man kan samla information. Utgångspunkten kan till exempel vara kunskap om risk- och skyddsfaktorer. BBIC (Barns behov i centrum) och IBIC (Individens behov i centrum) ger stöd för att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. I analysen och bedömningen av den information som samlats in till utredningen kommer handläggaren fram till vad klienten har för behov. Handläggningen sker med delaktighet av klienten.

Relevant information som ska användas till frågeställningarna kan i utredningen samlas in genom exempelvis självskattning, intervjuer, observationer eller genom akter och register.

En riskfaktor är ett socialt, psykologiskt eller biologiskt förhållande som kan leda till problem för hälsa, utveckling, anpassning eller beteende.

En skyddsfaktor är ett socialt, psykologiskt eller biologiskt förhållande som medverkar till en bättre utveckling när det finns en risk.

Ytterligare ett sätt att inhämta information är att använda en standardiserad bedömningsmetod. Den består av ett instrument och en manual och kan användas som ett stöd i det praktiska arbetet när enskilda personers situation, funktion eller behov ska bedömas i samband med en utredning. Med hjälp av standardiserade bedömningsmetoder kan professionella samla in relevant och tillförlitlig information om enskilda personer.

Som professionell måste man undvika att värdera de uppgifter som lämnas. Man behöver vara lyhörd för personen man möter och exempelvis förklara en fråga och ta sig tid att reda ut eventuella missförstånd.

En standardiserad bedömningsmetod är ett formulär med fastställda frågor. Dessa bygger på forskning som visat vilka områden som är viktiga för det som ska bedömas. En bedömningsmetod är utarbetad för en viss, specificerad målgrupp. En bedömningsmetod består av ett instrument och en manual (oftast) som ger vägledning i hur metoden ska användas.

Det är viktigt att komma ihåg att den information som inhämtas med hjälp av standardiserade bedömningsmetoder utgör ett komplement till annan information. Det innebär att den ska vägas samman med annan relevant information vid bedömningen av en persons specifika situation och inför beslut om insats.

Vid användandet av en standardiserad bedömningsmetod är det viktigt att informera om:

- Bedömningsmetodens syfte
- Hur genomförandet går till
- Varför frågorna är viktiga för den kommande bedömningen
- Varför samtliga frågor ställs till alla
- Hur återkopplingen kommer att ske

**I Metodguiden för socialt arbete** beskrivs bedömningsmetoder och insatser som är aktuella för socialt arbete i Sverige.

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/om-metodguiden/>

## 1:2 – Sammanställning av information

Den information som samlas in sammanställs så att den kan presenteras på ett överskådligt sätt för den berörda personen. Syftet med att dela sammanställningen med personen är att försäkra sig om att få med all relevant information och inte förbise något. Vidare är syftet att tydliggöra vilken information som ligger till grund för den frågeställning som ska formuleras. Det gör bedömningsprocessen synlig och lättare att förstå, vilket kan öka delaktigheten för den berörda personen. Det kan i sin tur ha en positiv inverkan på exempelvis personens motivation och vilja att genomgå en behandling.

Den insamlade information som bedömts vara relevant ska ligga till grund för den frågeställning som ska styra sökandet efter bästa tillgängliga kunskap om effektiva insatser som matchar personens problem. Klientens specifika situation bildar utgångspunkt och det är viktigt att lyfta fram både styrkor och svårigheter hos klienten.

Sammanställ informationen om personen:

- Beskriv klientens specifika livssituation som eventuellt kan påverka resultatet av en insats.
- Beskriv klientens huvudsakliga behov enligt utredningen.



## 1:3 – Vad vill personen uppnå?

Den professionelle ansvarar för att arbetet utgår från den enskildes perspektiv. Klienten har rätt att vara delaktig i den egna utredningen och behandlingen. Det gäller att skapa förutsättningar för personens delaktighet under hela utredningsprocessen.

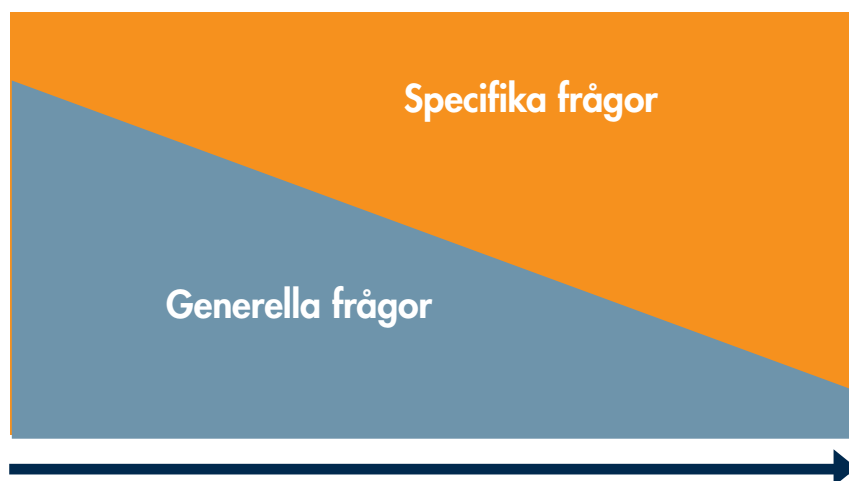
Det är viktigt att diskutera hur personen tänker att framtiden ska te sig och vad personen ser som önskad framtid. Det är även viktigt att formulera realistiska och relevanta mål att arbeta vidare med senare i utredningen (se steg 4:3). Det kan visa vad personen vill uppnå, vad personen önskar mer eller mindre av i sitt liv och är beredd att arbeta med (se steg 5:3). Det kan också peka på vilken typ av insats som kan vara relevant samt vilka mätmetoder och utfallsmått som kan vara lämpliga för uppföljningen. Den professionelle hjälper personen att hitta de delar som personen vill arbeta med (se steg 5:1). För barn finns ytterligare bestämmelser om deras rätt till information, till att framföra sina åsikter och till att få sina åsikter beaktade.

## 1:4 – Formulera en eller flera frågeställningar för att söka bästa tillgängliga kunskap

Med hjälp av informationen från utredningen formuleras en eller flera frågor som kan vägleda sökandet efter bästa tillgängliga kunskap om insatser som matchar personens problem. För att frågan ska vara användbar i sökandet behöver den vara avgränsad. Ju mer preciserad frågan är, desto bättre är förutsättningarna för ett bra svar.

När frågor formuleras i EBP-processen görs en åtskillnad mellan generella bakgrundsfrågor och specifika frågor (kallas ibland för förgrundsfrågor). Inledningsvis, när man är ny i arbetet eller ska starta en ny verksamhet eller vill följa upp sina insatser på verksamhetsnivå, ställs med fördel mer generella frågor. Proportionen mellan dessa frågetyper förändras i takt med att professionen får mer kunskap om vilka insatser som fungerar för vilka målgrupper [6].

*Typ av fråga*



*Tid av erfarenhet och kunskap*

Välformulerade frågor hjälper till att hålla fokus på relevant kunskap för den enskilde klienten. Det underlättar både i sökandet efter relevant kunskap och i eventuell kommunikation med kollegor och andra samverkansaktörer om klienters problem och behov.

Välformulerade frågor hjälper till att

- hålla fokus på relevant kunskap
- hitta relevant kunskap
- tydliggöra kommunikationen med kollegor och andra samverkansaktörer om klientens problem/behov.

### *Generella bakgrundsfrågor*

Den här typen av frågor är vanligast i starten av ett evidensbaserat arbete. Svaren på frågorna leder till att den egna kunskapsbasen byggs upp. I takt med att erfarenheten och kunskapen ökar sker en förskjutning från att ställa generella bakgrundsfrågor till att formulera mer specifika frågor [6].

Generella bakgrundsfrågor används när man frågar efter generell kunskap för att lära sig mer om ett problem/tillstånd eller en insats och frågekonstruktionen innehåller två komponenter:

- ord som vem, vilka, vad, var, när, hur och varför och som åtföljs av ett verb.
- ett problem/tillstånd eller en aspekt ett problem eller tillstånd.

Exempel på generella frågeställningar är:

- Vilka riskerar att utveckla ett normbrytande beteende i ungdomsåren?
- Vad säger svensk forskning om risk- och skyddsfaktorer för adopterade barn?
- Var kan jag finna bästa tillgängliga kunskap om effektiva insatser för personer med Y-beroende?
- När bör behandlingsmetoden X användas?
- Hur kan vi på bästa sätt hjälpa personer med funktionsnedsättning av X-typ med att komma ut på arbetsmarknaden?
- Varför minskar äldre personer ofta i vikt?

## Specifika frågor

En specifik fråga utgår från fyra principer som används för att göra en systematisk översikt över effekter av en viss insats men de används också i EBP-processen. De fyra principerna bildar tillsammans en akronym, PICO (på engelska), som står för population/problem, intervention/index test, comparison/jämförelse och outcome/utfallsmått. Genom PICO blir det tydligt vad som eftersöks.

### Vilken är målgruppen (Population)?

Ingen insats fungerar för alla, det är därför viktigt att förtydliga målgruppen. Handlar det till exempel om förskolebarn eller skolbarn, om personer med ett alkoholberoende eller ett drogmissbruk, om personer som är ”nära” eller ”långt” ifrån arbetsmarknaden?

### Vilken insats vill man ha kunskap om (Intervention/index test)?

Ibland är insatser konkreta i sig, men lika ofta ger namnet på insatsen föga vägledning om vad som ingår i den. Familjeterapi kan till exempel variera högst påtagligt och även ha olika effekt. Det är därför viktigt att ange exakt vilken insats som man vill veta mer om.

### Vilken insats är alternativet (Comparison/jämförelse)?

Ingen insats är effektiv i sig själv utan endast i jämförelse med någon annan. En insats kan vara effektiv jämfört med ingen insats men inte vara mer effektiv än den behandling som normalt sett erbjuds. Vilka andra behandlingar finns till det alternativ som erbjuds?

### Vad ska uppnås (Outcome/utfallsmått)?

Ingen insats är effektiv för alla former av problem. Insatsen kan exempelvis lyckas väl med att ändra en persons attityd till alkoholkonsumtion, men inte minska fysisk konfliktlösning. Det är därför viktigt att tydligt ange vad som förväntas bli påverkat.

Frågornas konstruktion hjälper till att hålla isär målgrupp, insatser och utfall, och underlättar sökandet efter bästa tillgängliga kunskap. Till hjälp för att formulera frågan kan man använda en tabell. Exempel på hur man fyller i tabellen och på välformulerade frågor finns längre fram i texten.

För varje behov eller problem som personen har, formuleras en fråga. Det är bättre att ha en fråga för varje område än att försöka få in alla problem/behov och insatser i en och samma fråga. Om personen har svårigheter gällande till exempel missbruk och bostad är det bra att formulera två frågor, en för varje problemområde.

De specifika frågorna kan behandla olika typer:

- insatsers effektivitet
- beskrivningar/kartläggningar
- preventiva insatser
- risk eller prognos i framtiden
- bedömning eller mätning.

*Effektivitetsfrågor* handlar om de direkta effekterna av en insats för en specifik målgrupp som har samma typ av problem och som har genomgått samma typ av insats.

*Beskrivande frågor* handlar om resultatet av olika typer av undersökningar, kartläggningar etc., till exempel klienttillfredställelse eller observationer gjorda av olika urval av klienter i en viss kontext.

*Preventiva frågor* handlar om insatser som sätts in i förebyggande syfte, innan det uppstått något problem.

*Risk- eller prognosfrågor* rör sannolikheten för att ett problem eller ett tillstånd ska uppstå i framtiden eller mer specifikt inom en viss given tid.

*Frågor om bedömning eller mätning* handlar om standardiserade bedömningsmetoder eller skalor som kan visa om en patient har ett visst problem eller inte, och som i vissa fall kan användas vid uppföljning.

## Exempel på specifika frågor enligt PICO rörande effektivitet

Målgrupp/ population	Intervention	Comparison/ jämförelse	Outcome/ utfallsmått. Vad ska uppnås?	Formulerat som en fråga
Äldre personer (+65 år) på ett äldreboende med nedsatt kognitiv förmåga	insatsen A	insatsen B	förbättrad tidsuppfattning, rumsorientering och att känna igen personer?	För äldre personer (+65 år) på ett äldreboende, med nedsatt kognitiv förmåga, ger insatsen A eller B bäst positiv effekt på tidsuppfattning, rumsorientering och att känna igen personer?
Kvinna som utsatts för våld av sin partner och bor i ett skyddat boende	stödgrupp på boendet	ingen	ökad självkänsla	Om en kvinna som utsatts för våld av sin partner och nu bor i ett skyddat boende och deltar i en stödgrupp, kommer det att leda till att öka hennes självkänsla i högre grad än om hon inte deltar?
Familjer med ett tonårsbarn som begått brott	på institution	behandling inom öppenvården	minskad kriminalitet och utagerande beteende	För familjer med ett tonårsbarn som begått brott, är behandling på institution mer effektivt än behandling inom öppenvården, när det gäller att minska kriminalitet och utagerande beteende?
Personer med funktionsnedsättning (utvecklingsstörning) med självskadebeteenden	kognitiv beteendeterapi	traditionellt boendestöd	minskat självskadebeteende	För personer med funktionsnedsättning (utvecklingsstörning) och självskadebeteende, minskar gruppbaserad kognitiv beteendeterapi självskadebeteendet i större utsträckning än traditionell gruppterapi?
Personer med långvarigt försörjningsstöd	arbetsmarknadsinsats A	arbetsmarknadsinsats B	arbete som man kan försörja sig på	För personer med långvarigt försörjningsstöd, vilken av arbetsmarknadsinsats A eller arbetsmarknadsinsats B leder till bästa möjlighet att få ett arbete som man kan försörja sig på?
Personer med alkoholberoende som går i öppenvård	läkemedel X	läkemedel Y	minskat alkoholdrickande	Här ska stå För personer med ett alkoholberoende, som är inom öppenvården, leder läkemedel X eller läkemedel Y till minska alkoholkonsumtion?

## Vaga och ledande frågor bör undvikas

Som tidigare nämnts är frågorna som formulerats kring principerna ovan till hjälp med att hålla fokus på relevant kunskap och de underlättar även sökandet efter relevant kunskap. Frågorna kan också underlätta och tydliggöra kommunikationen kring en klient med andra aktörer. I motsats kan vaga och ledande frågor försvåra arbetet. Nedan ges exempel på den typen av frågor och vad som är problemet med dem.

### Exempel på vagt formulerade frågor

Vag fråga	Problem med frågan
Vad orsakar ett alkoholmissbruk?	Vilken målgrupp avses – män, kvinnor? För vilken åldersgrupp? Hur definieras missbruk?
Är gruppterapi effektivt för vuxna som blivit utsatta för sexuella övergrepp som barn?	Vilken typ av gruppterapi? Effektivt i jämförelse med vad? Vad ska uppnås?
Varför begår människor brott?	Vilken målgrupp avses? Män eller kvinnor? Risk- och skyddsfaktorer? Vilken typ av brottslighet? (utfallsmått)
Är våra insatser till nytta för klienterna?	Vilken målgrupp och vilka insatser avses? Vilken typ av nytta? (utfallsmått).

### Exempel på ledande frågor

Ledande fråga	Problem med frågan
Om barn i åldern 1–7 år, placeras i familjehem på landsbygden eller familjehem i en storstad, hur mycket sämre betyg kommer de barn som placerats i familjehem i storstad att få i jämförelse med de andra?	Det förutsätts att barn som placeras i familjehem i storstäderna får sämre betyg än de som placeras på landsbygden.
Varför fungerar psykodynamisk terapi bättre än kognitiv beteendeterapi?	Det förutsätts att en terapi fungerar bättre än en annan. Frågan saknar dessutom för vilka terapin fungerar bättre (målgrupp) och utfallsmått (vad ska uppnås).

## Steg 1. Samuel – Tydliggöra frågeställningarna

*Detta inte är en rekommendation utan en illustration över hur man kan arbeta evidensbaserat. I de fall vi namnger insatser och bedömningsmetoder är det utifrån rådande kunskapsläge. I ärendet beskrivs enbart den evidensbaserade processen i ärendet, inte den formella handläggningen.*

### Här möter vi för första gången klienten Samuel som är 18 år.

Samuel dricker för mycket och han har med hjälp av sin mamma tagit kontakt med socialtjänsten för att få hjälp med att sluta. Du kommer att få följa Samuels socialsekreterare Sabina, som arbetar enligt de fem stegen i den evidensbaserade arbetsprocessen. Varje steg i processen är markerat så att du lätt kan se var i processen Sabina befinner sig. Fallbeskrivningen finns i slutet av varje steg, där varje del av processen åskådliggörs.

Det börjar med att socialtjänsten blir uppringd av Samuels mamma på uppdrag av sonen som inte klarar av att ringa själv. Samuel vill ha kontakt med socialtjänsten eftersom han tycker att han har alkoholproblem och behöver hjälp. Mamman anser att han haft problem i flera år. Samuel bor med sin mamma och nu tycker hon att situationen är ohållbar.

Socialsekreteraren Sabina bokar in ett första möte med Samuel och han uttrycker då att han vill att mamman ska vara med. Före mötet skickar hon ett informationsbrev till Samuel, där hon berättar hur de arbetar inom socialtjänsten. I brevet finns också information om hur en utredning går till i stora drag. Samuel ombeds i brevet att inför mötet tänka igenom vad han vill få ut av mötet och den fortsatta processen.

## Steg 1:1 – Hämta in information

Socialsekreteraren träffar Samuel och mamman tillsammans en gång, därefter enbart Samuel enligt hans önskemål. Först samlar socialsekreteraren in basinformation. Hon informerar Samuel och hans mamma om att utredningen kräver en viss tid eftersom det inte är bra att hasta fram beslut om en insats, såvida det inte är fråga om akuta problem. Ju noggrannare utredning, desto större möjlighet att erbjuda insatser som svarar mot den aktuella personens behov.

Samuel berättar först om sin skolsituation. Han ska snart börja sista året på gymnasiet. Förra året hade han en hög frånvaro men fick trots det betyg i alla ämnen. Frånvaron berodde på att han ofta var så trött och bakfull att han försov sig. Istället för att göra sina läxor spelade han datorspel eller tittade på TV. Han slutade också med sina fritidsintressen. Därefter kommer samtalet in på missbruket. Samuel brukar dricka sig berusad 2–4 gånger i veckan, oftast i samband med att han festar tillsammans med sina kompisar. Vid ett tillfälle i våras fördes han akut till sjukhus med en promillehalt på 2,9. På grund av alkoholmissbruket har Samuel ont om pengar. Han är ofta trött och han bråkar och är allmänt otrevlig mot mamman, som säger att

hon inte orkar längre. Oron för vad som kan hända Samuel när han dricker gör att hon känner sig psykiskt utmattad. Därför har Samuel bott hos en släkting utanför stan under sommaren. Han har dessutom tagit läkemedel XX, som minskar risken för återfall i alkoholmissbruk, vilket ordinerats av en läkare på vårdcentralen. Nu har Samuel varit nykter i några veckor.

Samuel kan inte bo kvar hos sin släkting när skolan startar igen om några veckor eftersom det inte går att dagpendla och han vill därför flytta hem till mamman igen. Det vill dock inte mamman, eftersom hon inte litar på att han slutat dricka och inte orkar med allt bråk om skolan, disk och städning. Istället föreslår hon att Samuel ska flytta till något stödboende.

Socialekreteraren undersöker Samuels missbruksproblematik och livssituation grundligare och använder då två olika standardiserade bedömningsmetoder, AUDIT för att identifiera skadligt missbruk och ADAD för att kartlägga Samuels livssituation. När Samuel svarat på de 10 AUDIT-frågorna räknas poängsumman ihop. Han får 21 poäng och överskrider därmed gränsen 19 poäng, över vilken en fördjupad utredning och eventuell behandling rekommenderas för män. AUDIT visar också att Samuel under det senaste året har fått minnesluckor varje vecka efter att ha druckit alkohol och att flera personer oroar sig över hans drickande.

## Steg 1:2 – Sammanställ informationen

När socialekreteraren genomfört ADAD-intervjun och sammanställt svaren får hon en bättre bild av problemens art men också av vilka styrkor och resurser som Samuel har. Samuel har känt ganska stor oro för problemen med mamman den senaste månaden. Det bedömer socialekreteraren som positivt eftersom det kan motivera Samuel att förändra sitt beteende. Samuel skattar högsta poäng (3) både för problemens omfattning och för hjälpbehov på grund av sitt alkoholmissbruk.

## Steg 1:3 – Vad vill personen uppnå?

Samuel får rangordna sina problem och socialekreteraren gör sedan följande sammanfattning av Samuels situation:

Det huvudsakliga problemet är att Samuel missbrukar alkohol. Det har dels lett till alkoholförgiftning, dels till att han har försummat skolarbetet (skolk och bristande läsläsning). Dessutom har det lett till att relationen med mamman försämrats. Samuel har fått läkemedel XX för att minska risken för återfall, men han behöver ytterligare hjälp för att klara av att hålla sig nykter när terminen börjar. Samuel bekräftar att socialekreteraren har uppfattat hans situation på rätt sätt.

I samtalet kring resultatet berättar Samuel att han vill ha behandling för sina alkoholproblem. Han vill vara nykter det sista året på gymnasiet för att kunna avsluta med bra betyg. Dessutom vill han kunna umgås med sina kompisar utan att dricka alkohol och ägna sin



fritid åt annat än att sitta framför datorn. Han vill till exempel spela basket som han tidigare gjorde regelbundet. Till det positiva hör också att Samuel tagit egna initiativ för att försöka sluta dricka. Han har börjat medicinera med läkemedel XX och tillsammans med mamman kontaktat socialtjänsten för att få hjälp. Han har även lyckats hålla sig nykter i flera veckor under sommaren, då han bodde på landet hos sin släkting. Den oro som han känner inför att återvända till stan och vännerna som dricker alkohol regelbundet visar dessutom att han har en viss insikt om sina problem.

## Steg 1:4 – Formulera en eller flera frågeställningar för att söka bästa tillgänglig kunskap

Socialekreteraren reflekterar över Samuels problem och formulerar följande frågor:

1. För en ung man (18–25 år) med alkoholmissbruk, vilken av insatserna KBT-behandling eller 12-stegsbehandling har bäst effekt när det gäller utfall som nykterhet eller minskat alkoholintag?
2. För en ung man (18–25 år) med alkoholmissbruk, vilket av läkemedlen XX eller YY har bäst effekt för att förebygga återfall i missbruk?
3. För unga män (18–25 år) med missbruk och kamratproblem, vilken är den mest effektiva insatsen för att få nya positiva fritidsupplevelser och nya kamrater, vilket kan skydda från att återfalla i missbruk?
4. För en familj bestående av en ensamstående mamma och en alkoholmissbrukande son på 18 år, som lever med ständigt bråk i hemmet, vilken form av samtalsbehandling – gemensamt med båda parter eller med var och en för sig – har bäst effekt när det gäller förbättrade utfall i fråga om minskat bråk i hemmet, minskad oro hos mamman samt ökat positivt umgänge mellan henne och sonen?

### Generella frågeställningar

I fallet Samuel skulle generella frågeställningar kunna formuleras som nedan:

- Var kan jag finna bästa tillgängliga kunskap om effektiva insatser för unga personer med alkoholmissbruk?
- Vilken kunskap (forskning och annan kunskap) finns om läkemedlen X och Y?
- Är positiva fritidsupplevelser en skyddsfaktor och vad är det i så fall i den faktorn som kan leda till förändring för unga personer som har problem med missbruk och med fel kamratumgänge?
- När är samtalsbehandling en effektiv insats för familjer med konflikter?

## Läs mer

- **Avgränsningar för den systematiska översikten. SBU:s metodbok. Kapitel 3. (kapitlet handlar bland annat om PICO)**

<https://www.sbu.se/sv/metod/?pub=48286#48348>

- **Metodguide för socialt arbete**

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/om-metodguiden/>

- **Om standardiserade bedömningsmetoder**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-12-9.pdf>

- **ASI-intervjun**

<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/missbruk-och-beroende/asi-intervjun/>

- **Material till ASI**

<https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/missbruk-och-beroende/asi-intervjun/material-till-asi/>

# STEG 2

## Sök bästa tillgängliga kunskap

*Här beskrivs olika källor till bästa tillgängliga kunskap för att besvara den fråga/de frågor som formulerades i steg 1.*

Vetenskapliga utvärderingar av insatsers effekter är det mest centrala när man söker svar på frågorna i steg 1. De effekter som redovisas i vetenskapliga utvärderingar är dock genomsnittliga, vilket innebär att en metod som visat god effekt på gruppnivå inte garanterat har samma goda effekt för en viss, specifik person [8]. Utvärderingarna bygger på jämförelser mellan olika grupper och effekterna mäts med vissa utfallsmått. Om en klient har liknande problem som den utvärderade gruppen kan insatsen ses som relevant, men det är alltså inte säkert att insatsen ger samma förbättringar för alla klienter. Ett skäl kan vara att någon eller några viktiga förutsättningar saknas. En insats kan exempelvis förutsätta att det finns ett stödjande nätverk omkring den person som får insatsen och om detta saknas kan effekten utebli. Det kan också vara så att personen absolut inte kan tänka sig att prova insatsen. Om så är fallet bör man undersöka om den insats som har näst bäst vetenskapligt stöd är lämplig. I steg 3 beskrivs hur olika typer av kunskap värderas.

I de flesta verksamheter finns det förbestämda insatser att välja emellan, men det är ändå viktigt att söka efter bästa tillgängliga kunskap om insatsers effekter. En insats som ännu inte prövats i verksamheten kan kanske inte bli aktuell för den specifika personen, men kunskapen om insatsen kan ändå vara värdefull inför framtida upphandlingar av nya och mer effektiva insatser.

Att ta fram och värdera kunskap som både är relevant och vetenskapligt tillförlitlig kan dock vara komplicerat. Externa organisationer och myndigheter som Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i uppdrag att sammanfatta forskning, värdera den och tillgängliggöra resultaten. Men att ta fram och värdera relevant forskning kan också genomföras av stödfunktioner inom organisationen, som utvecklingsledare eller metodutvecklare och FoU-enheter.

Även om steget att söka efter bästa tillgängliga kunskap normalt sett utförs av andra funktioner än handläggare i en organisation är det viktigt för dem att ha kunskap om vad det innebär, hur sökningen genomförs och hur kunskapen kan tillämpas i praktiken. Processen som beskrivs nedan kan användas i det enskilda ärendet, men också för att söka generell kunskap. Den framtagna kunskapen kan ligga till grund för exempelvis verksamhetsutveckling eller upphandling av insatser.

När teorin om evidensbaserad medicin formulerades 1992 gjordes betydligt färre vetenskapliga studier än idag. Att idag, som enskild handläggare själv ha överblick över all relevant forskning om lämpliga insatser som årligen publiceras, är en stor, för att inte säga omöjlig uppgift. För att stödja professionella har det tillkommit flera aktörer, både nationellt och internationellt, som sammanställer bästa tillgängliga kunskap.

## 2:1 – Vetenskaplig kunskap

Kunskapen om insatsers effekter ökar, både internationellt och nationellt, men de flesta insatser inom socialtjänsten är inte utvärderade. Det kommer sannolikt aldrig att finnas en fullständig kunskap om alla insatsers effekter, vilket innebär att även andra typer av kunskapskällor måste beaktas.

Eftersom vetenskapliga utvärderingar när det gäller effekter av insatser har den högsta trovärdigheten bör man börja sökandet efter bästa tillgängliga kunskap där. Den säkraste kunskapen erhålls från systematiska översikter över forskning (eng. systematic review eller metaanalysis). En systematisk översikt letar igenom alla relevanta databaser efter studier som är relevanta för frågeställningen och som håller rimligt hög tillförlitlighet. Hittar man en insats med starkt vetenskapligt stöd och goda effekter finns det mindre skäl att fortsätta sökandet. Dock behöver den forskning som tagits fram relateras till den specifika personen och till praktisk relevans. Detta beskrivs i steg 3. Om insatsen inte passar klienten, eller om det av andra skäl inte är möjligt att använda den, behöver sökningen fortsätta. Fokus ligger då på att söka efter enskilda utvärderingar. Om även sådana saknas är nästa steg att söka efter andra former av kunskap.

Med hjälp av de frågor som formulerats i steg 1 går det att se om den sammanfattade forskningen är relevant. Adekvata frågor är: Har utvärderingarna gjorts på samma målgrupp som vår? Har utvärderingar gjorts av de insatser som vi är intresserade av? Vilka är utfallsmåtten i studierna? Är utfallsmåtten desamma som i vår fråga?

Nedan beskrivs relevanta webbplatser där myndigheter och andra aktörer sammanfattar forskning inom olika sakområden. Länkar för dessa och fler webbplatser finns på Kunskapsguiden.

Länkar till relevanta myndigheter och andra aktörer som sammanfattar forskning finns på Kunskapsguiden. Se Verktyg 12 Ett lokalt resursbibliotek – det viktigaste

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/att-skapa-en-grund-for-evidensbaserad-praktik/>

## 1. Sök efter systematiska översikter hos svenska organisationer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer ges rekommendationer om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör använda. Riktlinjerna baseras bland annat på aktuell forskning och beprövad erfarenhet, tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget, insatsens kostnadseffektivitet samt etiska överväganden.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har ett nationellt uppdrag att utvärdera metoder som används inom vård och omsorg. SBU tar fram systematiska översikter med hjälp av en strukturerad metod. Dessutom värderas tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget, insatsens kostnadseffektivitet samt görs etiska överväganden. SBU identifierar också kunskapsluckor, det vill säga pekar på områden där det saknas forskning.

Socialstyrelsens Metodguide ger information om insatser och bedömningsmetoder som är eller kan bli aktuella i socialt arbete i Sverige. I Metodguiden beskrivs insatsers och bedömningsmetoders målgrupper, deras syfte och genomförande samt utbildningskrav. I de fall det finns kunskap om insatsernas effekter redovisas det.

För att löpande hålla sig uppdaterad om ny kunskap kan det vara bra att ta del av nyhetsbrev eller populärvetenskapliga tidskrifter som refererar till forskning inom ett specifikt område. Detsamma gäller webbsidor som är speciellt skapade för att sammanfatta forskning eller sprida information. På exempelvis Kunskapsguiden.se samlas befintlig uppdaterad kunskap inom områdena psykisk ohälsa, vård och omsorg om äldre, missbruk och beroende, barn och unga samt evidensbaserad praktik.

## 2. Sök på universitet, högskolor och FoU-enheters hemsidor

Universitet och högskolor har sökbara databaser där man kan hitta avhandlingar, artiklar, böcker med mera. Det finns också en gemensam katalog för alla universitets- och högskolebibliotek och en gemensam webbplats för avhandlingar (DIVA).

## 3. Sök i svenska forskningsdatabaser

Forskningsdatabaser innehåller referenser till artiklar ur vetenskapligt granskade tidskrifter men även avhandlingar, konferenshandlingar med mera. De här databaserna finns på universitetsbibliotek, högskolebibliotek och sjukhusbibliotek och de är vanligen licensierade. Förutom information om författare, publiceringsår, tidskrift med mera, innehåller dessa databaser ofta även en kort sammanfattning av innehållet ("abstract") i artiklarna. Man kan beställa artiklar via sitt närmaste bibliotek. Vissa är gratis och vissa får man betala en avgift för.

## 4. Sök i nordiska databaser och webbplatser

Danska VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd – genomför systematiska översikter inom det sociala området <https://www.vive.dk/da/>

Norska Ungsinn – Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge, genomför systematiska översikter inom det sociala området för barn och unga <https://ungsinn.no/>

Danska Vidensportalen – på det sociale område, förmedlar kunskap om utsatta barn och unga, utsatta vuxna och personer med funktionsnedsättning <https://vidensportal.dk/>

Finska Kasvun tuki (eng. Early intervention, svenska Tidig insats – effektivt stöd för barns uppväxt) förmedlar kunskap om insatser för barn och familjer <https://kasvuntuki.fi/sv/>

### 5. Sök i internationella databaser

Cochrane Collaboration är en internationell samarbetsorganisation som är ledande när det gäller utvecklingen av metodiken för systematiskt översiktsarbete. Organisationen är främst inriktad mot insatser i hälso- och sjukvård. Språket är engelska.

Campbell Collaboration är en systerorganisation till Cochrane Collaboration och gör systematiska översikter av insatser inom socialt arbete. Språket är engelska.

Centre for Reviews and Dissemination har databaser över genomförda och pågående systematiska översikter av insatser inom främst hälso- och sjukvård, men i viss mån även inom socialt arbete. Språket är engelska.

## 2:2 – Brukarundersökningar

Att undersöka klientens tillfredsställelse med en insats ligger i linje med en evidensbaserad praktik och dess betoning på klientens delaktighet. Det finns många etablerade metoder för att mäta tillfredsställelse. Bedömningsmetoderna eller brukarundersökningarna varierar i omfattning men de bör omfatta tre typer av frågor:

1. Om tillfredsställelse med specifika komponenter i behandlingen (t.ex. I vilken utsträckning är du nöjd med komponent x?)
2. Om tillfredsställelse med hela insatsen (t.ex. Skulle du rekommendera den här insatsen till en vän?).
3. Om upplevd förändring (t.ex. I vilken grad har deltagandet i insatsen löst dina problem?).

För att brukarundersökningar ska kunna ge vägledning för val av insats behöver svaren vara kopplade till specifika insatser och inte enbart till exempelvis handläggning.

Det finns flera aspekter som kan påverka tolkningen av klientens tillfredsställelse och därför bör brukarundersökningar helst endast användas som ett komplement till andra relevanta utfallsmått.

För att det ska gå att dra några slutsatser från brukarundersökningar om en insats värde behövs information från de allra flesta deltagare som fått insatsen. Vanligt är att de som avbryter en behandling i förtid, respektive väljer att inte besvara brukarundersökningar, ofta är mindre tillfreds med insatsen.

Klienter är nästan alltid tillfreds med välfärdstjänster, oberoende av om en förändring har skett eller ej. Denna ”tacksamhetseffekt” är en uppskattning av att ha fått en tjänst. Tacksamhetseffekten är högst just när en insats avslutas och kan senare avta. En hög andel klienter som är tillfreds med en insats behöver inte innebära att insatsen är effektiv.

Tre andra faktorer kan påverka klienters tillfredsställelse: behandlarens anseende (t.ex. rykte), bemötande och praktiska aspekter av tjänsten (t.ex. hjälpsam personal, trevliga lokaler) samt upplevelsen av att ha fått en insats likvärdig den som andra i samma situation har fått. Dessa faktorer påverkar tillfredsställelse, oberoende av om en insats varit effektiv eller ej.

### Exempel på brukarundersökning

- **Att utveckla en modell för brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg – erfarenheter från pilotstudie (inkl. enkät).**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-41.pdf>

## 2:3 – Lokal kunskap

I detta avsnitt beskrivs två vägar till lokal kunskap som genereras i den egna verksamheten – individbaserad systematisk uppföljning samt konsensusprocess. När en verksamhet börjar med att systematiskt dokumentera sitt arbete med klienter ger det en mängd kunskap. Denna kunskap kan användas för att utveckla verksamheten men den kan också ge en mer direkt nytta i arbetet med enskilda klienter i form av indikation på vilka insatser som kan fungera för vilka klienter. Som professionell har man erfarenheter som är viktiga att ta vara på. Det kan både vara egna erfarenheter, erfarenheter av olika insatser resultat för klienter och erfarenheter av hur specifika vård- och omsorgsgivare fungerat när det gäller bemötande och omhändertagande. Detta är kunskap som går att sammanställa i en konsensusprocess.

### A. Systematiserad kunskap från den egna verksamheten – systematisk uppföljning

Individbaserad systematisk uppföljning handlar om att fortlöpande och regelbundet mäta och beskriva klienters behov, val av insatser och information om hur klienters situation förändras. Systematisk uppföljning av hur en viss grupp klienters problematik förändrats över tid då de fått en bestämd insats, ger lokal kunskap om hur insatsen fungerar i den egna kontexten. Ett exempel på sådan information är hur många personer som återaktualiserats efter en viss tid efter att ha fått olika typer av insatser. I vetenskaplig bemärkelse ger systematisk uppföljning dock ingen säker information om insatserns effekter, dvs. om orsakssambandet mellan insats och effekt. För det krävs så kallade effektutvärderingar.

Däremot ger systematiska uppföljningar information om hur personers problematik förändrats efter en insats. En positiv förändring är ett lovande, men inte tillräckligt, tecken på att det är själva insatsen som haft effekt. Om situationen är oförändrad eller om det skett en försämring, kan det indikera att insatsen är ineffektiv eller till och med skadlig. Men inte heller då kan man uttala sig med säkerhet om huruvida förändringen beror på insatsen, men resultatet bör uppmärksammas och kan föranleda nya eller intensifierade åtgärder.



Mer information om systematisk uppföljning ges under steg 5.

### **B. Systematiserad kunskap från kollegor – konsensusprocess**

Kollegors erfarenheter kan systematiseras med hjälp av en så kallad konsensusprocess, som är en modell för att sammanställa professionellas kunskap. I en konsensusprocess kan man ställa frågor om huruvida en viss insats är effektiv för en viss problematik och om vilka insatser som är lämpliga för en viss problematik.

Det finns vissa kriterier som behöver vara uppfyllda för att ett konsensusarbete ska vara relevant:

- Det saknas vetenskaplig kunskap som har rimlig tillförlitlighet.
- Det problem som ska behandlas är tillräckligt allvarligt för att kräva vägledning.
- De som ska avge ett omdöme har egen erfarenhet av både insatsen och målgruppen. Kollegor som har beviljat insatsen till andra personer, eller som själva arbetat med insatsen, är relevanta att ingå i konsensusprocessen. Teoretisk kunskap eller hörsägen har låg relevans.

Ju fler som kan bedöma insatsen, desto bättre. I Socialstyrelsens interna Delfiprocess för nationella konsensuspaneler vill man ha minst 30 deltagare. Delfiprocessen görs dock genom enkäter, inte genom möten, eftersom 30 deltagare då kan bli för många. Det är svårt att säga exakt hur många som kan delta på ett möte, men tio kollegor med erfarenhet är bättre än fem.

Det är viktigt att de professionella först får göra bedömningen enskilt. Det är inte säkert att ett möte med tio personer leder till ett mer effektivt tankearbete än om de tio personerna sitter var för sig och aktivt försöker bedöma insatsen. När bedömningen sker i grupp ökar risken att deltagare med låg status hämmas, att dominanta personer får oproportionerligt stort inflytande och att förutfattade meningar förstärks.

Ett sätt att etablera konsensus kan vara att kombinera så kallade nominella grupper med interagerande grupper. I nominella grupper får deltagarna i samma rum ta ställning till påståenden enskilt. Bedömningen görs på ett standardiserat sätt, dvs. alla har samma bedömningsalternativ. Därefter sammanställs svaren för att diskuteras i gruppen, som nu istället blir interagerande. Under gruppdiskussionen ges alla möjlighet att modifiera sina uppfattningar, till exempel utifrån skillnader i bedömning av olika undergrupper av klienter. Därefter kan deltagarna återigen ta ställning enskilt, som nominell grupp.

#### **Exempel på en fråga i en konsensusprocess:**

Behandling med insats X av vuxna barn som utövar våld mot sina föräldrar minskar risken för våld:

- Instämmer
- Instämmer inte
- Kan inte ta ställning på grund av otillräcklig erfarenhet



Konsensus finns om en klar majoritet (t.ex. minst sju av tio) är överens om att en viss insats är effektiv för en viss problematik. Socialstyrelsens Delfiprocess kräver 75 procents majoritet. Även om enigheten är hög är det viktigt att vara medveten om att konsensusbaserad kunskap har låg tillförlitlighet.

En konsensusprocess kan med fördel ledas av en verksamhetsutvecklare eller en annan person med liknande kompetens. Den sammanställda information som kommer fram genom konsensusarbetet kan presenteras vid kollegiala träffar, som arbetsplatsträffar (APT), eller vid handledningstillfällen.

### Läs mer

- **Konsensusprocesser inom hälso- och sjukvård. En kunskapsöversikt**

<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-486-2.pdf>

- **Konsensuspaneler om psykosociala arbetsmetoder. Enkäter till forskare och socialarbetare**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-1-30.pdf>

- **Att utveckla en modell för brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg – erfarenheter från pilotstudie (inkl. enkät)**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-41.pdf>

- **Min syn på psykiatrisk vård, stöd och omsorg – vägledning till att genomföra brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-6-42.pdf>

- **BEP – (Brukarenkät psykiska funktionshinder)**

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/bep-brukarenkat-psykiska-funktionshinder/>

- **Satisfaction with social welfare services – A review**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-10-23.pdf>

## Steg 2. Samuel – Söka bästa tillgängliga kunskap om insatsers effekter

*Detta inte är en rekommendation utan en illustration av hur man kan arbeta evidensbaserat. I de fall vi namnger insatser och bedömningsmetoder är det utifrån rådande kunskapsläge. I ärendet beskrivs enbart den evidensbaserade processen i ärendet, inte den formella handläggningen.*

Socialsekreteraren Sabina står nu inför steg 2 i EBP-processen: Att söka bästa tillgängliga kunskap om insatsers effekter. I slutet av steg 1 formulerade hon fyra frågeställningar som hon nu söker svar på. Frågeställningarna formulerades enligt följande:

1. För en ung man (18–25 år) med alkoholmissbruk, vilken av insatserna KBT-behandling eller 12-stegsbehandling har bäst effekt när det gäller utfall som nykterhet eller minskat alkoholintag?
2. För en ung man (18–25 år) med alkoholmissbruk, vilket av läkemedlen XX eller YY har bäst effekt för att förebygga återfall i missbruk?
3. För unga män (18–25 år) med missbruk och kamratproblem, vilken är den mest effektiva insatsen för att få nya positiva fritidsupplevelser och nya kamrater, vilket kan skydda från att återfalla i missbruk?
4. För en familj bestående av en ensamstående mamma och en alkoholmissbrukande son på 18 år, som lever med ständigt bråk i hemmet, vilken form av samtalsbehandling – gemensamt med båda parter eller med var och en för sig – har bäst effekt när det gäller förbättrade utfall i fråga om minskat bråk i hemmet, minskad oro hos mamman samt ökat positivt umgänge mellan henne och sonen?

### Steg 2:1– Vetenskaplig kunskap

Socialsekreteraren försöker nu hitta svar på frågorna. Hon går till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård för att söka kunskap, dels om KBT- och 12-stegsbehandling, dels om läkemedel X effekt när det gäller att förebygga fortsatt alkoholmissbruk. Hon vill också ta reda på om det finns andra preparat eller behandlingsmetoder för unga personer med missbruk (fråga 1 och 2).

För fråga 3, hur man kan hjälpa unga vuxna att aktivera sig under fritiden, hittar socialsekreteraren en broschyr från Ungdomsstyrelsen, som hänvisar till forskning. Där står "Vuxenledda, schemabundna aktiviteter, som ofta karaktäriseras av att de ställer krav på koncentration, ansträngning och förkovran, leder oftare till en gynnsam social utveckling för ungdomar – till skillnad från ostrukturerade, mer spontana aktiviteter, som inte inkluderar vuxna och medvetet lärande."

Detta styrker socialsekreteraren i att hon är på rätt spår, men det finns 25 referenser i broschyren från olika år och det är svårt att bedöma kvaliteten på forskningen. Hon kontaktar därför metodutvecklaren som fått utbildning i att göra sökningar efter forskning i vetenskapliga databaser. Metodutvecklaren har fått liknande förfrågningar av andra kollegor och planerar att kartlägga vilken vetenskaplig kunskap som finns om insatsernas effekter. Metodutvecklaren ska också följa upp och dokumentera resultatet av de uppföljningar som gjorts med dessa typer av insatser. Svaret på socialsekreterarens fråga kan alltså dröja.

## Steg 2:2 – Brukarundersökningar

Information saknas.

## Steg 2:3 – Lokal kunskap

Socialsekreteraren undersöker vilka typer av behandling för alkoholmissbruk som finns i kommunen. Sex olika typer av insatser finns tillgängliga, varav några genomförs i kommunens egen regi och några är upphandlade. I vårdgivarkatalogen, där behandlingarna rangordnas, rankas KBT-behandling och 12-stegsbehandling högst.

Socialsekreteraren känner sig mer osäker på vad som kan stärka Samuels sociala nätverk. Den tredje frågeställningen är ju en fråga om hur Samuel kan förebygga återfall i missbruk genom att stärka sina kontakter med icke missbrukande kamrater. För den fjärde frågan – om gemensam eller enskild samtalsbehandling – måste socialsekreteraren ta hänsyn till socialförvaltningens riktlinjer för insatser till vuxna missbrukare. Där rekommenderas att anhöriga ska erbjudas hjälp i större utsträckning, oavsett om den anhörige missbrukaren själv genomgår behandling eller inte.

Generella frågeställningar och sökstrategi

Här skulle man kunna gå vidare och söka svar på de frågeställningar som formulerades i steg 1 på de tillgängliga webbplatserna som angetts i kapitlet och sedan komplettera med uppgifter från lokal kunskap (t.ex. systematisk uppföljning, brukarundersökningar eller andra källor).

# STEG 3

## Värdera kunskapen

*Här beskrivs hur man värderar tillförlitligheten i kunskapen som identifierades i steg 2. Efter det görs en bedömning om insatsen passar den enskilde personen och om den är praktiskt genomförbar.*

Att värdera kunskap görs enligt nedanstående ordning:

- Hur tillförlitlig är kunskapen om insatsens effekter?
- Hur relevant är insatsen för personen?
- Är insatsen praktiskt möjlig att använda?

### 3:1– Vetenskaplig tillförlitlighet

All kunskap är inte lika tillförlitlig så ambitionen bör vara att utgå från den kunskap som är mest tillförlitlig. Att värdera vetenskaplig tillförlitlighet är komplicerat eftersom det är en rad faktorer som samspelar och tillsammans avgör tillförlitligheten. I steg 2 rekommenderades professionella att i första hand vända sig till de organisationer som har i uppgift att sammanställa forskning om insatsers effekter. I Sverige handlar det främst om Socialstyrelsen och SBU. Andra som eventuellt kan ge stöd i värderingen av forskningens tillförlitlighet är regionala forsknings- och utvecklingsenheter (FoU) och kommunala utvecklingsledare som arbetar med metod- och kunskapsutveckling. Även om det finns hjälp för att värdera tillförlitligheten av resultatet av insatser har den professionelle, tillsammans med den berörda personen, det slutgiltiga ansvaret för valet av insats. Därför behöver professionella ha en viss förståelse för vad som avgör vetenskaplig tillförlitlighet.

#### *Gradering av vetenskaplig tillförlitlighet*

Evidens är ett ord som används allt mer tack vare spridningen av en evidensbaserad praktik. I vardagligt språk likställs evidens med bevis eller fakta som visar att något är sant. I vetenskapliga sammanhang är evidens relativt och handlar om de vetenskapliga belägg som stödjer en vetenskaplig teori. Sådan evidens förväntas vara faktabaserad och dokumenterad i enlighet med vetenskapliga metoder.

Evidens påverkas av en rad faktorer, såsom utfallsmått, population, kontext och tillstånd. Det är därför viktigt att redogöra för vilka utfall en viss insats har evidens för, under vilka omständigheter insatsen har effekt samt för vem insatsen är effektiv. En viss insats kan exempelvis vara effektiv för att öka personers förmåga att hantera stressfyllda situationer men inte för att minska generell ångest. En sådan insats kanske endast har effekt på personer med omfattande stressymptom men inte på dem som har måttliga

symtom. Vad insatsen har jämförts med har också betydelse. En insats, X, kan vara effektiv jämfört med ingen insats, men mindre effektiv än en annan specifik insats, Y, för målgruppen. Att insats X är mer effektiv än insats Y säger dock inget om huruvida X är tillräckligt bra för att användas i praktiskt arbete. Dess effekt är kanske högst måttlig. Om många individer behöver få behandling innan en blir hjälpt kan det finnas andra insatser som är mer kostnadseffektiva.

Kunskap om insatsers effekter förändras genom att nya studier och nya insatser tillkommer. Det kan förändra slutsatser om insatsers evidens. Den säkraste kunskapen kommer från systematiska översikter av forskningen. Sammantaget betyder det att graden av tillförlitlighet avseende en viss insats effekt kan förändras med tiden.

För att säkrare kunna bedöma en insats effekter behövs två typer av information:

- Tillförlitliga resultat om att problemen minskat hos personer som fått insatsen. Det förutsätter i allmänhet att personerna har mätts både före given insats och efter genomförd insats.
- Tillförlitliga resultat om att förändringen beror på insatsen och inte på något annat. Mänskligt liv innebär förändring och därför är förändring i sig inget bevis för att en insats haft effekt. Det måste finnas bevis för att förändringen beror på insatsen och inte på andra faktorer. Det förutsätter i allmänhet någon form av jämförelsealternativ så att det säkrare går att värdera vad som skulle ha skett om personerna inte fått insatsen. Jämförelsealternativet kan vara ”standardbehandling”, en annan insats eller ingen insats (t.ex. väntelista).

I bilaga A beskrivs några faktorer som är av betydelse för tolkningen av vetenskapliga påståenden om insatsers effekter

Den metod som allt mer används för bedömning av tillförlitligheten till det sammanvägda resultatet i ett vetenskapligt underlag heter GRADE (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation). GRADE syftar till att på ett strukturerat och transparent sätt bedöma risker eller osäkerheter i det sammanvägda resultatet (kallades tidigare evidensgradering). GRADE används vid resultat från systematiska översikter och rekommendationer i riktlinjer som baseras på systematiska översikter. En GRADE-bedömning görs per utfallsmått. För en mer detaljerad beskrivning se Läs mer där referens till SBU:s metodbok finns.

Vid bedömning med hjälp av GRADE graderas tillförlitligheten till det sammanvägda resultatet i det vetenskapliga underlaget enligt en fyrgradig skala: hög, måttlig, låg eller mycket låg tillförlitlighet.

- ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet
- ⊕ ⊕ ⊕ ○ Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet
- ⊕ ⊕ ○ ○ Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet
- ⊕ ○ ○ ○ Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet. (Det går inte att bedöma om resultatet stämmer)

När det helt saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges "studier saknas", utan gradering av tillförlitligheten.

Utgångspunkten för bedömningen är hög tillförlitlighet (under förutsättning att underlaget består av studier med optimal design för att besvara frågeställningen). Därefter bedöms risken för att resultatet påverkats av osäkerheter i de olika riskområdena, se tabellen nedan. Om osäkerheten som introduceras i ett riskområde är allvarlig så kommer tillförlitligheten att sänkas med ett steg. Anses osäkerheten vara mycket allvarlig så sänks tillförlitligheten med två steg.

#### Riskområden i GRADE

Riskområde	
<b>1. Risk för bias (snedvridning)</b>	Avser det sammanlagda resultatet av de studier som tagits med i översikten. Hur stor är risken det sammanvägda utfallet påverkas av bristerna i studierna?
<b>2. Bristande samstämmighet</b>	Studierna i översikten visar olika resultat.
<b>3. Bristande precision</b>	Bedömning av konfidensintervallets bredd och läge för det sammanvägda resultatet.
<b>4. Bristande överförbarhet</b>	Avser om resultatet från studierna kommer att vara likartat för det sammanhang som forskningsfrågan avser (skillnader i population, i intervention, utfallsmått samt indirekta jämförelser)
<b>5. Publikationsbias</b>	Studier som av olika skäl inte publicerats eller publicerats med tidsfördröjning

Förenklat kan man säga att när det sammanvägda resultatet har en hög tillförlitlighet är det låg sannolikhet för att ny forskning kommer att ändra resultatet. Måttlig tillförlitlighet av resultatet kan vara en tillräcklig nivå för att tillämpa metoden i klinisk praxis om andra kriterier är uppfyllda, till exempel rimlig kostnadseffektivitet. Låg tillförlitlighet tydliggör att mer forskning behövs.

## När vetenskaplig kunskap saknas

Även om en insats inte är utvärderad vetenskapligt kan den vara effektiv, men frånvaron av vetenskapliga studier innebär lägre tillförlitlighet.

I detta stöd har två sätt att hantera bristande kunskap beskrivits (se steg 2:3), dels att systematiskt följa upp den egna verksamheten, dels att använda sig av en konsensusprocess. Ytterligare ett sätt att värdera en insats är att göra en teoretisk analys och värdering och då utgå från tre kriterier som forskning identifierat som viktiga:

- En tydlig målgrupp. Det finns en tydlig beskrivning av målgruppens behov, en metod för att säkerställa att det är rätt målgrupp, en metod för att fortlöpande avläsa om målgruppens behov tillgodoses samt riktlinjer för om och när andra bör kontaktas för att ge annat stöd.
- En rimlig förändringsteori. Den bakomliggande teorin har stöd i forskning om risk- och skyddsfaktorer och det finns forskningsstöd som indikerar att insatsen ger en förändring samt att kort- och långsiktiga effekter är teoretiskt realistiska.
- En genomarbetad utbildning. Kraven på förkunskaper för dem som ska använda metoden är tydliggjorda. Utbildning i metoden är strukturerad med tydligt format, tydlig omfattning och intensitet. Det finns en skriftlig manual som förklarar vad som leder till förändring och vilka effekter som kan förväntas. Det finns en metod för att kontrollera att insatsen används som avsett. Det finns handledning, som ges av en handledare med nödvändiga kvalifikationer.

Sannolikheten för att insatser fungerar är större för de insatser som uppfyller ovanstående kriterier än för de insatser som inte gör det – men det är likväl ingen garanti. När det finns ett urval tänkbara insatser bör man undvika dem som inte uppfyller ovanstående kriterier, till exempel insatser som påstås fungera för alla typer av problem, insatser som saknar en teori om varför de ska fungera, insatser som saknar eller har ett otydligt vetenskapligt stöd och insatser som endast kräver en kort utbildning.

### 3:2 – Passar insatsen för personens behov?

Sökningen i steg 2 utgick ifrån vilka insatser som hjälper en definierad målgrupp. Men utvärderingar av insatser ger endast kunskap om genomsnittliga effekter, vilket betyder att det inte finns någon garanti för att en viss insats fungerar för en specifik person eftersom viktiga förutsättningar kanske saknas. En insats kan exempelvis förutsätta att det finns ett stödjande nätverk och om detta inte finns kan inte insatsen fungera optimalt. Det kan också vara så att personen inte kan tänka sig att prova insatsen.

Det har en viss betydelse var insatsen är utvecklad och utvärderad eftersom människors situation och omständigheter kan skilja sig åt i olika länder. Har utvecklingen skett i ett annat land än Sverige kan det därför medföra att resultaten inte blir desamma som i ursprungslandet/ursprungskontexten.

Några faktorer som bör undersökas för att avgöra om insatsen är relevant för den enskilde personen är:

- Omfattningen på personens problematik. Har insatsen endast vetenskapligt stöd för en målgrupp med väsentligt lägre (eller högre) grad av problem än den aktuella personen kan insatsen vara olämplig (t.ex. placering av en ungdom med lättare form av kriminalitet tillsammans med allvarligt belastade ungdomar eller öppenvårdsinsatser för personer med suicidtankar)
- Individuella egenskaper. Ställer insatsen speciella krav som personen inte kan leva upp till kan den vara olämplig (t.ex. en insats som genomförs i grupp och som förutsätter social kompetens hos deltagarna).
- Personens värderingar. Kommer insatsen i konflikt med personens värderingar kan den vara olämplig. Läkemedelsbehandling vid beroendeproblem kan exempelvis vara ett sådant område.

Det finns ingen exakt metod för bedömning av huruvida eller på vilket sätt dessa faktorer påverkar relevansen för en viss insats för en enskild person. Bedömningen bygger på den professionelles erfarenhet och kompetenser och den berörda personens situation och uppfattning. Den professionelle kan göra en första värdering utifrån den information som samlats in om personen. Därefter behöver olika insatsers lämplighet diskuteras tillsammans med den berörda personen (4:1).

### 3:3 – Praktisk relevans och genomförbarhet

Även om en insats har hög vetenskaplig trovärdighet kan den sakna relevans. Några vanliga orsaker till detta är:

- Det finns inte någon utförare inom rimligt avstånd som kan ge insatsen.
- Det saknas organisatoriska förutsättningar. Kommunen kan ha upphandlat utförare av insatser vilket begränsar möjligheten att använda andra utförare. En liten kommun kan ha svårt att upphandla flera insatser på grund av begränsade resurser.
- Det saknas seriösa utförare. Det kan ifrågasättas om de utförare



som finns har nödvändig kompetens för att utföra insatsen som utlovat. Tidigare erfarenheter av vissa utförare reser frågor om deras lämplighet, till exempel anklagelser om att ha utsatt klienter för oegentligheter.

- Det pågår andra insatser som kan komma i konflikt med den nya insatsen. Här får den professionelle, tillsammans med personen, bedöma i vilken ordning och på vilket sätt de olika insatserna kan ges.

Professionella har alltid tvingats till denna typ av praktiska hänsyn vid beslut om insatser och behandling. I en evidensbaserad praktik blir övervägandena mer transparenta och orsakerna till vissa beslut blir tydligare.

### 3:4 – Sammanställning av informationen

All informationen om de olika alternativa insatserna sammanställs på en blankett. Den används i steg 4 som ett underlag när informationen kommuniceras till klienten. Informationen kan samlas under fem rubriker:

- Vetenskapligt stöd (inkl. referenser till stödet)
- Positiva effekter
- Negativa effekter
- Krav som insatsen ställer på personen (t.ex. tid, väntetid för behandling)
- Den professionelles erfarenheter av insatsen.

I steg 4 presenteras denna information för den berörda personen.

I bilaga B finns ett exempel på en blankett där informationen sammanställts.

## Läs mer

- **GRADE – tillförlitlighet för sammanvägda resultat – kvantitativa studier SBU:s metodbok. Kapitel 9**  
<https://www.sbu.se/sv/metod/?pub=48286#48348>
- **Systematiskt översiktsarbete och evidensgradering med GRADE (Webbutbildning från Socialstyrelsen, 2014)**  
<https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/102/Systematiskt%C3%B6versiktsarbeteoch evidensgraderingmedGRADE>
- **Att göra effektutvärderingar**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/evidensbaserad-praktik-att-gora-effektutvarderingar.pdf>
- **Nytt synsätt på betydelsen av metod och relation i behandlingsarbete**  
[https://www.researchgate.net/publication/261178656\\_Nytt\\_synsatt\\_pa\\_betydelsen\\_av\\_metod\\_och\\_relation\\_i\\_behandlingsarbete](https://www.researchgate.net/publication/261178656_Nytt_synsatt_pa_betydelsen_av_metod_och_relation_i_behandlingsarbete)
- **Sex röster om uppföljning och utvärdering**  
<https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/sex-roster-om-uppfoljning-och-utvardering.html>
- **Vetenskaplig kvalitet i publicerade effektutvärderingar. 169 svenska utvärderingar av psykologiska och sociala interventioner**  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-5-18.pdf>
- **Granskningsmallar för bedömning av randomiserat kontrollerade studier, i systematiska översikter och annat.**  
<https://www.sbu.se/sv/metod/>

## Steg 3. Samuel – Värdera kunskapen

*Detta inte är en rekommendation utan en illustration av hur man kan arbeta evidensbaserat. I de fall vi namnger insatser och bedömningsmetoder är det utifrån rådande kunskapsläge. I ärendet beskrivs enbart den evidensbaserade processen i ärendet, inte den formella handläggningen.*

Socialekreteraren Sabina samlade i steg 2 in bästa tillgängliga kunskap för att kunna besvara de frågor som hon formulerade i steg 1. Nu är det dags för steg 3: Värdera den insamlade kunskapen.

### Steg 3:1 – Vetenskaplig tillförlitlighet

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård har medicinering med läkemedel X effekt enskilt men kan även kombineras med psykosocial behandling (prioritet 1). Exempel på behandlingsmetoder som har visat effekt är motiverande samtal (MI), kognitivt beteendeterapeutiska metoder (KBT) och 12-stegsbehandling. Specifika metoder har bättre effekt än ospecifika, stödjande.

I riktlinjerna anges också att läkemedel X har goda effekter vid alkoholmissbruk. Ett annat exempel på effektiv läkemedelsbehandling är läkemedel Y. Både X och Y har högsta prioritet, 1.

### Steg 3:2 – Passar insatsen för personens behov?

För personer med mindre allvarliga missbruksproblem har intensiteten och längden på behandlingen ingen större betydelse, men för personer med ett mer omfattande missbruksproblem blir behandlingsresultatet bättre med en mer omfattande behandling. Det finns alltså ett visst forskningsstöd för att anpassa behandlingens omfattning efter missbrukets svårighetsgrad (prioritet 2).

Samuel har en hög AUDIT-poäng, vilket gör att socialekreteraren uppfattar Samuels missbruk som allvarligt.

### Steg 3:3 – Praktisk relevans och genomförbarhet

I socialförvaltningens riktlinjer för insatser till vuxna missbrukare anges att det är viktigt att agera snabbt vid beslut om åtgärder och behandlingsinsatser samt att unga personer alltid ska erbjudas insatser som syftar till full rehabilitering. I den lokala öppenvården finns behandlare med KBT-inriktning, som också är utbildade i MI och som arbetar med unga personer med missbruksproblem.

Socialekreteraren stämmer av de rekommenderade insatserna med det hon nu vet om Samuels styrkor och svårigheter. Hennes bedömning är att Samuel väl överensstämmer med den målgrupp som de olika rekommenderade insatserna är avsedda för. Han är exempelvis väl motiverad till behandling. Han har på eget initiativ ordnat med läkarkontakt för medicinering med läkemedel X och han

kontaktade tillsammans med mamman socialtjänsten för mer hjälp. Han har lyckats hålla sig nykter i flera veckor då han bodde hos sin släkting och han oroar sig för återfall.

Eftersom Samuel har klarat av att vara nykter under flera veckor på egen hand bedöms han inte vara i behov av daglig behandling. Socialsekreteraren bedömer att behandling 1–2 gånger i veckan är tillräckligt. Då kan Samuel också gå i skolan, vilket är hans huvudsakliga mål. Eftersom Samuel har påbörjat en förändring på egen hand bör insatserna syfta till att stärka honom så att den positiva utvecklingen kan fortsätta. För att Samuel ska lära sig att identifiera och hantera situationer där det finns risk för återfall är individuell KBT-behandling ett rimligt behandlingsalternativ. Ett annat alternativ är motiverande samtal, MI.

### Steg 3:4. Sammanställning av informationen

Socialsekreteraren sammanställer informationen på ett lättöverskådligt för att i nästa steg diskutera handlingsalternativen tillsammans med Samuel.

# STEG 4

## Välja insats

*Här beskrivs hur man kommunicerar den insamlade kunskapen till den berörda personen för att i dialog välja en insats och planera genomförandet.*

Processen att komma fram till ett val av en eller flera insatser som kan accepteras av alla parter består av flera delar. Först är det viktigt att återknyta till den tidigare dialogen om delaktighet för den berörda personen och vad valet innebär. Den processen initieras redan i steg 1. Klienten har ingen formell rätt att själv besluta om åtgärd. Men för att insatserna ska bli framgångsrika är det viktigt att klienten så långt det är möjligt har inflytande och möjlighet att påverka både hur insatserna utformas och hur de genomförs. Insatser enligt socialtjänstlagen kan också bara ges på frivillig väg. För att personen ska kunna vara delaktig behöver socialtjänsten särskilt uppmärksamma den berörda personens tillgång till information och till kommunikativt eller kognitivt stöd utifrån dennes förutsättningar och mognad [25, 26].

### 4:1– Diskutera alternativen med personen

Sammanställningen som gjordes i steg 3:4 gör det lättare att få en överblick över alternativen, en hjälp som kan vara särskilt betydelsefull för klienten i situationer som är psykiskt påfrestande. Alternativen behöver diskuteras och det ökar möjligheten att komma fram till ett välavvägt val av insats.

Klienten kan behöva tänka över de olika alternativen i lugn och ro och att diskutera med närstående, innan klienten behöver ta ställning. Lämplig information att ge vid genomgången av de olika alternativen förklaras nedan.

#### *Vetenskapligt stöd*

Det vetenskapliga stödet för vad de alternativa insatserna innebär behöver beskrivas. Det kan vara lämpligt att konkretisera informationen med hjälp av det PICO som varit underlag för sökningen efter bästa tillgängliga kunskap (steg1:4), till exempel: ”Med insats A har två av fem personer som har en situation som liknar din varit drogfria efter ett år. Det resultatet har hög tillförlitlighet och är hämtat från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.”

Om det finns ett vetenskapligt stöd för insatsen är det viktigt att förklara att vetenskapliga resultat visar genomsnittliga effekter jämfört med en annan insats och att det innebär att det inte finns någon garanti för att insatsen automatiskt fungerar för den enskilde personen. Om det istället saknas forskningsstöd är det viktigt att betona att det inte finns någon säker kunskap om insatsens effekt eftersom den inte är utvärderad, men att den ändå kan vara effektiv.

Kanske har verksamheten använt den med gott resultat för andra personer med en liknande problembild.

### *Insatsers positiva och negativa effekter*

Likaväl som det finns positiva effekter av insatser förekommer det negativa effekter. En utgångspunkt är att alla insatser som kan ha positiva effekter även kan medföra negativa effekter under vissa omständigheter. För att klienter/patienter, personal och beslutsfattare ska kunna fatta informerade beslut behövs information om balansen mellan risk och nytta med en insats. En utmaning är att befintlig forskningslitteratur mindre ofta ger en lika utförlig information av riskerna som av nyttan. Oavsett om riskerna är kända eller inte, är det viktigt att väga in det i valet av insats.

En insats kanske hjälper 12 av 20 personer, saknar effekt för 7 av 20 och har negativa effekter för 1 av 20. Den risknivån kan kanske vara acceptabel för den berörda personen.

### *Praktiska förutsättningar*

Alla insatser ställer praktiska krav på mottagarna. I steg 3:2 bedöms huruvida den berörda personen tillhör den målgrupp som en viss insats är utvecklad för. Detta är en grundförutsättning vid val av insats men man behöver även beakta andra aspekter, såsom personens livssituation. En insats är kanske lämplig för personen om man endast ser till målgrupp för insatsen, men den är olämplig eftersom den inte kan genomföras så som det är tänkt. Exempelvis kan en insats vara utformad så att den ska genomföras två timmar per dag medan klienten bara kan eller vill ägna sig åt insatsen två timmar per vecka. Om insatsen ändå väljs kan man inte räkna med att nå samma effekt som om den genomförts så som det är avsett. Ett annat hinder kan vara att insatsen kräver deltagande i gruppbehandling, vilket inte alla klarar av. Eventuella kostnader, till exempel för resor eller måltider ute, kan också vara ett hinder.

Det kan även handla om i vilket sammanhang insatsen ska utföras. Vid placering utom hemmet kan omgivningsfaktorer vara viktiga, till exempel att personen måste dela rum med någon annan eller att användning av mobiltelefon är tillåten endast vissa tider.

### *Professionellas erfarenheter av insatsen*

I första hand handlar det om egna erfarenheter av utförare av insatser samt om insatsens innehåll och genomförande. Det kan också handla om att de professionella har tagit del av klienters erfarenheter av insatserna.

### *Personens önskemål*

Om klienten önskar en viss insats kan orsakerna vara flera, till exempel tidigare negativa erfarenheter av andra insatser eller ideologiska eller religiösa värderingar. Det är därför viktigt att fråga om personens inställning och värderingar. Om personen inte delar de värderingar som ligger till grund för en viss insats kan det komma att påverka personens motivation för att fullfölja den beslutade insatsen. Klienten kan tacka nej till det stöd och den hjälp som erbjuds.

<i>Exempel på en sammanställning av för- och nackdelar med olika alternativ</i>			
	<b>Insats X</b>	<b>Insats Y</b>	<b>Ingen insats</b>
<b>Vetenskapligt stöd</b>	Saknas	Måttligt vetenskapligt stöd.	Saknas
<b>Positiva effekter med insatsen</b>	Saknas	Två av fem är drogfria efter ett år.	Normalt ingen förändring
<b>Negativa effekter med insatsen</b>	Det finns klagomål över att behandlingen är enformig.	Inga kända	Kan förvärra problematiken
<b>Praktiska förutsättningar (väntetid för behandling, osv)</b>	Behandling kan starta omgående. Behandlingen sker på institution under 3–5 månader.	Väntetiden till behandling är 1–2 mån. Behandlingen omfattar 10 timmar / vecka under 12 månader.	
<b>Professionelles erfarenhet av insatsen</b>	Systematisk uppföljning av tidigare personer som fått insatsen visar på goda resultat.	Saknar erfarenhet av insatsen eftersom den är ny i Sverige.	Få positiva resultat
<b>Personens uppfattning etc</b>			

## 4:2 – Val av insats

Den professionelle behöver ge klienten en möjlighet att fundera över huruvida informationen är tillräcklig för att personen ska kunna vara aktiv och delaktig vid val av insats. Diskussionen om lämpliga alternativ kan föras vid ett tillfälle och beslutet kan tas vid ett annat, senare tillfälle. På så vis kan klienten fundera i lugn och ro, både enskilt och tillsammans med anhöriga, över vad de olika insatserna kan komma att innebära.

Nästan alla vill bli informerade om vilka alternativa insatser som finns, men alla vill inte delta i valet. Inom hälso- och sjukvård finns exempel från cancerbehandling, där en tredjedel av patienterna inte vill delta i beslutet. Det önskemålet måste respekteras.

Om personen varit delaktig under hela processen kommer i de flesta fall handläggarens och personens val att vara samstämmigt. Det händer dock att personen inte är tillfreds med någon av de föreslagna insatserna. Om det handlar om frivilliga insatser bör personens önskemål då respekteras.

## 4:3 – Formulera mätbara mål

För att kunna följa upp behöver det omformuleras konkreta mål för vad man vill uppnå med insatsen. Dessa mål ska vara mätbara så att det går att följa upp om personens situation förbättrats. Målen ska ange specifika förändringar som personen vill uppnå. Viktigt är att målen ger en ram åt det fortsatta uppföljningsarbetet, så att det går att mäta huruvida utfallet av insatsen rör sig mot målet eller från målet. Att formulera konkreta mål ger också en möjlighet att ge löpande återkoppling om processen så att en avstämning kan ske kontinuerligt. När insatsen genomförs av andra än utredaren kan det vara utföraren som tillsammans med klienten formulerar de konkreta målen.

Ett vanligt misstag är att ange mål i vaga och abstrakta termer, mål som i bästa fall kan peka ut en riktning men inte mer. Exempel på övergripande mål är ”att kunna kommunicera bättre med familjen”, ”att bli drogfri” samt ”att få mer insikt om mig själv och min situation”. Abstrakta mål ger ett stort utrymme för tolkning av resultaten. Om man istället frågar i vilka situationer ett visst beteende förekommer eller vilka uttryck ett beteende tar sig, kan man formulera en mer konkret beskrivning av problemet. Det blir då lättare att tänka i nästa steg: Vad ska öka? Vad ska minska?

Det är viktigt att målet är relaterat till problemet och att det faktiskt är möjligt att påverka med den beviljade insatsen. Man bör skilja på mål och delmål. Delmål är ett mål på vägen och är ofta avgränsat i tid. Det är nästan omöjligt att gå direkt från problem till slutmål. En fördel med att formulera delmål är att de är lättare att nå än de övergripande målen som kan ligga långt fram i tiden. Att sätta upp delmål som är möjliga att nå inom en kort tid kan vara motivationshöjande för personen.

Exempel övergripande mål	Exempel mätbara mål	Exempel mätbara delmål
Bättre kommunikation i familjen	Att samtala med barnen utan konflikt, minst fem gånger i veckan	Att samtala med barnen utan konflikt tre gånger i veckan under en månad framöver
Hitta sig själv	Genomgå introduktionsutbildning i yoga	Att under nästa vecka tillsammans med kontaktpersonen eller boendestödjaren besöka hälso-centret där yogautbildningen erbjuds
Bli mindre ensam	Träffa en vän en gång varje helg	Att med hjälp av kontaktpersonen eller boendestödjaren kontakta en vän
Bli drogfri	Öka antalet dagar utan droger från två per vecka till fyra per vecka	Att ha minst en drogfri dag i veckan tre veckor framöver



Det kan uppstå flera problem och frågor i arbetet med att formulera mål och delmål som kan hindra processen. Finns det till exempel personer som haft vinster av personens tidigare beteende? Det finns en möjlighet att en förändring i personens situation kan leda till vissa negativa konsekvenser för dessa personer eller till annat, och det är viktigt att diskutera vad det kan vara i varje enskilt fall. Genom att diskutera vad som kommer att hända när målet är uppnått kan personen vara bättre förberedd på eventuella svårigheter.

### *Fem komponenter i uppföljningsbara mål*

Många verksamheter inom socialtjänsten arbetar redan med modeller för effektiva målformuleringar. En modell är SMART, som är en akronym för specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbundet. Modellen är speciellt användbar när flera är inblandade i arbetet med att formulera mål eftersom den ger ett gemensamt ramverk att hålla sig inom.

Det finns ingen anledning att implementera en ny målformuleringsmodell om man är nöjd med den som verksamheten redan använder. Det är dock viktigt att modellen inkluderar de fem aspekter som tas upp i det följande.

#### **1. Vem ska uppnå målet?**

Mål ska vara relaterade till resultat och aktiviteter för personen, de ska alltså inte ange vad den professionelle ska göra. Exemplet ”Jag ska ge dig stödsamtal för att minska din depression” är inte ett godtagbart mål. Att minska depression är ett mål men att ge stödsamtal är en insats. Exempel på mål är att påverka känslor, tankar och beteenden som är förknippade med depressionen. Ett konkret mål kan vara att ”gå och handla på egen hand en gång i veckan”.

#### **2. Vad ska uppnås?**

Hur tycker personen att situationen ska vara när målet är uppnått? Vad ska personen ha uppfyllt för att målet ska vara uppnått? Det är bra att tänka i termer av vad som ska öka respektive minska och det är viktigt att lyssna på vad personen tycker är relevant. Det är ofta bra att fokusera på positiva utfall istället för på negativa. Positiva mål kan dessutom fungera som motivationshöjare i behandlingen, inte bara som mätpunkter.

#### **3. Vilken omfattning?**

Syftet är att mäta hur framgångsrikt och hur ofta personen närmar sig (del)målet. Man ska försöka sätta upp mål på en nivå som är realistisk för personen, både avseende vad som ska göras och hur ofta det ska göras. Det är viktigt att mäta det som ska förändras före insatsen så att man avläsa förändring under eller efter insatsen. Beroende på problematik kan delmål vara viktiga, särskilt om målet är högt ställt. Ett delmål går att nå lättare och snabbare och det kan öka personens motivation för att fortsätta till nästa delmål. I allmänhet formuleras delmål på samma sätt som huvudmål, fast i mindre kvantitet, och kan fungera som ”mittenmål”. Alla delmål behöver inte formuleras direkt och skulle en person misslyckas med ett delmål kan det ge information som kan omvandlas till ett nytt delmål.

När man funderar ut en målformulering kan följande frågor vara till hjälp:

- Vem ska uppnå målet?
- Vad ska uppnås?
- I vilken omfattning ska insatsen/aktiviteten genomföras?
- Under vilka förutsättningar ska insatsen/aktiviteten genomföras?
- När i tid ska målet vara uppnått

#### 4. Under vilka förutsättningar?

Det är viktigt att specificera under vilka förutsättningar och i vilka situationer som det önskade beteendet eller aktiviteterna ska ske. Hur ofta förekommer beteendet eller aktiviteten under insats? Kanske enbart i vissa situationer eller vid vissa tillfällen, till exempel hemma men inte i skolan eller på arbetet?

#### 5. När i tid ska målet vara uppnått?

Det ska finnas ett tydligt datum då man ska följa upp om målet eller delmålen har uppnåtts. Man behöver ha funderat på vad som är realistiskt att uppnå med tanke på personens förmåga och situation. Förväntningarna behöver dessutom vara rimliga. Vilka förändringar kan det vara rimligt att förvänta sig? Vad anser personen? En diskussion med personen kan bidra till att förväntningarna blir rimliga och realistiska att uppnå inom en viss tid.

Mål och delmål skrivs med fördel in i personens vårdplan och genomförandeplan.

### 4:4 – Planera för och genomföra insats

När ett beslut är fattat börjar planeringen för genomförandet. Beroende på vilken eller vilka insatser som beviljats ser planeringen olika ut, men den ska alltid göras tillsammans med personen och bör tydligt definieras i tid, omfattning och avstämningstillfällen. I de flesta fall genomförs själva insatsen av andra personer än den beslutande socialsekreteraren.

Exempel på basfrågor inför planeringen av genomförandet:

- När ska insatsen starta?
- Hur lång tid ska insatsen pågå?
- Hur ska insatsen följas upp?

## Behandlingstrohet

En central fråga är att säkra att personen verkligen får den insats som beviljats, dvs. att insatsen är den som beslutats. Ett nyckelbegrepp är behandlingstrohet, som omfattar två dimensioner:

- Följsamhet – att specifika moment, ofta kallade kärnkomponenter, i en behandling faktiskt genomförs, till exempel enligt en manual.
- Kompetens – att dessa moment genomförs på ett skickligt sätt, till exempel med rätt timing och flexibilitet.

Följsamhet brukar beskrivas som kontextoberoende, dvs. att behandlingen ska vara lika och ska genomföras på samma sätt för alla, oavsett vem som är klient eller vem som ger behandlingen.

Kompetens handlar bland annat om att kunna göra de kontextuella anpassningar som krävs när behandlingen tillämpas i enskilda fall.

Med utgångspunkt i dimensionerna följsamhet och kompetens kan den professionelle utforma avstämningspunkter för att säkra att insatsen ges med hög kvalitet. Några exempel:

- Dokumentation kan begäras in, exempelvis genom att vårdgivaren kontrakterats att regelbundet låta den berörda personen besvara kortfattade bedömningsmetoder för att följa utvecklingen.
- Den berörda personen kan få dokumentera huruvida centrala komponenter genomförts (t.ex. att planerade rollspel har genomförts eller att hemuppgifter har delats ut och följts upp). Avstämning kan ske via korta telefonsamtal eller e-post/sms.

Det är bra att i förväg ha kommit överens med utföraren om hur återkopplingen om behandlingstrohet till socialsekreteraren ska ske.

### Läs mer

- **Med målet i sikte – Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-9-3.pdf>

- **Aggression Replacement Training (ART) i Sverige – spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering**

<https://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:1092378/FULLTEXT01.pdf>

- **Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Resultat efter två år**

[https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-8\\_20091268.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-8_20091268.pdf)

- **Användbar evidens. Om följsamhet och anpassningar**

<https://www.nok.se/titlar/akademisk-psykologi/anvandbar-evidens/>

## Steg. 4 Samuel – Val av insats

*Detta inte är en rekommendation utan en illustration av hur man kan arbeta evidensbaserat. I de fall vi namnger insatser och bedömningsmetoder är det utifrån rådande kunskapsläge. I ärendet beskrivs enbart den evidensbaserade processen i ärendet, inte den formella handläggningen.*

I steg 3 värderade socialsekreteraren Sabina den insamlade kunskapen och sammanställde den på ett lättöverskådligt sätt. Nu är det dags att informera Samuel om vad hon kommit fram till. Därefter ska de tillsammans arbeta med steg 4, dvs. komma fram till ett val av insats.

### Steg 4:1 – Diskutera behandlingsalternativen med personen

När socialsekreteraren träffar Samuel nästa gång presenterar hon behandlingsalternativen och vilket vetenskapligt stöd dessa har. Samuel anser att hans problem i relationen med mamman till stor del beror på hans alkoholmissbruk. Han tror att relationen kommer att bli bättre och att mammans oro kommer att minska om han håller sig nykter under en längre tid. Socialsekreteraren frågar om Samuel är intresserad av att börja med basketträningen igen och om hon kan hjälpa honom på något sätt. En möjlighet är att hitta en kontaktperson som stöttar Samuel på fritiden. Efter att diskuterat det alternativet säger Samuel att han vill försöka klara det själv.

Socialsekreteraren berättar att hon kan erbjuda Samuels mamma en kortare tids stödkontakt och hon frågar Samuel vad han tycker om den idén. Samuel svarar att han tycker att det är bra.

### Steg 4:2 – Val av insats

Socialsekreteraren och Samuel kommer överens om följande:

- Samuel ska få individuell KBT-behandling för att lära sig hantera risksituationer för alkoholberusning. Behandlingen planeras omfatta 10–20 tillfällen, men kan förlängas. Samuel kommer att kallas till ett första möte inom två veckor.
- Samuel ska återuppta basketträningen inom en månad.
- Mamman ska få träffa en stödperson vid fem tillfällen. Stödpersonen ska bland annat berätta för henne om alternativa förhållningssätt för att öka möjligheterna till ett mer positivt samspel mellan henne och Samuel.
- Samuel ska fortsätta med sin behandling med läkemedel XX.

## Steg 4:3 – Formulera mätbara mål

I samband med att socialsekreteraren och Samuel gör ett val av stöd och insatser för Samuel sätter de också upp ett antal kriterier för vad som ska anses vara godkänt vid ett återbesök efter en månad. Målen är att Samuel ska

- gå till skolan varje dag
- hålla sig nykter
- ha börjat med basketträning.

Dessutom ska Samuel och hans mamma ha ett minst ett samtal per dag som slutar utan att de hamnat i konflikt med varandra.

De långsiktiga målen, som ska följas upp efter sex månader respektive ett år, är att Samuel

- får betyg i alla ämnen
- har minst en kamrat som inte dricker, åtminstone inte varje helg
- har lägre problemskattning och hjälpbehovsskattning i ADAD
- får en poäng som är 10 eller lägre vid en AUDIT-intervju.

## Steg 4:4 – Planera för och genomföra insats

Socialsekreteraren och Samuel kommer överens om att följa upp de individuella målen. De ska ses efter en månad, efter tre månader och efter sex månader. Vid behov ska Samuel ta kontakt och uppföljningstiderna kan justeras om det behövs.

# STEG 5

## Följa upp

*Här beskrivs hur både den enskilde klientens situation och EBP-processen följs upp. Det ingår även att information från individbaserad systematisk uppföljning kan användas för att utveckla verksamheten.*

En förutsättning för att utveckla socialt arbete är att det dokumenteras på ett sådant sätt att det beskriver arbetet i viktiga avseenden. Som i all uppföljning är det centralt att använda gemensamma definitioner och att samla tillförlitliga och representativa data för de frågor som ska belysas. Professionella inom vård- och omsorg behöver följa upp sin verksamhet för att kunna utveckla och kvalitetssäkra verksamheten.

Uppföljning kan göras på många sätt. Här följer fyra kompletterande alternativ som presenteras i den tidsmässiga ordning som de vanligtvis genomförs: (1) den berörda personens delaktighet, (2) genomförbarheten av de fyra första stegen i EBP-processen och (3) individbaserad systematisk uppföljning av den berörda personen. Dessa tre former av uppföljning används sedan som underlag för verksamhetsutveckling (4) när informationen sammanställs för hela verksamheten. Ett särskilt sätt att följa en enskild klient, MOS, (målriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer) presenteras också.

### 5:1– Personens delaktighet

En viktig aspekt av EBP är att ta reda på i vilken grad de berörda personerna uppfattar att de varit delaktiga i processen. Det kan göras genom att personen anonymt får fylla i enkäten på plats, stoppa den i ett kuvert och lägga den i en brevlåda på socialkontoret som är avsedd för just det ändamålet. Det är en fördel att först gå igenom frågorna tillsammans med personen innan personen besvarar enkäten. För att öka tillförlitligheten i svaren är det viktigt att personen får en garanti för att personens svar är anonyma. Det är även viktigt att förklara hur svaren kommer att användas och att poängtera att svaren är värdefulla för verksamheten. Den enskilda personens tillfälle, förmåga och vilja till delaktighet är viktiga utgångspunkter i socialtjänsten. Flera bestämmelser i lagstiftningen anger att människor ska få möjlighet komma till tals och medverka vid beslut om och genomförande av insatser. Du kan läsa mer om delaktighet på sidorna 15 till 17.

### 5:2 – Uppföljning av de fyra tidigare stegen

En uppföljning av de första fyra stegen i evidensbaserad praktik ger ett underlag som möjliggör för både den professionelle och verksamheten att värdera hur det egna arbetet kan utvecklas. Är det något steg som har varit speciellt svårt att genomföra? Om så är fallet indikerar det att särskilda satsningar kan behöva göras.

Ett enkelt sätt att följa upp är att använda den medföljande checklistan. Alla nej-svar i listan indikerar behov av vidare uppföljning. Checklistan kan användas både för den enskilda utredningen, för flera utredningar som görs av en viss professionell och för hela verksamheten. Det senare förutsätter att checklistan används genomgående.

Ett annat sätt att på verksamhetsnivå undersöka inställningen till och användningen av ett evidensbaserat arbetssätt är att använda sig av EBP-termometern. Det är en elektronisk enkät med 37 frågor som är enkla att besvara och som är gratis att använda. EBP-termometern undersöker kunskapen om, attityder till och användning av evidensbaserad praktik.

- Ta tempen på förändringsarbetet med EBP-termometern.

## 5:3 – Individbaserad systematisk uppföljning för enskilda klienter

Systematisk uppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta enskilda klienters problem och behov, insatser och resultat. Informationen kan sammanställas på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamheten (se steg 5:4). Uppföljningen av den enskilde personen kan göras på olika sätt. Finns det ett fungerande system för systematisk uppföljning inom verksamheten är det bra att fortsätta att använda det.

Grunden i systematisk uppföljning är uppgifter om den enskilda personen: personens huvudsakliga problem och hjälpbehov, anhörigas behov, genomförda insatser och förväntade mål med insatserna. Personens uppfattning om de insatser som personen har fått är också viktig information.

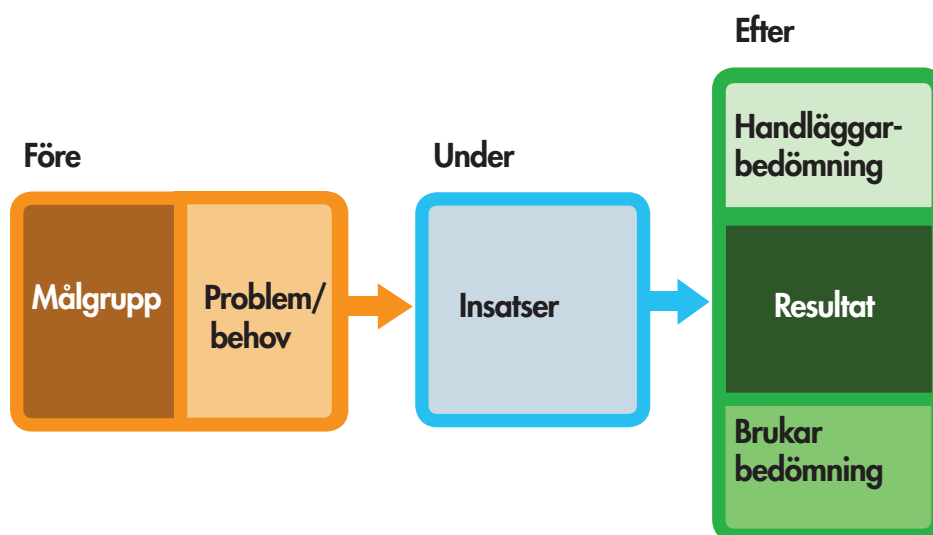
Genom att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning kan man kontinuerligt följa en person under pågående insats för att kontrollera om personen verkligen får den insats som beviljats, om personen har ytterligare behov samt hur personens och de anhörigas problem och behov förändrats från läget före insatsen till läget efter att insatsen avslutats. Ytterligare en fördel med individbaserad systematisk uppföljning är att klienters förtroende sannolikt stärks när de upplever att socialtjänsten följer upp sitt arbete på ett systematiskt sätt. Systematisk uppföljning visar förändring, alltså en riktning, men ger inte kunskap om en insats generella effekter.

Det finns en mängd frågor att ställa vid systematisk uppföljning: Har den berörda personens situation förbättrats? Har insatsen genomförts på ett tillfredställande sätt? Är personen nöjd med insatsen? Har klienten fått utvärdera/skatta sina framsteg i förhållande till mål, fått skatta sitt samarbete med behandlaren, fått utvärdera bemötande? Insatsen har kanske inte genomförts på rätt sätt eller behöver kanske intensifieras? Har klienten medverkat som planerat? Har behandlaren ställt in? Genom att steg för steg följa hur det går för den berörda personen skapas en bättre beredskap för att göra de förändringar som är nödvändiga.

Hur resultaten förhåller sig till individuella mål är också en del av systematisk uppföljning. Genom att följa upp de mål som formulerats i steg 4 kan man följa personens förändring. Vissa mål är satta långt fram i tiden och i sådana fall brukar man sätta upp delmål, och det är dem man följer upp.

För att kunna mäta förändring behövs mått och beskrivningar av personens problem och mål med insatsen före, under och efter insats. Med fördel används de indikatorer och mått som använts tidigare. Om till exempel en viss bedömningsmetod eller ett visst formulär använts i steg ett, bör det användas även vid uppföljningen, förutsatt att det kan användas för det ändamålet. En jämförelse av resultaten från de båda mättillfällena visar om situationen har förändrats. Här kan inga effekter mätas, men uppföljningen kan ge en bild av hur personens situation förändrats. Förändringstänkandet kan illustreras så här:

### Modell för systematisk uppföljning [27]



Om en person har valt att avsluta en pågående insats i förtid bör även detta följas upp. Att följa upp personer som avslutar innan insatsen är helt genomförd ger viktig kunskap. Det kan ge svar på den självklara frågan varför personen har avslutat insatsen men även på frågor som: Har personen nått sitt mål tidigare än förväntat? Har personen något annat stöd?

I skriften Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel [26] förklaras och exemplifieras olika steg i det praktiska arbetet med systematisk uppföljning.

I nästa avsnitt beskrivs en metod, MOS, som kan användas för systematisk uppföljning.

- Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel.



Nytta på individnivå med individbaserad systematisk uppföljning

Att säkerställa stöd och insatser med god kvalitet och som ger goda resultat genom

- kunskap till individen för initierade val av insatser
- ökat fokus på mål och förändring för individen och individens situation
- möjlighet att veta vad verksamheten gör och med vilket resultat för individen
- kunskap om målgruppens situation och de insatser den får.

### *Följa upp med MOS – målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer*

MOS betyder målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer och är ett sätt att följa upp och utvärdera den egna praktiken. MOS är ett särskilt stöd för att jobba med enskilda klienter. Vissa resultat kan sammanställas, som exempelvis måluppfyllelse. MOS är även ett verktyg som hjälper till att hålla fokus på det förbättringsmål som personen vill uppnå i varje led av processen. MOS innehåller följande steg:

1. Omformulering av personens problem till ett mätbart mål.
2. Beslut om insats.
3. Beslut om vad som ska mätas.
4. Förmätningar en eller flera gånger innan insatsen startar. Därefter mätningar med jämna mellanrum, både under tiden som insatsen ges och efter avslutad insats.
5. Beskrivning av insatsens beståndsdelar.

Utredningar som görs i förändringssyfte följer vanligtvis en plan för genomförandet steg för steg. I planen brukar också motivet för val av insats redovisas och ofta beskrivs också hur insatsen ska följas upp. MOS ska inte ersätta genomförandeplanen, utan ska snarare vara en integrerad del i varje steg.

MOS kan användas i allt arbete som handlar om att förändra beteenden, handlingssätt eller känslor. Personens eget engagemang är en viktig förutsättning för framgång i förändringsarbete och därför involveras personen i hela arbetsprocessen, från specificering av problem och mål till bedömning av resultatet. När resultaten återkopplas och personen ges möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter utvecklas kunskaper om till exempel insatsen eller om mätningarna.

Huvuddragen i utvärderingsmetoden MOS kan kortfattat beskrivas enligt följande.

## 1. Fokus på personens mål

Utifrån sina problem och bekymmer får personen hjälp att formulera ett realistiskt och relevant mål att arbeta vidare med (se steg 4:3). Målformuleringen fyller flera funktioner. Den visar vad personen vill uppnå och är beredd att arbeta med. Den ger dessutom idéer om vilken typ av insats som kan vara relevant och om vilka mätmetoder och utfallsmått som kan vara lämpliga för uppföljningen. Som professionell hjälper man personen att hitta ett mål som personen vill arbeta med och att formulera det på ett mätbart sätt. Målet blir då också en måttstock som visar om, eller i vilken grad, personen har nått sitt mål.

## 2. Upprepade mätningar

Uppföljningen bygger på upprepade mätningar som görs för att följa upp om målet har uppnåtts. Mätningar görs dels under perioder utan insats, dels under perioder med insats. Mätvärden från perioden utan insats bildar en baslinje som sedan jämförs med mätvärden från perioder med insats.

Som professionell hjälper man personen att hitta lämpliga mått, planerar mätningar, väljer mätmetoder och utvärderingsdesign. Beteendeobservation och standardiserade och individuella skattningsskalor är de vanligaste mätmetoderna. Det finns en uppsättning utvärderingsdesigner och samtliga bygger på mätningar, dels under baslinjer, dels under perioder med insats.

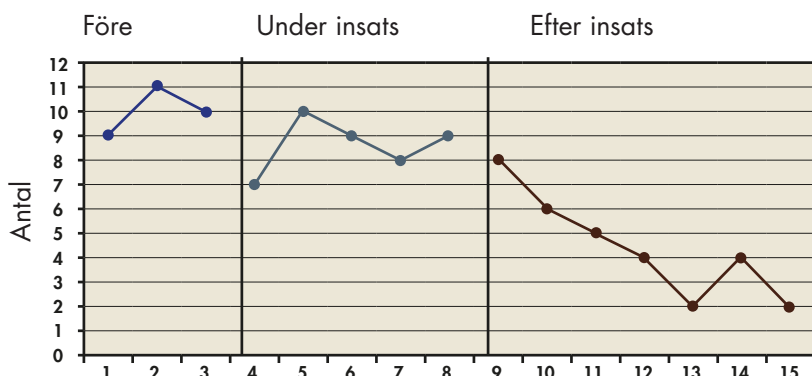
Innan den professionelle börjar använda metoden MOS är det viktigt att planera för hur själva mätningen ska gå till. Följande frågor ska vara besvarade innan man börjar mäta:

- Vad ska dokumenteras?
- Vilka mätmetoder ska användas?
- Vem ska samla in informationen?
- När och var ska informationen samlas in?
- Hur ofta ska informationen samlas in?
- Hur ska protokollet utformas?

### 3. Analys och bedömning

Mätuppgifterna samlas in, sammanställs och presenteras på ett överskådligt sätt, till exempel i en graf.

*Exempel på en graf som illustrerar en MOS-mätning där problemet ska minska.*



Med målet i sikte – Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS).

Skillnader i mätvärden mellan baslinjen och perioder med insats granskas och analyseras. Analysen ger svar på följande frågor: I vilken riktning har personens beteende eller situation förändrats? Har målet med insatsen uppnåtts? Verkar insatsen lämplig för den här personen? Kan insatsen avslutas eller bör den förlängas, förändras eller ersättas med en annan insats?

### 5:4 – Individbaserad systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling

Grunden i systematisk uppföljning är uppgifter om den enskilda personen. Viktiga uppgifter är olika typer av bakgrundsinformation och en tillförlitlig beskrivning av personens huvudsakliga problem. När uppgifter från systematisk uppföljning på individuell nivå sammanställs på gruppnivå ger det en mängd kunskaper om en verksamhet. Om en verksamhet har valt att följa upp alla delar i ärendeprocessen genereras kunskap om verksamhetens målgrupper, om vilka insatser som används och om resultatet av dessa insatser.

Resultatet av insatserna ger de ansvariga beslutsfattarna underlag för beslut om vilka insatser som verksamheten ska fortsätta att använda och om vilka som behöver utvecklas, förändras eller ersättas. Med systematisk uppföljning kan ledningen kontrollera att verksamhetens insatser är av god kvalitet (3 kap. 3§ SoL).

Kontinuerlig uppföljning av verksamheten kan ge underlag för beslut om exempelvis bemanning, nya insatser, upphandling av nya utförare och förändringar av verksamheten. En central fråga vid uppföljning är alltså huruvida personernas situation förbättrats efter

en insats, men uppföljning kan också handla om att sammanställa mer grundläggande uppgifter om den egna verksamheten, som till exempel:

- Antal personer som är aktuella i verksamheten vid en viss tidpunkt och några grundläggande uppgifter om dem, såsom kön och ålder.
- Utbudet av insatser inom verksamheten.
- Insatser som personerna får del av.

Med de beskrivna uppgifterna blir det möjligt att undersöka hur insatserna fördelar sig, till exempel mellan könen och för olika åldersgrupper. Sådan grundläggande lokal kunskap kan exempelvis visa om det saknas insatser för vissa grupper. Den kan också vägleda verksamheten i överväganden om vilka insatser som det är mest angeläget att följa upp, till exempel den som används mest. Om man skapar rutiner för att återkommande beskriva verksamheten i termer av exempelvis aktuella personer, inskrivningstid och vilka insatser som ges till varje person, kommer man att få kunskap om genomsnittlig inskrivningstid och utflöden av personer från verksamheten. Sådan kunskap utgör en bra grund för uppföljning av resultat för personer som får specifika insatser.

Det finns mycket som kan göras på organisationsnivå för att underlätta uppföljningen. Ett starkt skäl för att göra uppföljningar är att man vill utnyttja tillgängliga resurser på effektivaste sätt. Men framför allt av etiska skäl är det viktigt att noga följa personernas utveckling. Det finns alltid en risk för att en insats kan skada och det är heller inte försvarbart att erbjuda verkningslösa insatser.

Vidare är det möjligt att genom systematisk uppföljning få kunskap om hur personer uppfattar de insatser som de fått, en kunskap som kan utgöra ett komplement till insatsers resultat. Via brukarundersökningar (se steg 2:2) tillfrågas personerna om hur de uppfattat olika aspekter av insatsen och hur de beskriver sin situation efteråt. När insatser riktar sig även till anhöriga är det värdefullt att också fråga efter deras uppfattning. Systematisk uppföljning av personers uppfattningar ger en bild av huruvida verksamheten motsvarar centrala kvalitetskrav, som exempelvis att alla ska bemötas och behandlas på ett värdigt sätt.

Systematisk uppföljning ökar förutsättningarna för att handlägga, dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5. Systematisk uppföljning bidrar till en evidensbaserad praktik i verksamheten. Genom att systematiskt följa upp personers situation, insatser och resultat kan verksamheten utveckla en lokal kunskap.

## Nytta på verksamhetsnivå med individbaserad systematisk uppföljning

### För yrkesgruppen

- Ger beprövad erfarenhet, lokal kunskap, som är central i en evidensbaserad praktik
- Ökar professionalitet och yrkesstolthet i socialtjänsten
- Sätter ord och siffror på tyst kunskap och möjliggör lärande

### För verksamhetsutveckling

- Tydliggör utvecklings- och förbättringsområden
- Förbättrar verksamheter utifrån faktisk kunskap om det egna läget och inte utifrån externt tryck eller "magkänsla"

### I relation till andra

- Ger verksamheten en stärkt position i kommunala diskussioner om resurser (verksamhetens arbete kan beskrivas i siffror).

## Läs mer

- **Ta tempen på förändringsarbetet med EBP-termometern**

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/om-implementering/ebp-termometern/>

- **Systematisk uppföljning**

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/verktyg/>

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/systematisk-uppfoljning/>

- **Med målet i sikte – Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-9-3.pdf>

- **Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmannarad/2011-6-38.pdf>

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

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmannarad/2014-5-19.pdf>

- **Satisfaction with Social Welfare services: A Review**

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-10-23.pdf>

## Steg 5. Samuel – Följa upp

*Detta inte är en rekommendation utan en illustration av hur man kan arbeta evidensbaserat. I de fall vi namnger insatser och bedömningsmetoder är det utifrån rådande kunskapsläge. I ärendet beskrivs enbart den evidensbaserade processen i ärendet, inte den formella handläggningen.*

Samuel har i steg 4 påbörjat de insatser som han och socialsekreteraren fattade beslut om. I steg 5 handlar det om att följa upp. Socialsekreteraren bokar in en första uppföljning med Samuel efter en månad och därefter ytterligare två.

### Steg 5:1 – Personens delaktighet

Samuel får berätta hur han har upplevt utredningen. Han säger att han har känt sig sedd och att man tagit hänsyn till hans synpunkter.

### Steg 5:2 – Uppföljning av de fyra tidigare stegen

Genomfördes inte.

### Steg 5:3 – Systematisk uppföljning

Samuel hade uppnått alla de kortsiktiga målen vid återbesöket efter en månad. Socialsekreteraren och Samuel kommer överens om att träffas igen om ytterligare två månader, i enlighet med vad de bestämde från början. Samma mål finns kvar för Samuel men de kompletteras med målet att Samuel ska träffa nya kamrater som inte dricker alkohol, eller i varje fall inte dricker varje helg.

Vid återbesöket efter tre månader berättar Samuel att han efter några veckors KBT-behandling druckit sig berusad flera gånger med de gamla kamraterna och att han inte har gått till skolan under flera dagar. Han säger att han har förstått att det är svårast att låt bli att dricka när han är på krogen och på fester med kompisar. Han vill fortsätta att träffa sina "gamla" kamrater men tyvärr festar alla mycket. Samuel berättar också att han ibland har svårt att be om hjälp och att han säger att han klarar mer än vad han faktiskt gör. Läkemedel X tycks inte ha någon effekt längre.

Samuel och socialsekreteraren är överens om att han behöver mer insatser än två behandlingssamtal i veckan. Socialsekreteraren bokar ett gemensamt möte med behandlaren och Samuel för en ny bedömning. Det leder till att Samuel får träffa en läkare för ny medicinsk bedömning.

Vid återbesöket efter ytterligare tre månader har Samuel genomgått KBT-behandling i öppenvård, tre dagar per vecka. Medicinen läkemedel X har ersatts av läkemedel Y, som också har påvisad effekt vid alkoholberoende. Efter påbörjad behandling med läkemedel Y tycker Samuel att det har fungerat bra och han har inte haft något återfall. Han går också i skolan. Han har flyttat till en bekant och uppger att han har fått bättre kontakt med sin mamma.

Vid återbesöket efter sex månader får Samuel besvara både AUDIT och ett särskilt självskattningsformulär som Samuel och socialsekreteraren skapat utifrån olika områden eftersom det är för tidigt att använda ADAD-uppföljningsformuläret. Skalan är konstruerad med 5 skalsteg, där 0 innebär inget problem och 4 innebär mycket stort problem. Svaren visar att Samuels skattning av problem sjunkit inom områdena Alkohol/Narkotika (1), Familj/vänner (0) och Psykiskt mående (1). Områdena Arbete/studier och Boende skattar han likadant som vid första skattningstillfället, det vill säga att de innebär litet (1) respektive inget problem (0). AUDIT-uppföljningen visar minskat alkoholintag, vilket både för Samuel och socialsekreteraren är godkänt eftersom det ligger nära målsättningen.

Som avslutning bokar de en ny tid om tre månader för en vanlig uppföljning och ytterligare en tid om sex månader, då Samuel ska besvara ADAD-uppföljningsintervjun. Om Samuel känner behov av att träffa socialsekreteraren före dessa datum kommer han att ta kontakt.

### Steg 5:4 – Verksamhetsuppföljning

Verksamhetsuppföljning kommer att ske vid ordinarie tillfälle en gång om året.



# Bilaga A. Att tänka på inför tolkningen av kunskap om insatsers effekter

Följande lista är inspirerad av William J. Sutherland, David Spiegelhalter och Mark A. Burgman (2011). *Twenty tips for interpreting scientific claims* [28].

## 1. En rimlig teori räcker inte

Vetenskap handlar till stor del om att upptäcka vad som orsakar de mönster vi ser. Varför fungerar den här insatsen i USA men inte i Sverige? Varför blir bara vissa missbrukare hjälpta av den här insatsen? Det finns många förklaringar till skillnader, så utmaningen är att skilja det som är viktigt från otaliga andra förklaringar. Alla teorier är grova beskrivningar av verkligheten. Många till synes teoretiskt välgrundade insatser har i efterhand visat sig sakna effekt eller till och med varit skadliga. Därför är en teori i sig ingen garanti för att en insats är effektiv.

## 2. Samband är inte detsamma som orsakssamband

Det är frestande att tro att samband mellan två variabler också innebär ett orsakssamband, dvs. att den ena variabeln orsakar den andra. Men samband är inget belegg för att den ena variabeln påverkar den andra eller omvänt. Sambandet kan vara en tillfällighet eller bero på en tredje variabel, en som döljer sig vid en första anblick.

## 3. Det är viktigt att mäta personer innan de får en insats

För att kunna veta om en person har hjälp av en insats måste man göra mätningar. Den första mätningen måste göras innan personen får insatsen. Resultatet av den mätningen blir utgångsvärdet som sen ska jämföras med det värde som uppvisas vid mätningen efter genomförd insats. Det är viktigt att mäta på samma sätt vid båda mätningarna.

## 4. Kontrollgrupp är viktigt

Utan en kontrollgrupp, eller jämförelsegrupp som det också kallas, är det svårt att avgöra om en förändring beror på en insats eller har andra orsaker. Kontrollgruppen hjälper forskare att bedöma om det finns några störande variabler som påverkar resultaten. Ibland rapporterar människor som är med i utvärderingar positiva resultat på grund av den uppmärksamhet de får då de medverkar i forskningsstudien. Till och med färgen på en läkemedelstablett kan påverka resultatet.

## 5. Randomisering förhindrar systematiska fel

Det är vanligt att de som får en viss insats och de personer som fungerar som kontrollgrupp skiljer sig åt från början. Personerna i den ena gruppen kan exempelvis vara mer motiverade till behandling. Det gör det svårt att avgöra om eventuella behandlingsresultat beror på insatsen eller på de olika förutsättningarna. Det bästa sättet att säkra att grupperna är lika från start är att låta slumpen avgöra vem som hamnar i vilken grupp, så kallad randomisering. Slumpen gör att alla möjliga skillnader i genomsnitt fördelas lika på grupperna.

## 6. Replikering stärker trovärdighet

Resultat som återkommer i flera studier, oberoende av forskare och undersökningsgrupp, är mer trovärdiga. Resultaten från flera studier kan kombineras i en systematisk översikt eller en metaanalys för att ge en säkrare bild av insatsens effekter än vad resultat från en enskild studie kan göra. Resultaten från en enskild studie kan ge ett snedvridet resultat om de som undersökts i något avseende skiljer sig från målgruppen som helhet.

## 7. Ingen mätning är exakt

Praktiskt taget alla mätningar innehåller fel. När mätningar upprepas, erhålls ofta något varierande resultat. Enkät svar kan till exempel påverkas av att de svarande läser fel, eller att de har en "dålig dag". I några fall kan mätfelet vara stort. Resultat ska därför presenteras på ett sådant sätt att de inte antyder en omotiverad noggrannhet (t.ex. hellre 37 procent än 37,42 procent).

## 8. Objektiva mått är mer tillförlitliga

Människors upplevelser färgas av en mängd faktorer. Det är exempelvis vanligt att vi övervärderar information som är känslomässigt intressant, konkret och som ligger nära i tid och rum. Det är också vanligt att förväntningar påverkar oss att se det vi förväntar oss att se och att vi bortser från det vi inte förväntar oss – det blir som ett slags tunnelseende. Om vi tror att en insats är effektiv kan det få oss att uppleva (i meningen tror) att vi blir hjälpta eller få oss att faktiskt bli hjälpta (så kallad placeboeffekt). Därför är det en fördel om upplevelsemått kan kombineras med standardiserade mått som forskare utvecklat (t.ex. bedömningsmetoder) eller registerdata (t.ex. återfall i brottslighet).

## 9. Urvalet spelar roll

Urval av undersökningsspersoner har en avgörande betydelse för vilka slutsatser som dras. Om man undersöker förekomsten av sexuella trakasserier genom att lägga fram frågeformulär på ett ställe där man kan förvänta sig att trakasserade kvinnor finns, till exempel på en kvinnojour, bör man räkna med att få en väsentligt högre andel kvinnor som blivit trakasserade än om man vänder sig till ett slumpvist urval kvinnor.

## 10. Ju fler som undersöks desto bättre

Medelvärden som baseras på ett stort antal personer är vanligtvis mer korrekta än medelvärden som baseras på färre personer. Det är särskilt viktigt att vara medveten om detta när det finns en betydande naturlig variation av det som undersöks. Således kan man utgå från att effekten av en viss behandling varierar mellan olika personer. Den genomsnittliga effekten är mer tillförlitlig i en studie som baseras på 500 deltagare än i en studie med endast 50 deltagare.

## 11. Att generalisera är riskabelt

Det finns en risk att anta att resultat som gäller för vissa förhållanden även gäller för andra. Resultat som avser barn i åldrarna 6–10 år behöver inte gälla för ungdomar i åldrarna 13–15 år. En insats som fungerar för personer med alkoholberoende behöver inte fungera för

personer med blandmissbruk. Och modellutvärderingar, där forskaren ansvarar för att insatsen ges som avsett, kan ge andra resultat än verksamhetsbaserade utvärderingar, där ordinarie personal ansvarar för insatsen.

#### **12. Statistisk signifikans är viktigt**

Statistiskt säkerställda skillnader, så kallad signifikans, är ett mått på sannolikheten att ett resultat inte inträffat av slumpen. Det är ett neutralt sätt som, oberoende av forskarens åsikt, avgör om ett resultat är intressant eller inte. Ett signifikant resultat innebär inte att det är "sant", bara att sannolikheten för att resultatet uppkommit av slumpen är låg. Vanligtvis används 95 procents säkerhet (förkortat  $p < 0,05$ ). Det innebär att i fem av hundra fall beror resultatet på slumpen.

#### **13. Viktigt att skilja mellan "ingen effekt" och "ingen statistiskt säkerställd effekt"**

Frånvaron av ett statistiskt säkerställt resultat betyder inte automatiskt att det saknas en underliggande effekt av insatsen. Det betyder endast att den skillnad som fanns mellan undersökningsgrupperna inte var tillräckligt stor för att bli statistiskt säkerställd. Det kan bero på att studien hade för få deltagare för att en verklig skillnad skulle bli synlig, trots att en sådan finns.

#### **14. Effektstorlek har betydelse**

En studie med många undersökningspersoner kan resultera i ett statistiskt säkerställt resultat med en effektstyrka som är så svag att den är ointressant. Vad som är en tillräckligt stark effekt är inte en statistisk fråga utan bestäms av sociala, biologiska eller fysiska behov. Inom medicinen finns exempel på att man måste behandla 100 personer med ett läkemedel innan en person blir hjälpt – och det betraktas ändå som ett viktigt läkemedel. Å andra sidan kan ett liknande resultat av en behandling av unga kriminella uppfattas som för dåligt för att få genomslag.

#### **15. Hypotestestning ger säkrare resultat**

Vid hypotestestning tydliggörs vilka resultat som ska gälla för att hypotesen ska bekräftas respektive förkastas. Det minskar risken för att man ska acceptera ett resultat som egentligen orsakats av slumpen eller av en okänd bakomliggande variabel. Eftersom forskare oftast använder statistisk signifikans för att avgöra om ett resultat ska betraktas som intressant och där 1 av 20 är felaktiga ( $p < 0,05$ ) är det viktigt att känna till om forskaren bestämde sig för att testa detta som en hypotes, eller om det är ett resultat från ett stort antal signifikanstester.

## Bilaga B. Underlag för information om alternativ

	<b>Alternativ A: Insatsens namn</b>	<b>Alternativ B: Insatsens namn</b>	<b>Alternativ C: Insatsens namn</b>
<b>Vetenskaplig tillförlitlighet</b>			
<b>Positiva effekter med insatsen</b>			
<b>Negativa effekter med insatsen</b>			
<b>Praktiska förutsättningar (tid, väntetid för behandling osv)</b>			
<b>Professionellas erfarenhet av insatsen</b>			
<b>Personens uppfattning</b>			

# Bilaga C. Checklista för evidensbaserat arbete

## 1 – Tydliggöra frågeställningarna

- 1:1 Hämta in information
- *Samtal/intervju*  Ja  Nej
  - *Standardiserad bedömning*  Ja  Nej
  - *Övrigt*  Ja  Nej
- 1:2 Sammanställning av information
- *Personens livssituation*  Ja  Nej
  - *Preciserat behov*  Ja  Nej
- 1:3 Vad vill personen uppnå?
- *Ta reda på vad personen vill uppnå*  Ja  Nej
  - *Uppmuntra personen att själv fundera på vilken hjälp personen behöver för att uppnå målet*  Ja  Nej
- 1:4 Formulera en eller flera frågor för att söka bästa tillgängliga kunskap (besvaras i steg 2 och 3).
- *Generell fråga/frågor*  Ja  Nej
  - *Vilken/vilka*  Ja  Nej

.....

.....

.....

### Specifika frågor

- *Vilken målgrupp?*  Ja  Nej
- *Vilken insats/intervention?*  Ja  Nej
- *Vilken insats är alternativet?*  Ja  Nej
- *Vad ska uppnås?*  Ja  Nej

P .....

I .....

C .....

O.....

Hela frågan

.....

.....

## 2 – Sök bästa tillgängliga kunskap om insatsers effekt (för att kunna besvara 1:4)

- 2:1 Kunskap har identifierats;
- i systematiska översikter hos svenska organisationer  Ja  Nej
  - på universitet och högskolor eller FoU-enheters hemsidor  Ja  Nej
  - i svenska forskningsdatabaser  Ja  Nej
  - nordiska databaser och webbplatser  Ja  Nej
  - i internationella databaser  Ja  Nej
- 2:2 • från brukarundersökningar  Ja  Nej
- 2:3 • från beprövad erfarenhet/lokal kunskap genom Systematisk uppföljning  Ja  Nej
- Systematiserad kunskap från kollegor – konsensus  Ja  Nej

## 3 – Värdera kunskapen

- 3:1 värderat insatsernas vetenskapliga tillförlitlighet för målgruppen  Ja  Nej
- 3:2 värderat om insatserna passar för den specifika personens behov  Ja  Nej
- 3:3 värderat insatsernas praktiska relevans och genomförbarhet  Ja  Nej
- 3:4 sammanställt informationen till personen  Ja  Nej

## 4 – Besluta

- 4:1 Diskuterat alternativen med personen
- För- och nackdelar med handlingsalternativen  Ja  Nej
  - Andra förutsättningar (praktiska, professionella erfarenheter)  Ja  Nej
  - Personens önskemål  Ja  Nej
- 4:2 Val av insats tillsammans med personen  Ja  Nej
- 4:3 Formulerat mål och delmål som är mätbara  Ja  Nej
- 4:4 Planerat genomförandet  Ja  Nej

## 5 – Uppföljning

- 5:1 Personens delaktighet  Ja  Nej
- 5:2 Uppföljning/utvärdering av de fyra tidigare stegen  Ja  Nej
- 5:3 Individbaserad systematisk uppföljning för den enskilde  Ja  Nej
- 5:4 Individbaserad systematisk uppföljning för verksamhetsuppföljning  Ja  Nej

## Bilaga D. Utvecklingen av stödet och verksamheter som deltagit i prövningen

Stödet har utvecklats av enheten för kunskapsutveckling på Socialstyrelsen. Arbetet initierades av enhetens tidigare chef Knut Sundell. Utredare Ulrika Bergström har varit ansvarig och utfört arbetet tillsammans med flera medarbetare på Socialstyrelsen – främst forskaren Johan Glad, forskaren Marit Grönberg Eskel, utredare Julia Zyto och forskaren Lina Keller. Synnöve Ljunggren på enheten för kunskapsutveckling och flera från enheten vägledning för socialtjänsten 2 har alla bidragit med värdefulla synpunkter på texten. Stödet har utvecklats i samarbete med ett stort antal socialtjänstverksamheter. Ansvarig enhetschef har varit Johanna Kumlin.

Det första utkastet av stödet, checklistan samt bilagorna baserades bland annat på text som finns skrivet på Kunskapsguiden om evidensbaserad praktik. Stödmaterial i form av bilagor har författats av experter eller inspirerats av andra kunskapsunderlag.

I den första delen i utvecklingen av stödet medverkade enheten för utredning, stöd och behandling på vuxenavdelningen i Karlstad kommun genom att ge synpunkter på texten. Efter uppdateringen testades stödet och delar av det evidensbaserade arbetssättet på enheten för vuxna, Södermalms stadsdelsförvaltning i Stockholm. Stödet uppdaterades ytterligare efter inkomna synpunkter och trycktes sedan upp för att testas i större skala.

Den preliminära versionen av stödet prövades av medarbetare i tio myndighetsutövande socialtjänstverksamheter och 16 utförarverksamheter, se lista nedan. Denna slutliga version har uppdaterats och reviderats, bland annat utifrån synpunkter från deltagande testverksamheter.

Stödet har också legat som grund för två fortbildningar som Socialstyrelsen genomförde för utvecklingsledare och metodstödare på kommunal och regional nivå under perioden hösten 2016 till våren 2018.

Verksamheter som deltagit i utformning och test av stöd:

- Enheten för utredning, stöd och behandling vid Vuxenavdelningen, Karlstad kommun
- Södermalm stadsdelsförvaltning, Enheten för vuxna, Stockholms stad
- Utredning, Arbete och välfärdsförvaltningen, Kristianstads kommun
- Utredningsenheten vuxna, Socialförvaltningen, Lunds kommun
- Citykyrkan Västerås, två enheter
- Sociala resursförvaltningen, Familjerättsbyrån Malmö stad
- Trygg hemgång och Anhörigstöd, Vård och Omsorgen, Stenungsunds kommun

- Brevik hemtjänst, Lidingö stad
- Larsbergs hemtjänst, Lidingö stad
- Stöd & försörjning, Kungälv kommun
- Aktivitetshuset, Karlsborgs kommun
- Vuxenförvaltningen, Socialpsykiatri och Arbeta och Aktivitet, Eskilstuna kommun
- Vård och Omsorg, Fatburens äldreboende, Västerås stad
- Aleris Omsorg AB, Hässelby/Vällingby
- Aleris Omsorg AB, Stöd och boende för vuxna, Stockholm
- Barn- Ungdomsenheten, Social och fritidsförvaltningen, Hudiksvalls kommun
- Attendo, Staffanstorps kommun
- Attendo, Bellevuegården, Malmö
- Norrmalms stadsdelsförvaltning, Familjeenheten, Stockholms stad
- Skarpnäcks stadsdelsförvaltning, Utredningsenheten för vuxna och Personligt ombud i söderort, och Utredningsenheten för barn och ungdom, Stockholms stad
- Skärholmens stadsdelsförvaltning, Vuxenenheten och Enheten för socialpsykiatri, Stockholms stad
- Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning, Rinkeby-Kistamottagningen Socialtjänst vuxna, Stockholms stad
- Hägersten-Liljeholms stadsdelsförvaltning, Social omsorg/ vuxenenheten, Stockholms stad
- Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning, Enheten för beroendevård och socialpsykiatri, Stockholms stad
- Avdelningen Vård och omsorg, psykiatri, Köpings kommun



# Referenser

1. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016: kommunala enhetschefer om EBP under ett decennium. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Haynes, RB, Devereaux, P, Guyatt, GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *ACP Journal Club*. 2002; 136:A11-4.
3. Akademikerförbundet SSR. Etik i socialt arbete – Etisk kod för socialarbetare. 2017. Hämtad från: <https://akademssr.se/dokument/etik-i-socialt-arbete-0>
4. Gambrill, E. Social work: An authority-based profession. *J Research on Social Work Practice*. 2001; 11(2):166-75.
5. Sackett, DL, Rosenberg, WMC, Gray, JAM, Haynes, RB, Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*. 1996; 312(7023):71-2.
6. Sackett, DIS, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 2nd uppl. New York, NY: Churchill Livingstone; 2000.
7. Bergmark, A, Bergmark, Å, Lundström, T. Evidensbaserat socialt arbete.: Teori, kritik, praktik: Natur & Kultur; 2011.
8. Hasson, H, von Thiele Schwarz, U. Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar: Natur & Kultur; 2017.
9. Gambrill, E. A client-focused definition of social work practice. *J Research on Social Work Practice*. 2003; 13(3):310-23.
10. Rosen, A, Proctor, EK, Staudt, M. Targets of change and interventions in social work: An empirically based prototype for developing practice guidelines. *Research on Social Work Practice*. 2003; 13(2):208-33.
11. Rosen, A, Proctor, EK. Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and research agenda: Columbia University Press; 2003.
12. Haynes, RB, Devereaux, PJ, Guyatt, GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 2002; 324(7350):1350.
13. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 januari 2015; 2015.
14. Socialstyrelsen. Vägar till ökad delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten om arbete med stöd och service enligt LSS; 2017.

15. Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. 2020.
16. Socialstyrelsen. Om vård- och omsorgstagares delaktighet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
17. Fixsen, DL, Naoom, SF, Blase, KA, Friedman, RM. Implementation research: a synthesis of the literature. 2005.
18. Sveriges Kommuner och landsting. Till dig som är förtroendevald: Sveriges Kommuner och landsting, ; 2014.
19. Fixsen, D, Naoom, S, Blase, K, Friedman, R, Wallace, F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida; 2005.
20. Socialstyrelsen. Att skapa en grund för evidensbaserad praktik: en guide för ledningen i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
21. Socialstyrelsen. Att leda en evidensbaserad praktik: en guide för chefer i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
22. Socialstyrelsen. Om enkätverktyget Beredskap för förändring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
23. Socialstyrelsen. Ta tempen på förändringsarbetet med EBP-termometern. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/om-implementering/ebp-termometern/>
24. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IS. Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering Gothia Förlag; 2008.
25. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning : lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 9789175554129.
26. Socialstyrelsen. Att samtala med barn: kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
27. Kunskapsguiden. 2020. Presentationsmaterial om individbaserad systematisk uppföljning. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/systematisk-uppfoljning/stod-for-systematisk-uppfoljning/presentationsmaterial-om-individbaserad-systematisk-uppfoljning/>
28. Sutherland, WJ, Spiegelhalter, D, Burgman, MJNN. Policy: Twenty tips for interpreting scientific claims. 2013; 503(7476):335.



**Att arbeta evidensbaserat**

(artikelnr 2020-10-6930) kan beställas från  
Socialstyrelsens publikationsservice  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)  
E-post: [publikationsservice@socialstyrelsen.se](mailto:publikationsservice@socialstyrelsen.se)  
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)