På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten

Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen

Socialstyrelsen

Sveriges Kommuner och Landsting

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86585-85-3
Artikelnr 2011-2-14

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2011

Förord

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gav i mars 2010 Ulf-Johan Olson, Utvecklingspartner i Stockholm AB, i uppdrag att kartlägga och analysera kommunernas organisation för kunskapsstyrning och huvudmännens syn på det nationella och regionala stödet till en evidensbaserad praktik i socialtjänsten.

Året innan hade samme utredare genomfört motsvarande uppdrag utifrån hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning (”Mot en effektivare kunskapsstyrning”). Det har funnits ett gemensamt intresse från Socialstyrelsen och SKL att också få en bild av socialtjänstens kunskapsstyrning och kunskapsbildning samt förutsättningarna för att implementera en evidensbaserad praktik inom verksamheten.

Arbetet har skett under ledning av en styrgrupp bestående av *Knut Sundell* och *Mari Forslund* från Socialstyrelsen och *Sabina Wikgren Orstam*, *Camilla Sköld* och *Anna Lilja Qvarlander* från SKL.

Stockholm 2011-03-01

Anders Tegnell
Avdelningen för kunskapsstyrning
Socialstyrelsen

Göran Stiernstedt
Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Förord ... *3*
Sammanfattning ... *7*
Bakgrund ... *13*
Frågeställningar ... **14**
Uppdraget ... **14**
Metod och genomförande ... **15**
Vad är evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning? ... *18*
Kunskapsstyrning ... **21**
Plattformen för arbetet med att utveckla EBP i socialtjänsten ... **23**
Socialtjänsten har en gemensam kärna och ett heterogent tjänsteutbud ... **24**
Professionell och personlig kompetens ... **26**
Bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet ... **27**
Kommunernas organisation för kunskapsstyrning och kunskapsbildning ... *31*
Kommunernas implementering av kunskapsunderlag ... **31**
Systematisk uppföljning ... **38**
Systematiskt förbättringsarbete ... **44**
Kunskapsstyrning och budgetberedning ... **47**
Effekter på kunskapsstyrningen av den större mångfalden av utförare ... **49**
Samspelet mellan lokal och regional kunskapsstyrning ... *51*
Förväntningar på den nationella nivån ... *55*
Ökade förväntningar på EBP ... *60*
Problem och risker ... **61**
Vilka lärdomar kan dras utifrån hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning? ... *63*
Nationella styrstrategier för socialtjänstens kunskapsstyrning ... *68*
Samordning på nationell nivå och dialogen med huvudmännen ... **70**
Konsultens slutsatser och rekommendationer ... *72*
Bilaga 1: Enkäten till kommunerna ... *75*
Bilaga 2: Medverkande kommuner ... *77*

Sammanfattning

Denna kartläggning och analys är gjord på uppdrag av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Rapporten belyser förutsättningarna för socialtjänstens kunskapsstyrning, kunskapsbildning och för hur en evidensbaserad praktik kan utvecklas. Den bygger på enkätsvar/intervjuer från 17 kommuner, intervjuer med företrädare på nationell nivå samt dokumentstudier.

Tydligare definitioner av kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik

En förutsättning för att utveckla en evidensbaserad praktik (EBP) och kunskapsstyrningen inom socialtjänsten är att begreppen är tydliga och ändamålsenliga. I betänkandet *En evidensbaserad praktik* definierades EBP som en strategi för transparent beslutsfattande bestående av en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis och bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Det är också den begreppsbestämning som enkätsvar och intervjuade hänvisar till.

Kunskapsstyrning är inte EBP, utan är ett medel att genomföra EBP. Den är inte begränsad till implementering av riktlinjer och andra kunskapsunderlag, utan siktar också på att utveckla/upprätthålla den infrastruktur som behövs för att ta fram riktlinjer och bättre metoder. Det innebär systematisk uppföljning av åtgärdernas effekter, arbete med ständiga förbättringar, forskning och utveckling samt relevanta grund- och efterutbildningar för personalen. *Kunskapsstyrning inom socialtjänsten består sålunda av alla styr- och ledningsprocesser som bidrar till att etablera och utveckla en evidensbaserad praktik, dvs. som implementerar bästa tillgängliga kunskap och som skapar respektive upprätthåller en ändamålsenlig infrastruktur för kunskapsbildning och kunskapsutveckling.*

I rapporten diskuteras bl.a. behov av förtydliganden av EBP-definitionen och vad som är beprövad erfarenhet. Nuvarande sätt att illustrera EBP-definitionen lyfter inte i tillräcklig grad fram den professionelles centrala roll. Den har också ett svagt fokus på utgångspunkten för socialtjänstens arbete – klientens eller brukarens tillstånd och omständigheter. De yrkesverksamma representerar den organiserande principen och det är deras ansvar att bedöma tillstånd och omständigheter, att efterhöra klientens/brukarens hjälpbehov och erfarenheter samt att presentera vilket stöd det finns för tänkbara behandlingars eller stöd- och omsorgsinsatsers effekter. Eftersom beprövad erfarenhet är den dominerande kunskapskällan i socialtjänstens praktik behöver också innehållet i och värdet av denna klargöras samt hur den på ett systematiskt sätt kan utvecklas.

Kommunernas organisation för kunskapsstyrning och kunskapsbildning

Enkät- och intervjusvar visar att kunskapsstyrningen är väl förankrad i kommunernas linjeorganisation. Ledningsgrupper och enskilda chefer är nyckelpersoner då nya metoder eller rutiner ska införas. Beredningsstödet kommer i första hand från stabens utvecklingsledare och kvalitetssamordnare (motsvarande). Inom Äldre- och handikappomsorgen (ÄOH) är medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en viktig resurs när kunskapsunderlag och föreskrifter ska översättas till lokala riktlinjer. I små kommuner är dock beredningsstödet svagt. Särskilt inom individ- och familjeomsorgen (IFO) saknas ofta stabsresurser helt för denna typ av uppgifter. Bristande kapacitet eller kompetens kan i viss mån kompenseras genom samarbeten med närliggande kommuner och de nätverk som upprätthålls av de länsvisa kommun- och regionförbunden. Även ledarskap, en lärande kultur och engagerad personal kan, enligt flera kommunföreträdare, bidra till att utjämna skillnaderna.

Undersökningen visar att EBP har ett starkt stöd bland socialtjänstens chefer, men också att det inte är allmängods bland berörda lokala politiker. Mål som omfattar EBP tycks dock bli vanligare på nämndnivå. I verksamhetsplaner finns i de flesta fall mål och strategier för EBP, vilket underlättar för förvaltningarna att driva kunskapsstyrningsfrågorna.

Implementering

Kommunernas erfarenheter av implementering av kunskapsunderlag gäller främst nationella riktlinjer och nationellt rekommenderade bedömningsinstrument och dokumentationssystem. Introduktionen har nästan alltid skett i någon slags projektform med stöd av de funktioner som redovisades ovan. Utbildning utgör en stor del av aktiviteterna när nya riktlinjer och metoder ska införas.

Nästan alla kommuner uppger att de haft stort stöd av nationella implementeringsprojekt som SKL:s arbete med *Kunskap till praktik* och Socialstyrelsens stöd kring ASI inom beroende/missbruk samt BBIC inom barn och familj. På äldresidan kommer ett motsvarande arbete att bedrivas de närmaste åren kring den nationella modellen för biståndsbedömning som Socialstyrelsen nu arbetar fram på regeringens uppdrag.

Systematisk uppföljning

Inom socialtjänsten finns enligt denna undersökning framför allt fem typer av uppföljningar, som alla är mer eller mindre utvecklade i de olika kommunerna:

- uppföljning av nämndens verksamhetsmål
- uppföljning av biståndsbeslut
- brukarenkäter
- hantering av fel och brister
- hantering av synpunkter och klagomål.

Det finns dock ingen lokal systematisk uppföljning av olika metoders effekter. Genom att kommunerna nu ansluter sig till Senior Alert och Palliativregistret finns för första gången en standardiserad nationell uppföljning av verksamhetens insatser inom berörda områden.

Det är påfallande hur outvecklade kommunernas IT-baserade uppföljningssystem är. De integrerar i mycket begränsad utsträckning data och erfarenheter från de olika uppföljningstyperna. Goda exempel redovisas i rapporten, men de flesta kommuner behöver räkna med att avsätta betydande resurser för att utveckla och implementera ändamålsenliga IT-stöd till verksamhetsuppföljningen.

Antalet externa utförare i kommunernas socialtjänst har ökat kraftigt under senare år. Det innebär att kärnan i allt fler kommuners socialtjänst blir myndighetsfunktionen (biståndsbedömningen) tillsammans med en beställningsfunktion. Detta ställer ännu större krav på transparenta uppföljningssystem och att de tillämpas likartat hos olika utförare.

Systematiskt förbättringsarbete

Bland de medverkande kommunerna fanns ingen enskild metod för förbättringsarbete som var gemensam och tillämpades av alla. I förbättringsarbetet refererar kommunerna oftast till de övergripande beskrivningarna i ledningssystemet för kvalitet. Mogenheten i dessa varierar starkt och hos de flesta huvudmännen är även ledningssystemen föremål för utvecklingsarbete. Samtidigt finns i kommunerna många olika arbetssätt för ständiga förbättringar, inspirerade av t.ex. SIQ, TQM, Lean, kvalitetscirklar, genombrottsmetoden, jämförelser av kvalitet och kostnad per brukare (KPB).

Oavsett om förbättringsarbetet tar sin utgångspunkt i ny kunskap/nya riktlinjer, analyser av avvikelsehantering, klient-/brukarenkäter eller omvärldsbevakning, så krävs beredningss- och stödresurser. Detta är ett mindre problem för större kommuner, medan nationella projektpengar eller andra anslag ofta beskrivs som en livlina av de små kommunerna. Oavsett kommunstorlek krävs, enligt många intervjuade, en ledning som är engagerad i förbättringsarbetet och en kultur som ser avvikelser som förbättringsmöjligheter.

Förväntningar på den nationella nivån

Enkätsvar och intervjuer visar betydande förväntningar:

- Socialstyrelsen förväntas ta fram riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer samt enkla metoder för uppföljning. Myndigheten förväntas också initiera och finansiera stödjande kunskapsdokument som kan användas vid implementering och utbildning inom verksamheterna. SKL förväntas bidra till samordning av implementeringsaktiviteter.
- Högskolor och universitet förväntas lyssna mer på och samarbeta med kommunerna både då det gäller utbildningens inriktning och praktiknära (effekt)forskning.

- Ett nationellt stöd förväntas för att värdera olika slag av biståndS-, effekt- och verksamhetsuppföljning, inklusive de IT-baserade systemen för uppföljning och analys (management information systems).
- Nationella satsningar bör vara långsiktiga och åtföljas av pengar.

Verksamheterna har stora och samfällda förväntningar på ytterligare riktlinjer och metodstöd från Socialstyrelsen. Det finns dock en gräns för vilka riktlinjer som Socialstyrelsen kan tillhandahålla inom socialtjänsten, eftersom tillgången till välgjorda svenska effektstudier eller studier som kan överföras till svenska förhållanden är begränsad. En slutsats bland flera kommunföreträdare var att större resurser borde satsas på forskning som belyser effekterna av socialtjänstens insatser. En annan konklusion var att väsentligt större resurser behöver läggas på att utveckla system och verktyg för systematisk uppföljning och förbättrings-/utvecklingsarbete. Om inte verksamheter och yrkesgrupper har anpassade uppföljningsverktyg och ett gemensamt språk för att beskriva brukares/klienters tillstånd och behov samt effekterna av använda insatser, minskar möjligheterna att utveckla nuvarande arbetssätt och metoder. Detta leder i sin tur till sämre möjligheter för forskarna att bedriva effektstudier, eftersom jämförelser av olika arbetssätt är centralt för att bedöma socialtjänstens resultat.

Positiv inställning till EBP, men flera problem och risker redovisades

Statens initiativ kring socialtjänstens kunskapsstyrning har varit tydliga och flera av de förslag som fanns i betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten* håller på att genomföras. Även på den lokala nivån tycks utvecklingen överlag ha ett gott stöd och förväntningarna på metoder och bedömningsinstrument med god evidens har ökat.

Samtliga kommuner i kartläggningen är positiva eller mycket positiva till EBP, men flera såg ändå problem och risker. De mest frekvent redovisade problemen och verksamhetsriskerna med de ökande förväntningarna på EBP uppfattades (i fallande ordning) som

- att medarbetarna blir alltför ”manualberoende” och att evidensbaserade rekommendationer tolkas alltför bokstavligt
- att resurser för implementering och en mer systematisk uppföljning inte alltid räcker till (särskilt i de små kommunerna)
- att EBP blir alltför ”akademiskt” eller ”storvulet” (synpunkter från ÄOH)
- att den stora kunskapsbas som består av beprövad erfarenhet inte tas tillvara och utvecklas lika systematiskt som den kunskap som bygger på vetenskapliga bevis
- att dokumentation och uppföljning kommer att ta för mycket tid i framtiden, särskilt om inte de stödjande IT-systemen utvecklas
- att externa vårdgivare inte inkluderas i implementering av EBP och de system som byggs upp kring denna.

I ”manualberoendet” är det två förhållanden som adresseras i enkätsvar och intervjuer. Det första gäller att bundenheten till en viss struktur blir så pass stor att alternativa möjligheter i mötet med klient och brukare kan gå förlorade. Även samspelet med brukarna och förtroendet för den professionelle kan påverkas negativt om situationsanpassningar inte görs. Det andra är att översättningen från ”gruppnivå till individnivå kan klicka”, vilket leder till att rekommendationer som gäller på gruppnivå inte anpassas till den enskilde individens förutsättningar, önskemål och motivation samt föreliggande omständigheter.

Risken för otillräckliga resurser kan redan i dag iakttas i de små kommunerna där första linjens chefer belastas hårdare, varför hårdhänta prioriteringar ofta behöver göras. En annan strukturrisk ligger i att de externa vårdgivarna inte innefattas i utvecklingen av EBP. Nuvarande avtal och godkännandekrav är enligt flera intervjuade outvecklade då det gäller kraven på EBP, systematisk uppföljning och förbättringsarbete.

Socialtjänstens stödjande infrastruktur för kunskapsstyrning

Utveckling och tillämpning av ny kunskap inom socialtjänsten kräver flera olika strukturer och mekanismer som samspelar med varandra. Då socialtjänstens infrastruktur för kunskapsbildning och kunskapsstyrning är relativt outvecklad kan det vara intressant att jämföra med hälso- och sjukvården för att reflektera över och pröva i vilken mån erfarenheter från detta område kan användas för att utveckla motsvarande delar inom socialtjänsten. I jämförelse med hälso- och sjukvården

- satsar inte kommunerna stora resurser på verksamhetsnära forskning
- finns inga starka akademier som forskar kring nya metoder och effekter av olika insatser/behandlingar
- finns inga kombinationstjänster där forskaren är anställd både av huvudmannen och av ett universitet, vilket kan underlätta en interaktiv och relevant forskning
- saknas en infrastruktur för systematisk uppföljning, t.ex. genom kvalitetsregister
- saknas en gemensam begreppsapparat för att beskriva olika *tillstånd/omständigheter*, *insatser* och de *resultat* som dessa bidrar till att uppnå
- saknas specialistföreningar och specialistråd som tar ett stort ansvar för riktlinjer, vårdprogram, verksamhetsutveckling etc.
- saknas oftast legitimerade yrkesgrupper med yrkesansvar
- saknas en stabil regional nivå för samverkan kring gemensamma uppgifter och olika kunskaps-/kunskapsstyrningsfrågor
- inkluderas endast i begränsad utsträckning information om evidensbaserad praktik och kunskap om metoders effekter i grundutbildningen av bl.a. socionomer.

Det finns viktiga skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i fråga om lagstiftning, tjänsteinnehåll och kultur som redovisas i rapporten, men ovan beskrivna förhållanden och strukturer kan analyseras med socialtjänstglasögon i syfte att hitta vägar att förbättra det institutionella stödet för EBP.

En stor del av de medverkande kommunerna menar att samverkan mellan universitet/högskolor och kommunerna är outvecklad. Det gäller såväl dialogen kring utbildningens inriktning och anpassning till socialtjänstens arbetsuppgifter som forskningens inriktning och organisation. En förändring av det sistnämnda förutsätter att både staten och kommunerna är villiga att satsa mer på primärforskning kring socialtjänstens metoder och att forskningen i ökad grad sker verksamhetsnära.

FoU-miljöer med anknytning till socialtjänsten syftar till att vara en brygga mellan forskning och praktik samt att stödja uppföljning och att göra utvärderingar i kommunerna. Deras utformning varierar starkt och goda exempel finns. Men den skiftande och inte sällan bristande beställarkompetensen hos kommuner/länsorganisationer har, enligt flera intervjuade, bidragit till att den potential som finns i systematisk uppföljning och förbättringsarbete inom socialtjänsten inte har realiserats i högre grad.

Slutsatser och rekommendationer

Rapporten avslutas med att konsulten presenterar sina slutsatser och förslag utifrån gjorda iakttagelser och analyser. Förslagen riktas till samtliga nivåer - regering, myndigheter, universitet/högskolor, SKL, region- och kommunförbund samt huvudmän. De syftar till att förbättra förutsättningarna för kunskapsbildning och kunskapsstyrning inom socialtjänsten samt att kunna stödja beslutsfattare och verksamheternas olika yrkesgrupper.

Det behövs genomtänkta strategier för att långsiktigt kunna ge socialtjänstens olika yrkesgrupper och beslutsfattare vägledning av god kvalitet, som är grundad på bästa tillgängliga kunskap.

Bakgrund

Socialstyrelsen och SKL tog under 2009 fram en rapport om kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården (Mot en effektivare kunskapsstyrning – Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården[1]).

Rapporten beskriver hur sjukvårdshuvudmännen organiserar och styr verksamheten i syfte att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Den beskriver också hur olika kunskapsunderlag, t.ex. nationella riktlinjer och bedömningsunderlag, bereds och implementeras samt samordning av den nationella kunskapsstyrningen.

Socialstyrelsen utvärderade under 2009 och 2010 sitt arbete med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård. Genomgången resulterade i gd-direktiv med innebörden att bl.a. prioritera arbetet med att utveckla socialtjänstens kunskapsstyrning. Ett led i detta är att göra en liknande genomgång inom socialtjänsten som den som redovisades inom hälso- och sjukvården. Kommunernas organisation för kunskapsstyrning och kunskapsutveckling samt förväntningar på nationella kunskapsunderlag ger viktiga förutsättningar för Socialstyrelsens fortsatta arbete.

På nationell nivå har socialtjänstens kunskapsstyrning aktualiserats genom flera utredningar och överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a.:

- SOU 2008:18. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.
- Överenskommelse om *Stöd till implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården* för 2009 och 2010 (Kunskap till praktik).
- Överenskommelse om att utarbeta en plattform för *en evidensbaserad praktik* i framtida avtalslösningar, maj 2009.
- Överenskommelse om *Program för en god äldreomsorg* i december 2009. Delar av plattformsarbetet lyftes in såsom de regionala stödstrukturerna.
- Överenskommelse om *Nya former för att utveckla en evidensbaserad praktik inom Socialtjänsten* juni 2010 *(Plattformen*).

En evidensbaserad praktik förutsätter såväl nationella kunskapsstöd som att det i de lokala verksamheterna finns ledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. En rad utvecklingsarbeten har redan påbörjats, bl.a. Kunskap till praktik som syftar till att utveckla ett ändamålsenligt stöd för kommuner och landsting i samband med implementering av riktlinjerna inom missbruks- och beroendevården. Dessutom pågår ett treårigt utveck-

[1] http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17796/2009-10-124.pdf

lingsarbete för att stödja huvudmännen i utvecklingen av regionala strukturer som stöd för kunskapsutveckling. Inledningsvis sker detta inom äldreområdet, men målet är att strukturen på sikt ska stödja hela socialtjänsten. Arbetet har föregåtts av kartläggningar av huvudmännens nuvarande stödstrukturer och för närvarande pågår utvecklingsarbeten inom samtliga län utifrån de avsiktsförklaringar som har lämnats till SKL.

Frågeställningar

Ett syfte med detta arbete är att belysa förutsättningarna för socialtjänstens kunskapsstyrning. En utgångspunkt är förhållandena inom hälso- och sjukvården och skillnaderna mellan denna och socialtjänsten. Det gäller t.ex. antalet huvudmän inom socialtjänsten, lagstiftningen, styrmiljön, komplexiteten i vissa sociala frågor och problem samt bristen på forskning om sociala insatsers effekter och högskolornas roll. Samtidigt liknar grundfrågorna de som ställdes i studien som avsåg hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning 2009:

1. Hur organiserar huvudmännen sin kunskapsstyrning (främst implementering av bästa tillgängliga kunskap) och kunskapsbildning (systematisk uppföljning och förbättringsarbete) samt vilka utvecklingsplaner finns för att stärka dessa?
2. Anser huvudmännen att Socialstyrelsens riktlinjer och övriga nationella kunskapsunderlag utgör ett effektivt stöd till den lokala kunskapsstyrningen och i vilka avseenden kan de förbättras?
3. Vilka förväntningar har huvudmännen på den nationella nivån när det gäller stödstrukturer och konkret stöd vid implementering av riktlinjer och andra kunskapsunderlag samt vid systematisk uppföljning och förbättringsarbete?

Uppdraget

I uppdraget till konsulten har ingått att övergripande

- beskriva och analysera utvecklingen av den lokala kunskapsstyrningen och kunskapsbildningen samt samspelet med Socialstyrelsen då det gäller riktlinjer och kunskapsunderlag
- beskriva huvudmännens förväntningar på nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag som syftar till att ge stöd för en evidensbaserad praktik och en effektiv lokal kunskapsstyrning inom socialtjänsten
- analysera förutsättningarna för att integrera kunskapsstyrningen i kommunens övriga styrprocesser – främst verksamhets- och ekonomistyrning
- analysera skillnader och likheter mellan förutsättningarna för socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning.

Konsulten ska föreslå en ändamålsenlig roll- och ansvarsfördelning mellan aktörer på lokal och nationell nivå i arbetet med implementering av nationella riktlinjer och användning av andra kunskapsunderlag som

syftar till att ge stöd för en evidensbaserad praktik. Förslagen ska utgå från gällande lagstiftning och hur befintliga samverkans- och organisationsstrukturer kan utvecklas. Förslag redovisas också kring vilket konkret stöd Socialstyrelsen och SKL kan och bör ge när det gäller utvecklingen av en ändamålsenlig infrastruktur för kunskapsstyrning och kunskapsutveckling inom socialtjänsten.

Metod och genomförande

Konsultens uppdrag handlar om att analysera en pågående utveckling och genomförandet av uppdraget förutsätts stimulera och påverka utvecklingsarbetet. Genom att systematiskt beskriva, analysera och knyta ihop intressenternas diskussion om kunskapsstyrningens utformning underlättas framtagandet av förslag för att utveckla denna.
Utredningsarbetet har bedrivits med stöd av fyra processer:

- övergripande kartläggning genom enkäter och intervjuer
- dokumentstudier och jämförelser med hälso- och sjukvården
- utvecklingsseminarium med representanter för deltagande kommuner samt Socialstyrelsen och SKL
- analysarbete.

En kvalitativ enkät skickades till 20 kommuner, som representerade ett storleksmässigt och geografiskt tvärsnitt av de svenska kommunerna. Enkätfrågorna framgår av bilaga 1. Den ursprungliga tanken var att genomföra intervjuer med ledande företrädare för individ- och familjeomsorg (IFO) respektive äldre- och handikappomsorgen (ÄOH) i fem av dessa kommuner[2]. Rådande ”enkätbelastning” inom socialtjänstens verksamheter och den samordning mellan olika verksamhetsområden som enkätsvaren krävde resulterade i ett visst bortfall. Enkäten upplevdes också som krävande av flera kommuner. För att få de utvalda kommunernas synpunkter genomfördes i flera fall intervjuer med företrädare för socialtjänstens lednings- och stabsorganisation som ett alternativ till att besvara enkäten. Utfallet blev följande:

- Nio kommuner besvarade enkäten.
  - För två kommuner var inte svar från ÄOH redovisade.
- Åtta kommuner deltog i intervjuer.
  - I en kommun deltog inte företrädare för ÄOH.
  - I en annan kommun deltog inte företrädare för IOF.

[2] I rapporten används genomgående begreppen individ- och familjeomsorg (IFO) och äldre- och handikappomsorg (ÄOH) för att belysa skillnaderna mellan områdena. Verksamheterna kan dock både ha andra beteckningar och organiseras på olika sätt. T.ex. använder flera kommuner begreppet funktionshinder i stället för handikapp och ibland kan detta arbete vara knutet till IFO snarare än till äldreomsorgen. Inte sällan har större kommuner en förvaltning för vård och omsorg där äldreomsorg och hälso- och sjukvård ingår. Arbetet med funktionshindrade samorganiseras oftast med äldreomsorgen i de deltagande kommunerna.

- Sammantaget har 17 av de 20 utvalda kommunerna deltagit i arbetet och 19 kommunrepresentanter har intervjuats. Vilka de deltagande kommunerna är framgår av bilaga 2.

Ytterligare tio intervjuer har gjorts med personer inom SKL, Socialstyrelsen och andra företrädare för socialtjänsten. Utöver dessa har en rad olika kontakter tagits med personer med särskild kompetens inom aktuella områden för att få tillgång till aktuell information och kunskap.

I utvecklingsseminariet deltog företrädare för fyra kommuner samt medarbetare från SKL och Socialstyrelsen. Syftet var att, utifrån konsultens iakttagelser och preliminära slutsatser, diskutera olika aspekter av organisation och processer för kunskapsstyrning och kunskapsbildning, respektive samspelet med och arbetsfördelningen mellan huvudmännen, Socialstyrelsen och SKL samt övriga intressenter.

Överväganden vid redovisningen

Föreliggande undersökning och rapport beskriver nuläget och är av explorativ karaktär. Eftersom förkunskapen om kommunernas strukturer och processer för kunskapsstyrning och kunskapsbildning varit begränsad, har frågorna givits en helt igenom kvalitativ karaktär och gjorts relativt breda. Det som efterfrågas är beskrivningar, synpunkter, önskemål och bedömningar. Frågorna diskuterades ingående i styrgruppen innan enkäten distribuerades.

För enkätsvaren har detta inneburit en relativt stor ”träffyta”. Olika kommuner kan ha uppfattat frågorna olika, men framför allt har de betonat olika aspekter av det frågorna gällt. Det finns vissa övergripande delar där kommunerna påminner ganska mycket om varandra (med tydliga skillnader mellan mindre och större kommuner). I övrigt ger svaren olika pusselbitar som kompletterar varandra, snarare än heltäckande svar på varje fråga. De ofta kortfattade svaren bidrar till detta.

Flera kommuner uttryckte också att enkäten inte var särskilt lätt att besvara. Svårighetsgraden kan både hänföras till de helt kvalitativa frågorna, men också till en viss ovana att tänka i strukturer och system när det gäller kunskapsstyrning och kunskapsbildning. Även tidsbrist var en viktig faktor som påverkade arbetet med enkätsvaren. I vissa fall tycks det ha varit en utsedd handläggare som besvarat frågorna, i andra har det (vilket enkäten uppmuntrade) skett en insamling av synpunkter som sedan stämts av med ansvariga chefer.

En konsekvens av ovanstående är att redovisningen blivit relativt tematisk. För några frågor har det fungerat väl med en sammanhängande redovisning, medan svaren på andra fungerat som underlag för olika beskrivningar. Ambitionen har varit att övergripande värdera hur allmänt förekommande ett förhållande eller vissa synpunkter är. För att markera används relativt breda kvantitetsord för att differentiera mellan kommunerna, t.ex. alla, de flesta, många, några, enstaka, en etc. Eftersom frågorna var helt öppna är aktuella frekvenser mer att betrakta som indikationer snarare än kvantitativt tillförlitliga mått. Bedömningen är att de översiktligt angivna frekvenserna snarast underskattar hur många som står bakom en viss syn-

punkt eller beskrivning, eftersom det inte formulerats någon konkret fråga kring varje delaspekt eller sakförhållande.

Gränsen mellan redovisning och iakttagelser är inte knivskarp i denna typ av kvalitativa undersökningar. Konsultens bedömningar framgår i de kommenterande avsnitten, som följer på de flesta redovisningar, och i konsultens slutsatser och förslag i sammanfattningen. Även i begreppsavsnitten och jämförelserna med hälso- och sjukvården samt i genomgången av de olika nationella styrstrategierna är det huvudsakligen konsultens iakttagelser och analys som redovisas. Även dessa delar bygger givetvis i stor utsträckning på information och synpunkter från olika källor som har fångats upp i arbetet.

Vad är evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning?

De allt större förväntningar som knyts till socialtjänstens förmåga att hantera sociala problem, konsekvenser av funktionshinder och behov av omsorg ställer stora krav på verksamheten. Rätten till bistånd och stödinsatser regleras i SoL och LSS samt av lokala riktlinjer. Socialtjänstens insatser vilar däremot på en ganska svag kunskapsbas. Kerstin Wigzell förtydligar detta i betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukare* (SOU 2008:18): ”Arbetet bedrivs i huvudsak på grundval av professionella erfarenheter i kombination med lagstiftning och riktlinjer för ärendehandläggning. I för liten utsträckning bedrivs socialtjänsten utifrån kunskap om effekten av olika insatser, arbetssätt och metoder.”

En väl fungerande socialtjänst, som är till nytta för klienter och brukare, tillgodoser behov av stöd och omsorg samt bidrar till att lösa problem för de människor som av olika anledningar inte kan eller har svårt att hantera dem på annat sätt. Hur det fungerar beror bl.a. på förmågan att fortlöpande utveckla eller ta till sig ny kunskap och använda denna arbetet, liksom på förmågan att fasa ut metoder och förhållningssätt som inte är ändamålsenliga.

Betänkandet menar att kunskapsstyrning inom socialtjänsten förutsätter att verksamheten systematiskt dokumenterar och följer upp resultatet av sitt arbete liksom att den förmår tillägna sig relevant kunskap. Den svaga kunskapsbasen inom området kräver även insatser för att stimulera forskningsinsatser och att stödja kunskapsutvecklande strukturer. Betänkandet förutsätter att långsiktiga insatser görs på såväl nationell som lokal nivå. Sammanfattningsvis krävs flera åtgärder för att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten:

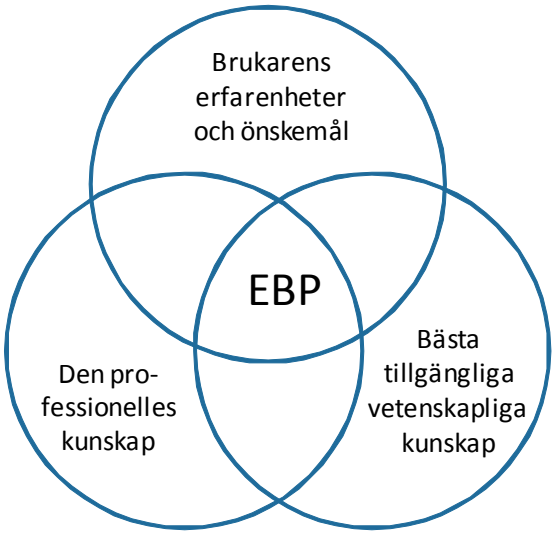
- mer forskning och kvalificerade utvärderingar av det sociala arbetets resultat, kvalitet och effektivitet
- bättre förutsättningar för professionen att utveckla en evidensbaserad praktik
- en bättre struktur för verksamhetsuppföljning
- ett förtydligat brukarperspektiv i relation till socialtjänstens arbete.

Utredningen menar att det långsiktiga målet ska vara att utveckla en *evidensbaserad praktik* inom socialtjänsten. Det förutsätter både en tydlig begreppsbildning och strategier för att samla intressenterna kring målet. Enligt betänkandet är EBP ”baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kun-

skap". Formuleringen är en tolkning av Sacketts definition av evidensbaserad medicin[3] (EBM).

Både EBM och EBP har tre hörnstenar – patienten/brukaren, den professionelle och vetenskaplig kunskap. Hur dessa beskrivs eller definieras varierar dock något mellan olika uttolkare. När betänkandet lanserade socialtjänstens version av EBM drogs enligt flera intervjuade många "lättnadens suckar". Varje intressent kunde se "sin" del och definitionen bidrog till att skapa större samförstånd. Komponenterna i EBP illustreras i Figur 1 nedan.

Figur 1. Beståndsdelarna i evidensbaserad praktik. Källa: Baserad på SOU 2008:18.



Definitionen av EBP visar de olika beståndsdelarna, men tydliggör inte de yrkesverksammas centrala roll och inte heller att utgångspunkten för socialtjänstens arbete är klientens/brukarens tillstånd och omständigheter (tillsammans med en önskan om stöd eller hjälp).

Inom socialtjänsten finns en stark känsla för vad situation och omständigheter betyder och även inom medicinen har betydelsen av dessa lyfts fram. Haynes m.fl. presenterade i BMJ en utvecklad version av Sacketts ursprungliga bild[4]. Se Figur 2.

[3] Sackett, David L. 2000, Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone.
[4] Physicians´ and patients´ choices in evidence based practice. Haynes, Devereaux, Guatt. British Medical Journal. Volume 324, 8 June 2002.

Figur 2. En modifierad bild av evidensbaserad medicin (EBM). Källa: Hayes et al.

Det professionella ansvaret har förtydligats och beskrivs som en organiserande princip på ett sätt som går utöver den tredjedel som tilldelades i den klassiska bilden av EBM. Det är den professionelles ansvar att bedöma tillstånd och omständigheter, att efterhöra patientens önskemål och erfarenheter av tidigare insatser kring det aktuella tillståndet samt att presentera vilken evidens det finns för relevanta behandlingars effekter.

Socialstyrelsen har inspirerats av denna modell och har översatt den till socialtjänsten[5]. Man lyfter fram att det är i dialogen mellan brukaren och den professionelle som kunskapskällorna vägs samman. ”Klienterna har rätt att få veta på vilken grund besluten fattas, av dels etiska, dels rättssäkerhetsskäl. Beslutsgrunderna redovisas öppet. Det räcker inte att den professionelle hänvisar till personliga erfarenheter, så kallad tyst kunskap eller teorier om att hjälpprocessen har ett värde i sig.”

För socialtjänsten, precis som i medicinen, finns möjlighet att i tillståndsbeskrivningarna inkludera olika typer av situationsfaktorer. Det är t.ex. svårare att förändra ett drogberoende om personen också saknar en permanent bostad. På samma sätt ökar svårighetsgraden inom hälso- och sjukvården om personen med diabetes också är drogberoende. Det är centralt att socialtjänstens interventioner beaktar både brukarens tillstånd *och* hans eller hennes särskilda levnadsomständigheter när behandlings- eller vårdplaner ska överenskommas.

Sackett, och andra tidiga förespråkare för EBM, såg läkaren som en hypotesprövande forskare. Utifrån patientens symtom, sjukdomsbild och önskemål sökte läkaren efter bevis för bästa möjliga behandling. Den valda behandlingen följdes upp och justerades vid behov utifrån ytterligare kun-

[5] www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik

skapssökning. Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården har påverkat den enskilde praktikerns möjligheter att själv bedöma relevanta vetenskapliga studier. HTA-organisationer[6] har utvecklats som värderar forskningen inom olika områden och ger ut systematiska kunskapsöversikter. På basis av dessa kan sedan rekommendationer eller riktlinjer utformas. Det som förändrats är framför allt hur den vetenskapliga kunskapen bedöms och förpackas, inte läkarens roll i den evidensbaserade praktiken. Systemet kräver ett högt förtroende för de som värderar forskningsresultat och utformar kliniska riktlinjer. Öppenhet och transparens i procedurer har därför varit viktiga framgångsfaktorer i detta arbete. Sacketts tydliga fokus på beslutsprocessen tillsammans med patienten stämmer väl överens med motsvarande situation inom socialtjänsten. EBP är framför allt en strategi för transparent beslutsfattande, dvs. en tydlighet kring vad som påverkar val av insats och en öppenhet för att förändra inriktning och arbetssätt beroende på åtgärdens resultat.

Den professionella expertisen ligger till stora delar i tillståndsbedömningen och i att skapa uppslutning kring uppsatta mål och metoder samt att använda uppföljningen för att vid behov anpassa det fortsatta arbetssättet. Detta sker tillsammans med klienten/brukaren och det sker på olika sätt inom olika delar av socialtjänsten. Det kan handla om samarbete inom ramen för en utredning, om en behandlingsallians inom ett förändringsarbete eller en omsorgsrelation där vårdaren tillsammans med brukaren genomför stödtjänsten.

Kunskapsstyrning

Ansvarskommittén understryker att *kunskapsstyrning* inte rör sig om någon ny styrform, utan att det handlar om att utveckla, sprida och tillämpa kunskaper om vad som ger önskad effekt i en specifik verksamhet eller i förhållande till en viss målgrupp[7]. Det finns ingen vedertagen svensk eller internationell definition av kunskapsstyrning. Det råder dock stor enighet om att *syftet* med kunskapsstyrning är att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap *sprids* och *används* inom verksamheten[8].

I betänkandet *En evidensbaserad praktik inom socialtjänsten* (SOU 2008:18) framhålls att kunskapsstyrning i socialtjänsten handlar om hur kommuner och huvudmän systematiskt dokumenterar och följer upp sitt arbete liksom om hur de förmår tillägna sig relevant kunskap, men också om hur staten genom olika insatser kan bidra till utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

[6] HTA står för Health Technology Assessment. Dessa organisationer utvärderar nya medicinska teknologier utifrån deras effekter och kostnadseffektivitet. I Sverige är det framför allt SBU som har den rollen. För metoder i socialtjänsten har Socialstyrelsen denna roll. Tidigare var det IMS.

[7] Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

[8] Utredningsdirektiv: Socialstyrelsens strategier för kunskapsstyrning. 2008-11-17.

Kunskapsstyrning är inte EBP, utan är ett medel att genomföra EBP. I rapporten om hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning[9], konstaterades att huvudmännen oftast definierade kunskapsstyrning utifrån vad den syftade till och klargjorde i mindre grad de ledningssystem och den organisation som behövdes för att genomföra den. I föreliggande undersökning av kommunernas arbete med kunskapsstyrning var bilderna av kunskapsstyrning ännu otydligare. I flera fall uppfattades kunskapsstyrning främst som ett sätt att implementera ny kunskap.

En styrning mot att använda evidensbaserade metoder är dock inte tillräcklig för att skapa ett system där använda arbetssätt inom socialtjänsten bygger på bästa tillgängliga kunskap. Nationella riktlinjer och metoder med god evidens är toppen på ett isberg, vars flytkraft bestäms av kvaliteten på den infrastruktur som behövs för att ta fram dem.

I ett arbete mellan dåvarande hälso- och sjukvårds- och socialtjänstavdelningarna på Socialstyrelsen togs de gemensamma principerna för nationella riktlinjer fram[10]. I arbetet beskrevs den infrastruktur som är nödvändig för att ta fram och använda metoder med god evidens för effekt:

- En kunskapsbas
  - relevant grund- och tillämpad forskning
  - ändamålsenlig grund- och specialistutbildning samt vidareutbildning för verksamheternas personal.

- Systematisk uppföljning och utvärdering som stöds av
  - en gemensam informationsstruktur och terminologi
  - hälsodataregister, tandhälsoregister och kvalitetsregister samt motsvarande inom socialtjänsten.

- En transparent riktlinjeprocess med hög legitimitet för att ta fram rekommendationer byggda på bästa tillgängliga kunskap samt en process för implementering i verksamheten, dvs.
  - nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag
  - regionala/lokala vårdprogram och riktlinjer eller metodbeskrivningar som tas fram inom socialtjänsten.

- Ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

Ur ett lednings- och styrningsperspektiv är agendan för kunskapsstyrning betydligt bredare än hur riktlinjer ska implementeras. *Kunskapsstyrning innebär styr- och ledningsstrategier/åtgärder som*

- implementerar evidensbaserade riktlinjer och metoder i verksamheten

---

[9] Mot en effektivare kunskapsstyrning – Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. SKL/Socialstyrelsen. November 2009.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17796/2009-10-124.pdf

[10] Socialstyrelsens plattform för Nationella Riktlinjer. Hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst. Socialstyrelsen, maj 2008. Själva plattformen har reviderats sedan dess, men synen på kunskapsstyrningens infrastruktur består.

- skapar och upprätthåller den infrastruktur som behövs för kunskapsbildning och kunskapsutveckling.

Kunskapsstyrning innebär sålunda att styr- och ledningssystem används för att föra in och utmönstra arbetsmetoder respektive att skapa och underhålla en infrastruktur för utbildning/kompetensutveckling, systematisk uppföljning och förbättringsarbete, deltagande i studier samt en tydlig och transparent process för att ta fram riktlinjer.

På statlig nivå innebär kunskapsstyrning att styrmedel används för att stimulera användningen av metoder med god evidens i verksamheterna och för att upprätthålla en relevant infrastruktur där de olika delarna stödjer en evidensbaserad praktik. Det gäller undervisning och forskning vid universitet och högskolor, uppdrag till HTA-organisationer att värdera nya/befintliga metoder och åtgärder, stöd till systematisk uppföljning (t.ex. kvalitetsregister samt gemensam informationsstruktur och terminologi) och stöd till förbättringsarbete.

Plattformen för arbetet med att utveckla EBP i socialtjänsten

Arbetet med att skapa en evidensbaserad socialtjänst är en del i huvudmännens bredare arbete med att stärka kvaliteten inom socialtjänsten. Regeringen och SKL har beslutat om ett gemensamt synsätt på EBP som ska vägleda det nationella arbetet[11]. Enligt denna är EBP ”ett förhållningssätt för ett ständigt och systematiskt lärande, där brukaren och de professionella, utifrån bästa tillgängliga kunskap, tillsammans fattar beslut om lämpliga insatser i den mån brukaren eller hans eller hennes närstående kan och vill vara delaktiga. Vetenskap blir användbar först när den integreras med professionell erfarenhet och förmåga samt brukarens situation och önskemål.”

I överenskommelsen betonas att den kunskap som behövs inom socialtjänsten kommer från flera olika källor – forskningsresultat utifrån olika vetenskapliga discipliner samt de professionellas och brukarnas erfarenheter. De senares synliggörs bl.a. via systematisk uppföljning och ett systematiskt förbättringsarbete.

Nedanstående modell visar på samspelet mellan kunskapsbildning och kunskapsstyrning. Den är inspirerad av den snarlika modellen för God vård inom hälso- och sjukvården, som ligger till grund för de årliga Dagmaröverenskommelserna[12] mellan staten och SKL.

[11] Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten – en överenskommelse mellan staten och SKL. Bilaga till protokoll vid regeringens sammanträde 2010-06-17. Dnr: S2009/4028/ST.

[12] Syftet med de årliga Dagmaröverenskommelserna är att genom riktade satsningar, i samförstånd mellan staten och huvudmännen, stimulera olika utvecklingsarbeten i hälso- och sjukvården. För 2010 fördelas 158 mnkr på olika strategiska utvecklingssatsningar.

Figur 3. Modell för EBP och god kvalitet inom socialtjänsten. Bilden är något förenklad i förhållande till originalet. Källa: Socialdepartementet och SKL.

Figur 3 beskriver hur nationella utvärderingar och riktlinjer samspelar med lokal implementering, lokal uppföljning och lokalt förbättringsarbete. Den nationella nivån använder givetvis fler källor i sin kunskapsvärdering och i sina kunskapsunderlag på samma sätt som det lokala förbättringsarbetet bygger på en bred utvärdering av de egna resultaten.

Det saknas ännu permanenta strukturer för dialog och samverkan mellan nationella aktörer och kommunerna när det gäller t.ex. implementering av nationella riktlinjer och områdesspecifika satsningar. Dessa har varit projektbaserade och unika för varje projekt. De regionala kunskapsplattformarna, som nu byggs upp med stöd av stimulansmedel från staten, är ett första steg mot en mer långsiktig regional plattform för samordning av socialtjänstens kunskapsstyrning.

I den ursprungliga modellen för EBP och god socialtjänst finns även systematiserad kunskap representerad på lokal nivå, som en produkt av uppföljning och utvärdering. Denna kunskap skiljer sig åt från det som avses med systematiserad kunskap på nationell nivå, där det i första hand handlar om systematiska kunskapsöversikter som formas utifrån värderingen av vetenskapliga studier och existerande systematiska översikter. På verksamhetsnivå handlar det om att översätta vunna erfarenheter till förbättringar i verksamheten. Dessa bygger dels på uppföljning och utvärdering av insatsernas effekter, dels på professionella erfarenheter i arbetsprocessen och införlivandet av ny kunskap från annat håll. Se även avsnittet *Bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet* och det som där sägs om *dokumenterad erfarenhet*.

Socialtjänsten har en gemensam kärna och ett heterogent tjänsteutbud

I rapporten används begreppet *socialtjänsten* för att sammanfatta de uppgifter och tjänster som utförs inom området. Det ska dock understrykas att det

finns såväl likheter som skillnader mellan socialt arbete och äldre- och handikappomsorg när det gäller använda metoder.

Socialtjänsten ska ge stöd, service och omsorg till klienter och brukare. Detta ska ske i samverkan och i samarbete med de berörda. Endast när det finns akuta skyddsbehov för barn eller vuxna missbrukare kan avsteg från detta göras.

Socialt arbete inom individ- och familjeomsorg innefattar mer av stöd till förändring (”behandling”), medan vård och omsorg huvudsakligen handlar mer om att kompensera för bristande förmågor och ge service. Familjehemsplaceringar av barn handlar dock ofta om att kompensera för brister i föräldrarnas omsorg. Även försörjningsstödet inom IFO innebär ett kompenserande stöd, men av ett annat slag än det som kommer av olika funktionshinder.

Bägge verksamhetsområdena har biståndsbedömningen gemensam och här handlar det om kartläggning av behov, problem och önskemål samt att förstå aktuella omständigheter. Inom IFO handlar det sedan oftast om att med stöd av olika metoder och kommunikationsstrategier påverka berörda personers synsätt och beteende för att bereda vägen för de önskade förändringarna. I vård och omsorgsarbete med äldre och funktionshindrade finns det många praktiska metoder för att städa, hantera inköp, mata, klä på, hjälpa på toaletten etc., men även här finns stora inslag av rehabilitering och stöd till förändring som syftar till större autonomi och självtillit. Metoderna för att få samarbetet med klienten/brukaren att fungera är av största vikt inom såväl IFO som ÄOH.

Både socialt behandlingsarbete och arbete inom äldre- och handikappomsorgen innebär att olika verksamhetsspecifika metoder används. Men det finns också en rad gemensamma värderingar och utgångspunkter, t.ex. respekt för de personer man arbetar med och tillämpningen av ett salutogent förhållningssätt, som ser möjligheter och bygger på det friska. I socialtjänstens kommunikationsbaserade metoder ingår att påverka klientens/brukarens förväntningar på tjänsten. Om inte detta sker systematiskt och genomtänkt kan klienten/brukaren inte veta vad som förväntas av honom/henne eller vad som för övrigt kan förväntas av arbetet. Dessutom kan eventuella placeboeffekter[13] undergrävas.

Redan benämningen social*tjänst* berättar att det handlar om produktion av tjänster, som inte går att ta på, inte kan inte lagras, inte har något andrahandsvärde och som huvudsakligen består av handlingar och samspel. Brukaren deltar i arbetet varför produktion och konsumtion sammanfaller. Mycket sker i vad tjänsteforskarna kallar *sanningens ögonblick,* dvs. i mötet mellan olika medarbetare och klienten/brukaren. Det är möten som förutsätter självständiga, motiverade och kunniga medarbetare som vet vad de är till för. De behöver ha en klar bild av verksamhetsidén och målen samt vara

[13] *Placeboeffekten* uppstår som en konsekvens av patientens, klientens eller brukarens förväntningar på en insats, inte insatsen i sig. Förväntningarna kan inte skiljas från det sammanhang i vilket de skapas. Det innebär att socialtjänsten, vars tjänster till stora delar består av ett socialt samspel, har goda möjligheter att förstärka placeboeffekten. Tyvärr gäller även motsatsen. Om medarbetarnas kommunikationsförmåga är låg och om inlevelseförmågan sätter gränser kan placeboeffekten gå förlorad och klienten/brukaren kan till och med påverkas negativt (*noceboeffekten*).

rustade för att arbeta med de aktuella uppgifterna/metoderna. Stora delar av ÄOH:s tjänster kan beskrivas utifrån principerna för service management som de ursprungligen formulerades av Richard Normann[14].

Professionell och personlig kompetens

EBP innebär att kunskap från tre domäner ska läggas samman och användas. Brukarens önskemål och erfarenheter är alltid en viktig utgångspunkt och i övrigt ska socialtjänstens biståndsinsatser baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga och professionella kunskap. Samtidigt är de enskilda medarbetarnas kompetens och förmågor väsentliga för resultatet. Kompetensen brukar delas upp i *professionell* respektive *personlig kompetens*[15]. I den professionella kompetensen ingår kunskaper om behov och problem, psykologi och sociala förhållanden, insatser och metoder samt kunskaper om att söka, värdera och dokumentera information. I den personliga kompetensen ingår bl.a. livserfarenhet och mognad, förmåga att känna empati och upprätthålla gränser, att kunna anpassa sig till olika situationer etc. Den professionelles intresse för arbetet och brukaren samt hans eller hennes engagemang är sannolikt också viktiga för resultatet. Dessa karaktäristika hör dock inte entydigt hemma i vare sig den ena eller andra kompetenskategorin.

En av de intervjuade socialcheferna använde en intressant bild för att kontrastera systemnivån med arbetet på fältet. ”Jag har två hjärnhalvor. I den ena finns systematik, struktur och arbetsorganisation. I denna är kvalitetssäkring och EBP viktiga beståndsdelar. I den andra hjärnhalvan finns bilder av personalens intresse och motivation för sitt arbete, deras grundkompetens för arbetet och hur vi kan stödja och uppmuntra dem. I denna hjärnhalva spelar EBP en relativt liten roll.”

De flesta kommuner som svarade på enkäten eller deltog i intervjuerna gör relativt stora satsningar på utbildningsinsatser som tar sikte på kunskap om metoder och människor med vissa typer av problem och handikapp, men också sådan utbildning som syftar till att generellt förbättra samarbetet med klienter/brukare.

Handledningen har ett större eller mindre metodfokus, men syftar nästan alltid till att också göra erfarenheter till kunskaper. Det ingår också att öka den egna känsligheten för klientens/brukarens signaler och förmågan att engagera klienten/brukaren i ett konstruktivt samspel samt att hantera de egna känslor som föds i samspelet med olika klienter/brukare.

Kunskapsstyrning inom tjänstesfären har att ta hänsyn till utvecklingen av såväl den vetenskapliga kunskapen som den professionella kompetensen. Även den personliga kompetensen behöver beaktas, då den sätter gränser för vilken typ av arbetsuppgifter som är lämpliga för en viss individ. Styråtgärder finns i alla led och innefattar implementering av evidensbaserade metoder, rekrytering, urval, utbildning och handledning. Det är ingen slump att så många av de medverkande kommunerna ansåg att kompetensanalys, kompetensförsörjning och kompetensutveckling tillhörde de viktigaste de-

[14] Service Management. Richard Normann. Liber. 1983.

[15] Se t.ex. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Lars Oscarsson. SKL Kommentus. 2009.

larna för att kunna leva upp till en evidensbaserad praktik. En IFO-chef formulerade det t.o.m. som att ”vi satsar mer på individ- än metodutveckling”.

Bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet

Socialtjänstens insatser baseras på vetenskaplig kunskap om olika metoders effekter och på medarbetarnas beprövade erfarenhet. Klienter och brukares önskemål och erfarenheter är också viktiga och en utgångspunkt för arbetet, men dessa diskuteras inte här.

Det vetenskapliga stödet för socialtjänstens insatser och metoder är fortfarande begränsat. Den svenska forskningen har inte fokuserat på effektstudier och den successivt ökade mängd forskning som finns i dag har ett anglosaxiskt ursprung. Vilka effekter de svenska tillämpningarna har är därför ofta oklart.

Utvecklingen av socialtjänstens kunskapsbas sker både genom forskning och med stöd av beprövad erfarenhet. Karin Tengvald konstaterade i en artikel om socialt arbete att vetenskapligt prövad kunskap har fått en större roll i den professionella kunskapsbasen, men också att medarbetarnas beprövade erfarenhet inte hade utvecklats på samma systematiska sätt[16]. Hon menar att den beprövade erfarenheten består av professionernas gemensamma metoder och arbetssätt samt att dessa är en central del av kärnkompetensen i allt välfärdstjänstearbete. Med metoder avses här bl.a. olika sätt att öka klientens/brukarens motivation och resurser, att bygga upp fungerande arbetsrelationer, att lära ut nya färdigheter som kan användas för att hantera olika problematiska situationer etc.

EBP byggs upp både genom att förbättra den vetenskapliga kunskapsbasen och genom att utveckla den beprövade erfarenheten. Det sistnämnda sker framför allt genom att ”utveckla goda exempel till beprövad erfarenhet”. Detta sker genom en systematisk dokumentation om vilka arbetsmetoder som ger vilka resultat. Kunskaperna behöver också synliggöras genom att de diskuteras och värderas i de organisationer de verkar. Om arbetssättet får fäste på fler håll kan även bredare jämförelser göras under förutsättning att arbetsmetoden genomförs på samma sätt och följs upp med samma effektmått. Då ökar även möjligheterna att så småningom vetenskapligt kunna jämföra metodens resultat för utvalda problem med resultatet för andra använda metoder.

Beprövad erfarenhet motsvarar bl.a. den professionelles kunskaper och expertis såsom det beskrivits i definitionen av EBP. Det gäller skicklighet i att identifiera (diagnostisera) klientens/brukarens problematik, att söka och värdera kunskap utifrån dess evidens, att kunna inkludera klientens/brukarens intressen och önskemål samt förmågan att balansera och integrera all information i beslutsfattandet. Till detta kommer det som lyftes fram av Karin Tengvald ovan som t.ex. förhållningssätt, kommunikations-

[16] Mer beprövad erfarenhet för klienters och brukares bästa. Karin Tengvald. Socionomen, 2006/Nr 4.

färdigheter och förmågan att engagera klienter/brukare i ett konstruktivt samarbete och samspel.

På ett djupare plan, eller åtminstone ett mer svårfångat, finns fler förhållanden som har betydelse för hur socialtjänstens arbete genomförs och därför sannolikt även för dess resultat. Det rör sådant som de professionellas livserfarenhet, empati, kreativitet och värderingar. Även humor är en underskattad tillgång i dessa ofta allvarliga sammanhang. Denna typ av ”egenskaper” ligger inte inom begreppet beprövad erfarenhet och influeras i låg grad av den kunskapsbaserade metodutvecklingen. Organisationens tillgång till denna personliga kompetens påverkas i första hand av rekrytering, ledarskap, personalutveckling och kulturen på arbetsplatsen.

Beprövad erfarenhet kan således ses som ett eget kunskapsområde. Enligt Lars Oscarsson är beprövad erfarenhet *kunskap som är dokumenterad och spridd, delas av professionen, är kritiskt granskad och fungerar som norm för hur man ska handla som praktiker*[17]. Det finns ett släktskap med *professionell kompetens*, men det är inte fråga om ”tyst kunskap” utan om metoder som har prövats, spridits och har en legitimitet i berörda yrkesgrupper. En förutsättning för det senare är att den aktuella kunskapen har dokumenterats. Inom t.ex. det svenska skolväsendet används begreppet *dokumenterad erfarenhet* för att fånga den senare typen av kunskap[18]. Internationellt är den begreppsliga motsvarigheten *tested experience*.

Beprövad erfarenhet kan också komplettera värderingen av en metod när vetenskapliga studier är av lägre kvalitet eller saknas. Detta sker i Socialstyrelsens riktlinjearbete för hälso- och sjukvården när strukturerade konsensusprocesser med stöd av webbenkäter ibland används för att stämma av hur erfarna yrkesverksamma personer bedömer en viss insats.

Beprövad erfarenhet är en stor kunskapskälla inom många områden och en viktig del av EBP, men dess värde bedöms ofta i förhållande till vetenskaplig kunskap snarare än den professionella kunskap som är nödvändig för att utföra arbetet med klienter och brukare. Det innebär att beprövad erfarenhet ofta uppfattats som något som är mindre värt än vetenskaplig kunskap, snarare än en annan typ av kunskap utan vilket socialtjänsten inte kan fungera. Det finns därför ett behov av att klargöra värdet av beprövad erfarenhet, men kanske mest av allt behöver begreppets innehåll förtydligas. Det finns många olika beteckningar för det som är beprövad erfarenhet, dokumenterad erfarenhet, professionell kunskap etc. Framtida diskussioner och kunskapsutvecklingen skulle underlättas om det fanns stöd av en tydligare och gemensam begreppsbildning.

Vilken vägledning ska Socialstyrelsen ge?

Inom socialtjänsten tar Socialstyrelsen i dag fram nationella riktlinjer samt värderar vissa bedömningsinstrument och metoder utifrån evidens. Social-

[17] Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Lars Oscarsson. SKL och SKL Kommentus. 2009.

[18] Ett exempel är Myndigheten för skolutvecklings kunskapsöversikt *Att läsa och skriva – en kunskapsöversikt baserad på forskning och dokumenterad erfarenhet.* http://www.multimedia.skolverket.se/data/object/5318/531824.pdf

styrelsen har också tagit ansvar för implementeringen av vissa instrument och förvaltar dem (BBIC och ASI). De handböcker som tas fram kompletterar i första hand Socialstyrelsens författningssamling med fakta, kunskapsunderlag och kommentarer som stöd för rättstillämpning och handläggning av ärenden hos huvudmän och andra vårdgivare.

Mot bakgrund av ofta svaga vetenskapliga underlag finns flera relevanta frågor för det fortsatta arbetet med Socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsunderlag. Vilken typ av vägledning ska Socialstyrelsen ge när det vetenskapliga stödet är relativt svagt och behovet av stöd är stort på fältet? Ska myndigheten stanna vid att konstatera att kunskapsläget är oklart och avstå från annan vägledning än att rekommendera ytterligare forskning? SBU konstaterade i pressmeddelandet till en nyligen publicerad kunskapsöversikt kring sexuella övergrepp mot barn[19]: ”I väntan på bättre studier måste insatserna utgå från den otillräckliga kunskap som redan finns, och resultaten måste följas upp.” SBU är dock en renodlad HTA-myndighet och har ett smalare uppdrag än Socialstyrelsen.

Lite tillspetsat finns ett val mellan att göra något som erfarna och respekterade yrkesutövare anser är bra, respektive att konstatera att det i dagsläget inte finns någon evidens för att de undersökta metoderna för aktuellt tillstånd/problem har önskvärda effekter. Bägge alternativen är i sin renodlade form problematiska.

Det finns väl utvecklade metoder för att söka vetenskaplig kunskap genom systematiska sökningar i relevanta databaser. När det gäller att fånga beprövad erfarenhet är metoderna mer outvecklade. Det gäller t.ex. vilka som ska tillfrågas och hur processen ska organiseras. Inom socialtjänsten finns inga specialiserade yrkesföreningar som inom hälso- och sjukvården och från vilka respekterade och kunniga personer kan rekryteras till olika konsensusprocesser. Risken för att ”alla kan ha fel” måste också beaktas. Denna behöver dock vägas mot risken för en omfattande osäkerhet och metoddiversifiering bland kommunerna. Allt beslutsfattande i den verkliga världen sker visserligen i en kontext av osäkerhet[20], och EBP är en av de mest transparenta strategierna för socialtjänstens yrkesgrupper att leva med och hantera denna osäkerhet. Vilka effekter detta har för klienter och brukare finns dock ingen systematisk kunskap om.

Ett alternativ till vägledningar med svagare vetenskaplig evidens behöver dock inte endast bestå i att ytterligare forskning rekommenderas, vilket inte utgör något stöd för de problem som socialtjänstens yrkesgrupper möter i dag. Vägledningen kan bli mer uppföljnings- och utvecklingsinriktad. Genom att ge metodstöd till huvudmännens systematiska arbete med uppföljnings- och förbättringsarbete kan flera målsättningar uppnås. Dels medverkar Socialstyrelsen till att bygga upp den nödvändiga infrastrukturen för kunskapsbildning, dels minskar verksamhetens frustration kring bristen på riktlinjer som i stället kanaliseras i utvecklingsarbetet. Även det som tidiga-

[19] Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn. http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/SBU-rapport_overgrepp_barn_2010-01-10.pdf

[20] Evidence-based practice and the ethics of discretion. Eileen Gambrill. Jsw. 11(1) 26-48. 2010.

re redovisades kring vad Karin Tengvald skrev om goda exempel och dokumenterad beprövad erfarenhet är ett stöd i detta.

Hur beprövad erfarenhet och konsensusprocesser kan användas i ett riktlinje- eller vägledningsarbete är inte reglerat. Är det fråga om enstaka kunskapsluckor i ett i övrigt väl belyst område ligger det nära till hands att använda konsensusprocesser som komplement, vilket gjorts i riktlinjearbetet inom hälso- och sjukvården vid flera tillfällen. Är kunskapsläget väsentligt sämre är situationen annorlunda, men oavsett vad Socialstyrelsen gör eller inte gör måste medarbetare på fältet och klienter/brukare ta ställning till metod eller arbetssätt oberoende om dessa har vetenskapligt stöd eller inte.

Kommunernas organisation för kunskapsstyrning och kunskapsbildning

I de kommuner som besvarade enkäten eller där intervjuer genomfördes fanns en positiv eller mycket positiv inställning till EBP. De bedömningar som gjorts av nationella företrädare för Socialstyrelsen, SKL och intresseorganisationer är att detta också präglar de flesta av landets kommuner. Detta är en stor förändring jämfört med tidigare, men det innebär också att det fortfarande finns kritiska synpunkter på EBP.

Kommunernas implementering av kunskapsunderlag

En viktig del av kunskapsstyrningen är att de arbetssätt och metoder som förs in i och används i verksamheten har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialtjänsten har under senare år implementerat flera olika utrednings- och bedömningsinstrument samt enstaka nationella riktlinjer[21].

Undersökningen visar att kunskapsstyrningsbegreppet används i betydligt mindre utsträckning än EBP inom socialtjänsten, men samtidigt menar alla tillfrågade kommuner att styråtgärder och ledningsstrategier varit viktiga instrument för att utveckla den evidensbaserade praktiken. De interna resurser som stödjer kunskapsstyrningen och som redovisas av medverkande kommuner är i första hand

- ledningsgruppen och enskilda chefer
- stabsresurser (i form av verksamhets-, kvalitets- eller metodutvecklare samt utvecklingsledare) eller visstidsanställda projektledare vid större förändringar
- MAS/MAR[22]
- personalstrateger
- engagerade medarbetare.

Inom socialtjänsten ligger införande och utfasning av nya metoder otvetydigt på ledningsorganisationen. Det finns inga starka sidoordnade expertorganisationer som lägger förslag eller som ha en egen agenda. Tillgången till beredningss- och utvecklingsstöd för implementeringsprocessen varierar dock starkt. De små kommunerna redovisar ofta betydande svårigheter att få existerande lednings- och stödresurser att räcka till vid större implementeringsprocesser. Kommunens storlek bedöms som avgörande för förmågan

[21] De viktigaste är de nationella riktlinjerna för missbruk, BBIC och ASI. Implementeringen av demensriktlinjerna har också påbörjats.

[22] MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAR – medicinskt ansvarig för rehabilitering.

att bära en utvecklingsenhet eller lämpliga stabsresurser inom IFO och ÄOH. Det gäller i synnerhet för IFO som är en betydligt mindre verksamhet än ÄOH. I små kommuner är stödjande stabsroller som utvecklingsledare eller motsvarande i allmänhet knutna direkt till förvaltningschefen, medan de i de större kommunerna ofta finns i en egen stabsenhet.

Bristande kapacitet eller kompetens för beredning och implementering inom kommunen kan enligt de mindre kommunerna i någon mån kompenseras genom samarbeten med näraliggande kommuner och de nätverk som upprätthålls av de länsvisa kommun- och regionförbunden. De flesta av dem menar ändå att de begränsade resurserna sätter gränser för hur en effektiv kunskapsstyrning kan upprätthållas. Många kommuner framhåller också att ändamålsenlig dokumentation från Socialstyrelsen, anpassat utbildningsmaterial och samordning av insatser från SKL eller andra, underlättar implementeringen.

Inom socialtjänsten bär tjänstemannaledningen arbetet med att utveckla en mer evidensbaserad praktik. Det politiska engagemanget för EBP är, enligt enkätsvar och intervjuer, fortfarande begränsat, även om det blir vanligare att EBP finns med bland nämndens övergripande mål. Inriktningen mot en evidensbaserad praktik har oftast slagits fast i verksamhetsplaner och speglas i det löpande beslutsfattandet.

Inom ÄOH lyfter i stort sett samtliga enkätsvar och intervjuer fram MAS- och MAR-funktionerna[23], som uppfattas som centrala vid beredning och implementering av kunskapsunderlag. Dessa ansvarar för att föreskrifter och nationella riktlinjer införlivas i lokala riktlinjer och är det närmaste man kommer landstingens grupperingar av läns- eller regionbaserade medicinska råd inom olika specialiteter. Här finns en vana vid att arbeta systematiskt med att översätta kunskapsdokument och föreskrifter till lokala riktlinjer.

Inom ÄOH lyfter även många kommuner fram personalstrategen som en viktig resurs i kunskapsstyrningen. Man menar att förutsättningen för att kunna arbeta med metoder med god evidens, och för den delen även övriga metoder, är att medarbetarna har rätt kompetens för uppdraget. Många kommuner har gjort stora satsningar på kompetensanalyser och kompetensutvecklingsplaner där de identifierat utbildnings- och utvecklingsbehov hos enskilda medarbetare.

Inom IFO har ledningen ofta varit pådrivande och fattat beslut om implementeringen av olika bedömningsinstrument och metoder. Detta har nästan alltid kopplats till någon form av genomförandeprojekt där en projektledare håller samman utbildnings- och handledningsinsatser, förändringar i rutiner och processer samt inte sällan även uppföljning. Det senare har i enstaka fall skett med stöd av en FoU-miljö som kommunen samarbetar med. Bristen på resurser i små kommuner gör att det ofta är sektionschef (motsvarande) som fått denna roll. Delaktigheten bedöms som viktig och medarbetare har ofta roller i styr- och arbetsgrupper. Arbetsplatsträffar används ofta som forum för att diskutera införandet och eventuella problem. Flera kommuner rappor-

[23] Medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive medicinskt ansvarig för rehabilitering.

terar att de inom IFO:s ledningsgrupp har använt IMS:s studiecirkelmaterial Att leda evidensbaserad praktik[24].

En del av implementeringen är att ta fram lokala riktlinjer och kommunicera dessa i organisationen. Ibland samverkar kommunen och länets övriga kommuner med landstinget och tar fram länsvisa vårdprogram, som t.ex. för rehabilitering i Örebro län. Ett annat exempel är Västra Götaland, där alla 49 kommunerna tillsammans med Västra Götalandsregionen, inom ramen för Västbus[25], precis har tagit fram regionala riktlinjer för familjehems- eller institutionsplacerade barn. Västbus arbetar för att barn- och ungdomar med psykisk, psykiatrisk och social problematik inte ska hamna mellan stolarna. För att förhindra detta ska chefer och medarbetare från socialtjänst, skola, elevhälsa och BUP med flera arbeta enligt Västbus riktlinjer. De första riktlinjerna som gällde samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik beslutades politiskt i Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna 2005.

Utbildning utgör en mycket stor del av implementeringsaktiviteterna inom både IFO och ÄOH. Inom IFO handlar det oftast om riktade insatser till en mindre grupp handläggare, medan det inom ÄOH i allmänhet blir fråga om insatser för betydligt fler medarbetare. Inom ÄOH kan även basutbildning för personalen vara aktuell. Trelleborgs kommun som satsat mycket på kompetensanalys och kompetensutveckling poängterar att inom ÄOH är utbildning i grunduppdraget lika viktigt som utbildning i nya metoder.

Det finns andra skillnader mellan IFO och ÄOH än verksamheternas storlek som lyfts fram av kommunerna. IFO har en mycket stor andel högskoleutbildade medarbetare, medan dessa är få inom ÄOH. En annan skillnad är att man inom IFO arbetar med flera olika metoder inom hårt specialiserade arbetsgrupper, vilket kan innebära att det är ganska få medarbetare som behärskar de olika specialiserade arbetssätten. Detta gör organisationen känslig för störningar och personalomsättning.

Ur dessa skillnader mellan IFO och ÄOH har olika kompetensutvecklingsstrategier växt fram. För IFO tycks det handla om mer specialiserade utbildningar, som ofta är integrerade med handledning och löpande metodstöd. För ÄOH handlar det mer om att säkerställa att basfärdigheter inom omvårdnad och (re)habilitering är tillräckliga och i nästa steg ge specifik kunskap om metoder eller olika grupper av vårdtagare. Det senare kan ske på förekommen anledning eller vara ett led i implementeringen av nationella riktlinjer eller andra kunskapsunderlag. De stora personalgrupperna, den kortare mötestiden (jämfört med IFO) och den allmänna utbildningsnivån bidrar enligt flera äldreomsorgschefer till att implementeringen oftare tar längre tid inom ÄOH. Utmaningen är, enligt en intervjuad områdeschef, att ”göra det lätt att göra rätt och ta en sak i taget, inte försöka hinna med så mycket som möjligt på den begränsade mötes- och utbildningstid som finns”.

[24] Att leda evidensbaserad praktik – en guide för dig som är chef inom socialt arbete. IMS, december 2009.

[25] GR samarbetar med Västra Götalandsregionen och Västkom (Västsvenska Kommunförbundens samorganisation) i projektet Västbus, med fokus på barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

Enligt de intervjuade kommunföreträdarna är medvetenheten om vad EBP innebär större inom IFO än inom ÄOH. Pågående införande av Senior Alert förväntas påverka detta, liksom det nationella biståndsbedömningsinstrument som Socialstyrelsen nu utvecklar för äldreomsorgen.

Kommunernas bilder av framgångsfaktorer för implementering

De redovisningar som redan gjorts ger fingervisningar om vad som krävs och tycks underlätta implementering av kunskapsunderlag. I undersökningen ombads kommunerna att lyfta fram olika framgångsfaktorer för implementering av kunskapsunderlag. Dessa skiljer sig inte åt från det som vanligen brukar framhållas i liknande sammanhang. Sammanfattningsvis bör, enligt de medverkande kommunerna, följande beaktas vid implementeringen (listan har kompilerats genom att den mest nämnda framgångsfaktorn anges först och därefter kommer övriga i fallande ordning):

1. Kunskapsunderlaget behöver vara tydligt, av god kvalitet och beröra centrala områden och frågeställningar för kommunernas socialtjänst. När riktlinjer berör både landsting och kommun bör de ange vem/vilka som har ansvar för de olika delarna. Riktlinjer bör komma tillsammans med manualer eller tydliga metodbeskrivningar och förslag till uppföljningsrutiner. Varje kommun ska inte behöva uppfinna hjulet själv.

   Det bör också komma standardiserade utbildningspaket i samband med att nya nationella riktlinjer eller kunskapsunderlag presenteras.
2. Ledningens engagemang och styrförmåga behöver vara synlig och göra avtryck på alla nivåer, från nämnd till utförande enhet. Det innebär bl.a. att implementeringen finns med i verksamhetsplan och budget. Implementeringsarbetet behöver vara prioriterat och kunskap om implementering och samverkan finnas. Det finns ofta en tröghet i organisationerna och i personalgrupperna, som ledningsprocesserna behöver hantera. Det behövs därför ofta även ”tid, tålamod och energi”, som en av de intervjuade påpekade.
3. Resurser behövs för att driva implementeringsarbete, t.ex. processtöd/projektledning, utbildningsaktiviteter och utbildningsvikariat, handledning, tid för extern och intern samverkan och dialog med berörda aktörer.
4. Aktuella arbetssätt eller metoder behöver uppfattas som meningsfulla och motsvara grundläggande behov hos medarbetare och klienter/brukare. Metoden måste vara genomförbar och ”man måste förstå sammanhanget på golvet”.
5. Det är viktigt att det går att hitta regionala och lokala anpassningar för enskilda kommuner och utförare, eftersom förutsättningarna ofta skiljer sig åt då det gäller organisation och resurser.
6. Implementeringsarbetet behöver uppmärksammas och följas upp under hela införandeprocessen, liksom effekterna för klienter/brukare.

7. Kommunen och berörda verksamheter behöver tidigt uppmärksammas på kommande riktlinjer eller kunskapsunderlag.

Varje implementering är ett samspel mellan nationell nivå och kommunnivå respektive ett regionalt samspel mellan huvudmännen. Nära hälften av kommunföreträdarna lyfter fram att nuvarande remissförfarande kring riktlinjer/kunskapsunderlag inte är tillräckligt och framhåller att dialogen behöver fortsätta såväl under implementeringsfasen som efter. Överlag tycks det även finnas få kommunföreträdare som är insatta i de krav som i dag ställs på den nuvarande HTA- och riktlinjeprocessen, vilket ytterligare understryker behovet av dialog mellan parterna.

Flera kommuner pekar på att det ofta saknas en gemensam användning av indikatorer samt termer och begrepp i uppföljningen av implementerade metoders effekter. Här finns förväntningar på metodstöd från Socialstyrelsen. Några kommuner har själva tagit fram vägledningar kring detta, t.ex. Jönköping. Vägledningen gäller bl.a. olika typer av utvärdering, fokusområden, frågeställningar, indikatorer och metod samt utvärderingsplan och rapportering.

Andra kommuner pekar på att det behövs en kultur som främjar lärande och nytänkande. I en sådan organisation underhålls och utvecklas personalens kompetens på minst samma nivå som gjorda investeringar i maskiner och infrastruktur. Tid och resurser avsätts för kompetensutveckling och förbättringsarbete inom prioriterade områden. Detta menar man är särskilt viktigt för de yngre medarbetarna då de går från ”vad till hur” och formar sin professionella identitet.

Det svåra är, som en verksamhetschef påpekade, inte så mycket ”att få in det nya, som att få bort det gamla”. En kommun hade tillsammans med landstinget infört ICF inom psykiatrin. Införandet gick trögt och det krävdes många påminnelser om varför detta skulle göras. Det illustrerar svårigheterna som lyfts i punkt 4 ovan – att det som uppfattas som meningsfullt av någon ur ett övergripande perspektiv inte nödvändigtvis är något som känns viktigt för dem som arbetar med de aktuella brukarna.

Bedömningsinstrument och metoder med god evidens

I detta avsnitt redovisas såväl deltagande kommuners synpunkter på evidensbaserade instrument och metoder som information från nationella källor och dokument.

Alla kommuner redovisar implementerade evidensgranskade metoder och utrednings-/bedömningsinstrument, men flera uttrycker samtidigt att dessa är relativt få och täcker en liten del av verksamheten. De mest spridda instrumenten inom IFO – ASI och BBIC – användes inom alla deltagande kommuner[26]. De är standardiserade metoder för utredning och dokumentation, inte för behandling[27]. Även andra instrument redovisas, men bland

[26] Elva av kommunerna har en ordinarie licens för BBIC, dvs. har infört BBIC fullt ut, medan övriga har en prövolicens och håller på att införa BBIC. ASI används av samtliga medverkande kommuner.

[27] BBIC är främst ett dokumentationssystem och är inte knutet till en strategi för hur insamlad information ska vägas samman till ett ändamålsenligt beslut.

dessa varierar användningen stort. Motiverande intervjuer (MI) tas upp av flera kommuner, men enkäten ger ingen säker bild av i vilken utsträckning arbetssättet används.

För beroende och missbruk finns nationella riktlinjer där 53 åtgärder rekommenderas för bedömning och dokumentation, upptäckt och rådgivning samt behandling. Enligt flera intervjuade har riktlinjerna gett en större trygghet i arbetet med missbruk och beroende. Riktlinjerna har även fått ett omfattande nationellt implementeringsstöd genom *Kunskap till praktik,* som har hållits samman av SKL. I arbetet har ingått att ta fram utbildningsmaterial, utbilda och informera praktiker, chefer och politiker om vilka metoder och arbetssätt som har god effekt samt att stödja kommuner och landsting i förändringsarbetet. I projektet har styrgrupper skapats både på läns- och kommunnivå för samordning och samverkan mellan alla intressenter, inklusive landstingen.

ASI och BBIC är mycket omfattande instrument och syftar till att få ett brett dokumentationsstöd inför val av insats samt att användas vid uppföljning av valda åtgärder. I takt med att det kommer fler och fler manualbaserade metoder för bl.a. föräldrastöd och insatser för ungdomar har några intervjuade betonat behovet enkla screeninginstrument för att bedöma om aktuella personer är lämpliga för och kan tillgodogöra sig en viss insats.

Inom ÄOH finns några tillämpliga nationella riktlinjer och flera olika bedömningsinstrument för att bedöma funktionsförmåga och anpassning, men de senare har inte implementerats nationellt. Enligt intervjuade äldreomsorgsföreträdare är det de nationella riktlinjerna för stroke och senast demens som varit de mest uppmärksammade.

Två av ÄOH:s bedömningsinstrument har värderats av IMS/Socialstyrelsen[28] och flera står på tur[29]. Det gäller bl.a. Katz ADL-index och flera andra ADL-instrument för att mäta och dokumentera funktionsförmåga och graden av (o)beroende. Även registrering i Senior Alert innebär att flera forskningsbaserade och validerade bedömningsinstrument används:

- RBT-skalan och den modifierade Nortonskalan är bedömningsinstrument som visar risk för att utveckla trycksår.
- SF-MNA (Short form-Mini Nutritional Assessment) bedömer risk för undernäring (utökad MNA är möjligt att välja till).
- Downton Fall Risk Index (DFRI) bedömer fallrisk.

Det finns också möjlighet att välja ett enklare riskbedömningsinstrument som består av samma frågor som SKL rekommenderar i sin patientsäkerhetssatsning.

På regional nivå driver Kommunförbundet Skåne ett utvecklingsprojekt och arrangerar kurser kring beslutsstöd (ICF[30]) för arbetsterapeuter och

[28] CAN-Ä för bedömning och uppföljning av äldre med psykiska funktionshinder och GDS-20 – Geriatric Depression Scale (för identifiering av åldersdepressioner).

[29] http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/aldre

[30] ICF står för *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Det utarbetades av WHO 2003 och används som ett beslutsstöd av bl.a. arbetsterapeuter och sjukgymnaster vid bedömning av personer med funktionsnedsättningar. Modellen kommer

sjukgymnaster vid bedömning av insatser vid funktionsnedsättning. 24 skånska kommuner deltar i arbetet.

Socialstyrelsen fick i mars 2010 ett regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt instrument som underlag för bedömning av biståndsbehov inom äldreomsorgen (utifrån SoL) samt en tillhörande manual[31]. Ambitionen är att minska skillnaderna inom landet och att få en mer enhetlig äldreomsorg. Nödvändiga uppgifter ska kunna dokumenteras på ett mer strukturerat och likformigt sätt, vilket bl.a. förbättrar uppföljningsmöjligheterna och ger möjligheter till öppna jämförelser. Instrumentet kommer att bygga sina funktionsbeskrivningar utifrån ICF.

Frågan om det går att definiera en ”evidensbaserad myndighetsutövning” lyftes av en kommun utifrån perspektivet ”rätt val av insats”. Frågan är komplex eftersom studier av detta har svårt att skilja ut den bedömda insatsen från utförandet av den. T.ex. kan rätt insats ha beviljats, men det kan ha brustit i utförandet varför resultatet för klienten/brukaren är negativt. Även motsatsen kan gälla. Fel insats beviljades, men utförarens flexibilitet och skicklighet ger ändå ett positivt utfall för klienten/brukaren.

Avslutande kommentarer

Det är framför allt de små kommunerna som har svårast att upprätthålla ändamålsenliga strukturer för den lokala kunskapsstyrningen och kunskapsutvecklingen. Här saknas ofta processledare för beredning och implementering av nya metoder som kan arbeta med att utveckla uppföljningen och med att driva olika förbättringsprojekt. Dessa uppgifter hamnar i stället på första linjens chefer, varför hårdhänta prioriteringar ofta behöver göras. Samtidigt finns exempel på hur små/mindre kommuner har tillskapat centrala stödresurser, i Jokkmokk genom socialchefens *utvecklingsgrupp* och i Vetlanda där två utvecklingsledare tillsatts inom IFO genom att omprioritera befintliga personalresurser. Ändå är det tydligt att de mindre kommunerna är mer beroende av bearbetade underlag från nationell nivå, t.ex. utvecklade instrument, manualer och praktiska anvisningar. De är också mer beroende av länsnätverk eller andra samverkanskonstellationer. De har större behov av utbildningsinsatser med lärare eller handledare utifrån. De små kommunerna har dessutom ibland svårt att klara kostnaderna för utbildningsvikariaten.

Implementeringen sker genom beslut och aktiva insatser från ledningsorganisation och med stöd av staber/resurspersoner. Till skillnad från hälso- och sjukvården finns inga permanenta råd som på uppdrag av ledningen, eller på eget initiativ, arbetar med att ta emot kunskapsunderlag och utifrån dessa ta fram förslag till uppdaterade eller nya lokala riktlinjer.

De allt fler manualbaserade metoderna innebär att det kommer att bli allt angelägnare att hitta enkla screeninginstrument för att kunna matcha metod och klient/brukare. Här finns en parallell med hälso- och sjukvårdens jakt på biologiska markörer som visar om en rekommenderad behandling kan vara

---

också att användas som ”gemensamt språk” vid utvecklingen av den nationella modellen för biståndsbedömning inom ÄO.

[31] Regeringsbeslut S2010/2665/ST, 2010-03-25.

effektiv för den enskilda patienten. Både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är det slöseri med resurser – ekonomiska och mänskliga – om en del av arbetet går åt till att genomföra verkningslösa insatser.

Inom kommunernas socialtjänst har det under åren blivit allt tydligare att arbetet i stora delar utgörs av myndighetsutövning med en beställarfunktion. Framför allt inom IFO ligger en stor del av utförarna utanför den kommunala organisationen, men även inom ÄOH växer andelen. Inom IFO har t.ex. stora delar av metodutvecklingen legat på de externa aktörerna. När de senare blir allt fler kan inte kommunerna vara de enda mottagarna av nya riktlinjer och kunskapsunderlag.

Avslutningsvis bör tilläggas att synen på nationella riktlinjer kan vara mer kluven i kommunerna än vad som framgår i denna undersökning. De välkomnas visserligen unisont av medverkande kommunala förvaltningar och chefer inom socialtjänsten. Samtidigt kan förbehåll finnas på kommunledningsnivån. Skäl för detta kan vara kommunernas olika strukturer och ekonomiska förutsättningar samt en oro för att det ska bli svårare att göra lokala anpassningar och att riktlinjerna ska vara kostnadsdrivande. De intervjuade kommunföreträdare som hade en uppfattning om det senare ansåg dock inte att detta var en risk. Snarare hade kostnaderna minskat, eftersom några metoder sorterats ut på grund av de styrkta obefintliga effekterna.

Systematisk uppföljning

Enligt enkätsvar och intervjuer styrs socialtjänstens uppföljning utifrån ledningssystemet för kvalitet. Det finns fem typer av uppföljningar som genomförs i alla deltagande kommuner, men som utformas på flera olika sätt:

- uppföljning av nämndens verksamhetsmål
- uppföljning av biståndsbeslut
- brukarenkäter
- hantering av fel och brister
- hantering av synpunkter och klagomål.

Alla förvaltningar följer upp de av nämnden givna verksamhetsmålen. Verksamhetsplanen eller motsvarande ger ramarna för detta. Flera kommuner använder balanserad styrning och styrkort, men inte alltid ända ner på de enskilda verksamheterna. Inom några kommuner, t.ex. Vetlanda, har nämnden satt upp styrmål kring ASI och BBIC med innebörden att dessa instrument ska tillämpas i 100 procent av de aktuella ärendetyperna. Vissa kommuner har tagit fram egenkontrollprogram för ledningssystem för kvalitet. I t.ex. Jönköping ska intervjuer och andra data belysa om verksamheten genomsyras av de övergripande målen och de grundläggande värderingarna som anges i Socialtjänstlagen (SoL).

Genom att insatserna inom såväl IFO som ÄOH bygger på biståndsbeslut, finns en inbyggd uppföljning i det enskilda ärendet genom de mål och tidsgränser som anges i beslutet. Denna uppföljning används dock inte för en bredare och systematisk uppföljning. En sådan ambition finns i enstaka

kommuner, men systemstöd saknas ännu. I några kommuner finns modeller för att aggregera olika utförares prestationer baserade på i vilken grad målen för de biståndsbedömda insatserna har uppnåtts och i vilken grad brukarna är nöjda med insatsen. Den systematiska uppföljningen av olika metoders effekter sker främst inom ramen för avgränsade forskningsprojekt.

Alla kommuner genomför brukar- och klientenkäter i någon form. Utformningen av dessa skiljer sig åt mellan verksamhetsområdena, men de har ofta en gemensam struktur inom respektive kommun. Synpunkter på givet stöd och service kan fångas upp på detta sätt. Även nöjdhet, livskvalitet och grad av oberoende är ofta relativt enkla att mäta. Dessa uppgifter kan dock inte kopplas samman med de specifika insatser som genomförts för enskilda brukare.

Hantering av fel och brister sker på olika sätt inom socialtjänstens olika verksamhetsdelar. Även variationerna mellan kommunerna är stora. Enkätsvar och intervjuer indikerar att äldreomsorgen oftare hanterar detta mer systematiskt än individ- och familjeomsorgen. Dels finns MAS som har en central roll i detta, dels finns en särskild lagstiftning (lex Sarah) som innebär att den som arbetar med omsorg om äldre eller personer med funktionsnedsättning är skyldig att anmäla missförhållanden. MAS handlägger även lex Maria-ärenden inom kommunens hälso- och sjukvård. Dessutom är ÄOH en mer omfattande verksamhet, vilket kräver en större grad av systematik. Flera kommunföreträdare menade att det var en stor utmaning att utveckla en förbättringskultur och att få alla att se en avvikelse som en förbättringspotential.

Synpunkts- och klagomålshanteringen bedöms som ett viktigt instrument av kommunerna för att se brister i verksamheten och kunna åtgärda dem. En tydlig tendens är att kalla denna form av återkoppling för *synpunktshantering*. Det viktigaste skälet uppges vara att avdramatisera processen och se den som en naturlig del av kommunikationen med brukarna. Antalet synpunkter/klagomål uppges vara relativt lågt.

Såväl systemet för att internt rapportera fel och brister som hanteringen av brukarnas/klienternas synpunkter är intressanta för nämnden. I en kommun rapporterade förvaltningen kvartalsvis dessa avvikelser till nämnden, medan de tidigare när stora förändringar genomfördes inom verksamheten rapporterade varje månad (Timrå).

Enstaka kommuner, t.ex. Nacka, har både en webbaserad och en traditionell blanketthantering av synpunkter och klagomål. Karlstad gör på ett liknande sätt och har även prövat en Facebook-länk. Ett fåtal kommuner har integrerat synpunktsrapporteringen i sina beslutsstödssystem.

I de flesta kommunerna deltar social- och äldreomsorgschefer i länsnätverk där bl.a. skillnader i praxis och resultat analyseras. Jämförelser av KPB (kostnad per brukare) används regelmässigt inom äldreomsorgen, men samtidigt lyfter flera intervjuade fram brister i det underliggande siffermaterialet. I Borlänge använder äldreomsorgen *Kompassen*[32] för att på ett över-

[32] Borlänge kommun tog fram denna modell, som nu används av cirka 70 kommuner. I SKL:s redovisning av *Kostnad per brukare (KPB), Jämförelser mellan kommuner utifrån brukarrelaterad information inom äldre- och handikappomsorgen för 2008*, finns en kortare beskrivning av metoden.

skådligt sätt jämföra olika enheters kvalitet i relation till deras kostnader. Kvaliteten mäts genom brukarenkäter och personalens skattningar, medan kostnaderna mäts genom KPB. Andra kvalitetsuppföljningar utgörs av olika egenkontrollaktiviteter baserade på nämndens årliga internkontrollplaner. Det finns också exempel på inspektioner bland utförare inom ÄOH. Även FoU-miljöer kan göra mer specifika uppföljningar och utvärderingar.

Det är vanligt att kommunerna i samma län jämför sig med varandra och använder existerande länsnätverk för att reflektera kring och förstå skillnaderna. Men ibland ligger de intressanta kommunerna någon annanstans. Inom socialtjänsten har t.ex. Karlstad även ett samarbete med Botkyrka och Eskilstuna. Det innebär regelbundna jämförelser i olika avseenden och sammankomster för att diskutera skillnader och arbetssätt samt att lära av varandra.

De större kommunerna har ofta bättre möjligheter att systematiskt hantera ovanstående delar, framför allt genom den större beredningss- och uppföljningskapaciteten. Det är dock inte samma sak som att säga att dessa alltid hanterar uppföljningen med större systematik. Några kommuner har lyckats få in basuppföljningen i ett för socialtjänsten gemensamt IT-baserat beslutsstödssystem. Det gäller t.ex. Jönköpings kommun som har skapat en organisation för att kunna samla in, sammanställa och redovisa stora volymer av uppföljningsinformation. Vilka indikatorer som används för socialtjänstens olika delverksamheter varierar, men samtliga redovisas i en tillämpning av QlikView. Applikationen innebär att information från olika källor kan kombineras och analyseras. Umeå kommun går i samma riktning, men använder en beslutsstödsportal. Uppföljningsdata från verksamhet, personal och ekonomi tankas ner i ett datalager som sedan kan adresseras genom nämnda webbgränssnitt. Portaltekniken är utvecklad och nu pågår en upphandling av den utvecklingspartner som ska bistå vid den konkreta utformningen av uppföljningens innehåll. Intressant är att alla länets kommuner deltar i upphandlingen, vilket ger dem möjlighet att också byta till detta system och dra nytta av Umeås erfarenheter.

I de flesta kommuner finns relevant uppföljningsinformation i flera separata system, som inte är koordinerade och varav några inte ens är IT-baserade.

Systematisk uppföljning av använda metoders effekter

Enligt den gjorda kartläggningen sker den systematiska uppföljningen av socialtjänstens effekter endast på individnivå i relation till de mål som satts upp för biståndsinsatsen. Det finns inga verktyg för att aggregera dessa erfarenheter till gruppnivå och heller inga instrument för att relatera resultatet till använda metoder.

Viktiga undantag är Senior Alert och Palliativregistret, som nu införs i kommunerna. I dessa står inte biståndsbeslutet i fokus utan snarare olika tillstånd och omständigheter. I Senior Alert bedöms och registreras riskerna för fall, undernäring och trycksår. De preventiva åtgärder som därefter vidtas följs sedan upp i registret. Uppföljningen sker på enhetsnivå, men enheten kan också jämföra sig med den nationella nivån. Uppföljningen ger underlag till analys av det lokala arbetet och till förbättringsåtgärder, men ock-

så till olika forskningsprojekt och den övergripande kunskapsutvecklingen. I november 2010 rapporterade nästan 150 kommuner till Senior Alert och i stort sett samtliga till Palliativregistret.

Flera kommuner gör mätningar av brukares nöjdhet inom hemtjänsten och använder dem för jämförelser, bl.a. Stockholm och Nacka. Några kommuner (bl.a. Jönköping) genomför internkontroll inom detta område för att få en bild av hur externa och offentliga vårdgivare lever upp till väsentliga delar av ledningssystemet för kvalitet.

De flesta intervjuade ser stora förbättringsmöjligheter när det gäller uppföljningen av vårdgivarna och att precisera vilken verksamhetsuppföljning dessa ska lämna. Detta innebär inte bara krav på vad utförarna ska följa upp, utan också på det använda IT-stödet.

Kommentarer kring hinder för systematisk uppföljning

Inom socialtjänsten finns en vattendelare mellan biståndsbedömning och genomförande av insatser. Detta har blivit ännu tydligare med de snabbt ökande externa utförarna i många kommuner. Det innebär att huvudmannen har kontroll över biståndsbedömningsprocessen, men när det gäller utförandet av insatsen kan det vara en annan vård- eller omsorgsgivare som har att tillämpa bästa tillgängliga kunskap. Mångfalden av utförare bidrar till att både försvåra en mer systematisk uppföljning respektive att förstärka drivkrafterna för skapa den.

Föreliggande undersökning visar att systematisk uppföljning av socialtjänstens effekter hämmas av flera olika faktorer. Främst är det

- frånvaro av en accepterad och varierad terminologi för att beskriva olika *tillstånd/omständigheter*, *insatser/åtgärder* och de *resultat* som de senare bidrar till att uppnå
- legala hinder för kvalitetsregister
- outvecklade IT-stöd.

Beskrivningssystem

Det mesta av kommunernas uppföljningar inom socialtjänsten sker utifrån unika utgångspunkter och för ändamålet konstruerade begrepp och indikatorer. Även de indikatorer som används inom den ordinarie verksamhetsuppföljningen präglas av originalitet.

Intresset för nationell statistik och öppna jämförelser tycks ha ökat inom socialtjänsten, främst för att stimulera kvalitetsförbättringar men också för att det ofta är svårt att säga om tillförda resurser och uppnådda resultat står i rimlig proportion till varandra.

Utan en konsistent och tydlig begreppsapparat blir den systematiska uppföljningen av verksamhetens effekter lidande och jämförelsemöjligheterna små. Empiriska indikatorer för brukares/klienters tillstånd, genomförda insatser och uppnådda resultat är viktiga förutsättningar såväl för vetenskapliga studier som för en meningsfull lokal uppföljning och utveckling av beprövad erfarenhet. Det finns flera nationella projekt som berör detta. Socialstyrelsen har under flera år arbetat med nationellt fackspråk och tar nu fram

en nationell modell för biståndsbedömning inom äldreomsorgen. Den senare ska använda en terminologi byggd på nationellt fackspråk (ICF). I *Praktikens exempel* ska kunskap sammanställas från lokal uppföljning. Senare i denna rapport beskrivs även ett modellutvecklingsprojekt för lokal uppföljning i Umeå som genomförs på uppdrag av *Kunskap till praktik*.

Standardiseringsbehovet är stort och det räcker inte med att Socialstyrelsen tar fram nationellt fackspråk för olika tillstånd. Huvudmännen behöver fortfarande bestämma sig för vilka tillståndsindikatorer de ska prioritera i sin uppföljning och framför allt hur insatserna ska beskrivas. I annat fall minskar möjligheterna till resultatuppföljning och även till jämförelser av insatsernas effekter mellan enheter och/eller huvudmän.

Resultatmätningar och indikatorset är medel, inte mål. De är medel för att kontrollera att mål uppnås och för att få underlag till jämförelser och förbättringar. Det gäller att våga se otillfredsställande resultat och att vid misstag göra händelseanalyser. Det är genom den ökade förståelsen av hur verksamheten faktiskt fungerar som förbättringar kan planeras och genomföras. Brukar-/klientenkäter ger generell information medan synpunkts- och avvikelsehanteringen ger mer specifik återkoppling, som både kan användas i ledningens övergripande planering och i enheternas förbättringsarbete. Den vanligaste ”enkäten” eller synpunktshanteringen i socialtjänsten är den som sker i det dagliga arbetet. I varje klient- eller brukarmöte kan lyhörd personal i realtid efterhöra eller läsa av sinnesstämningar och uppfattningar. Denna kunskap används oftast direkt för att underlätta det fortsatta arbetet. Denna förmåga att använda ”barfotakvalitet” är en viktig framgångsfaktor i all brukar- eller klientnära tjänsteverksamhet. Den leder också till färre formella klagomål och sannolikt även till bättre resultat.

Kvalitetsregister

Inom hälso- och sjukvården är det främst kvalitetsregistren som bidragit till en nationell och gemensam uppföljning av verksamheternas processer och resultat. Indikatorerna har tagits fram av registergruppens läkare, forskare och andra professioner. De används systematiskt i anslutna klinikers uppföljning och förbättringsarbete. Patientrapporterade utfallsmått (PROM:s) vinner allt större insteg i kvalitetsregister och annan uppföljning, vilket i kvalitetsregistren innebär att de på individnivå kan ställas i relation till given behandling. Det är en stor skillnad mot kommunernas brukarenkäter som ger generell information om brukarnas livskvalitet och nöjdhet med givna insatser.

Inom kommunerna satsas det nu stort på Senior Alert och Palliativregistret, men vilka andra möjligheter finns? Inom flera av de kvalitetsregister som är kopplade till den nya psykiatriportalen vid KCP[33] pågår diskussioner om kommunernas deltagande. Det gäller bl.a. SÖK (Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomar som konstaterats/misstänks ha blivit utsatta för sexuella övergrepp) och kommande registerinitiativ som avser barn som utsatts för misshandel. Även inom SBR (Svenskt Beroenderegister), där i

[33] KCP – Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro Uppsala. http://www.kcp.se/

dag endast den landstingsdrivna beroendevården är ansluten, har diskussioner förts med kommunerna och kriminalvården. Registret är relativt nytt och syftet är att samla grundläggande patientdata på nationell nivå, stämma av i vilken utsträckning patienter inom den specialiserade beroendevården i landet får adekvat vård utifrån Socialstyrelsens riktlinjer samt att beskriva behandlingsutfall utifrån dödlighet och patienttillfredsställelse.

En annan systematisk uppföljning sker inom missbruksvården och utgår från bedömningsverktyget ASI där läget före och efter insatsen dokumenteras. ASI-net är ett webbaserat datorstöd som kan användas i behandlingsplanering, rapportering och forskning. Antalet anslutna kommuner är mellan 220 och 230. Totalt finns 260 aktiva licenser, men då ingår även sjukhus. Täckningsgraden varierar stort och uppskattningsvis ligger medianen strax över 50 procent. Inom ASI-net bygger man nu upp ”Net-analys”, något som skulle kunna sägas vara ett förstadium till ett kvalitetsregister. Genom Net-analys ska anslutna kommuners registreringar online kunna jämföras med mönstret på den nationella nivån.

Det har dock inte blivit några fler register trots ett visst intresse från kommunföreträdares sida. Viktiga knäckfrågor är de många enheterna, juridiska problem som rör integritetsskyddet och bristen på eldsjälar. Den sekretessbrytande bestämmelse som finns i OSL[34] tillåter i dag endast att hälso- och sjukvårdsenheter rapporterar till kvalitetsregister. Socialtjänstdatautredningen[35] föreslog att personuppgifter inom socialtjänst respektive hälso- och sjukvård skulle få behandlas för gemensam verksamhetsuppföljning mellan de båda verksamhetsområdena på lokal nivå. För att möjliggöra detta föreslogs en sekretessbrytande bestämmelse. Utredningen föreslog också en ny sekretessbestämmelse som föreskrev sekretess för uppgift som avser enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden. Lagda förslag har inte resulterat i lagförslag eller ytterligare beredning. Det innebär att kvalitetsregistrens stora potential att förbättra och ensa den systematiska uppföljningen inte kommer socialtjänstens kärnverksamheter till del. Därmed uteblir även bidraget till förbättringar och utveckling av metoder och kvalitet[36].

Outvecklade IT-stöd

Det är påfallande hur outvecklade kommunernas IT-baserade uppföljningssystem är och i vilken begränsad utsträckning de integrerar de olika typerna av uppföljning som nämndes i inledningen av avsnittet. Goda exempel finns, men de flesta kommuner behöver räkna med att avsätta mer resurser för att utveckla och implementera verksamhetsuppföljningen.

I en rapport från SKL – Kommunernas IT-infrastruktur och plattformar 2009 – dras följande slutsats:

Vid en analys av resultatet kan konstateras att det finns ett tydligt samband mellan kommunstorlek och generell förmåga/möjlighet att använda IT

[34] Offentlighets- och sekretesslag. 2009:400.

[35] SOU 2009:32, Betänkande av Socialtjänstdatautredningen, Socialtjänsten Integritet.

[36] Se även regeringens och SKL:s utredning om översyn av nationella kvalitetsregister: Guldgruvan i hälso- och sjukvården.
http://www.kvalitetsregister.se/web/Oversynens_forslag.aspx

som stöd i verksamhetsutvecklingen. De mindre kommunerna har mycket svårt att på egen hand vare sig finansiellt eller kompetensmässigt klara av att genomföra intentionerna i den nationella IT-strategin för vård och omsorg eller den verksamhetsutveckling som e-förvaltningen innebär. Det kan konstateras att små och medelstora kommuner behöver både ett regionalt och ett nationellt resursstöd för att komma ifatt och för att i framtiden klara en jämbördig utveckling med de större kommunerna och med landstingen.

Under 2011 kommer den nationella infrastrukturen med termer och begrepp att färdigställas. Detta kommer att underlätta kommunikationen mellan vårdgivare och mellan kommunen och enskilda vårdgivare.

Antalet externa utförare i kommunernas socialtjänst har ökat kraftigt under senare år, vilket ställer ännu större krav på transparenta uppföljningssystem och att de tillämpas likartat hos olika utförare.

Systematiskt förbättringsarbete

Enkätsvaren kring hur det systematiska förbättringsarbetet genomförs speglar frågans breda anslag, men också en mångfald av synsätt och strategier för att förbättra tjänsteutbud och arbetssätt. Svaren är relativt kortfattade och de flesta kommunerna hänvisar till:

- systematiken i ledningssystemet för kvalitet, vilket bl.a. förutsätter att ny kunskap, avvikelser, synpunkter från klienter och brukare, klient-/brukarenkäter m.m. regelbundet analyseras och resulterar i utvecklings-/förbättringsåtgärder.
- verksamhetsplanen/styrkortet och ledningsgruppens prioriteringar. Här lyfts EBP ofta fram som en viktig utgångspunkt i förbättringsarbetet oavsett inriktningen på projekten.
- utvecklings- eller förbättringsprocessen, dvs. hur verksamheten kartlägger och analyserar behov och avvikelser, föreslår förbättringar, förankrar och beslutar om förändringar samt genomför dessa. Detta kan ske med stöd av arbetssätt för ständiga förbättringar som lånats från t.ex. SIQ, TQM, Lean, kvalitetscirklar och kvalitetsnätverk. Här kan även jämförelser av nyckeltal och kvalitetsindikatorer ingå.
- anpassade fortbildnings- och handledningsinsatser.

Flera kommuner uttrycker att förbättringsarbetet är, eller bör vara, en del av vardagsarbetet, men systematiken i förbättringsarbetet varierar stort mellan olika kommuner liksom förutsättningarna för arbetet. Bristen på stödresurser i vissa kommuner innebär att cheferna i första linjen ofta tar ett stort ansvar för implementering av nya metoder och för det lokala förbättringsarbetet. Ju större kommunen är, desto större resurser finns att tillgå som utvecklingsledare, projektledare, samordnare eller stödpersoner i dessa processer.

Ingen av kommunerna kommenterar direkt hur man bygger, testar och utvärderar metoder på ett systematiskt sätt i detta sammanhang. Däremot har det i vissa fall beskrivits hur det sker i en regional kontext, se avsnittet *Samspelet mellan lokal och regional kunskapsstyrning.*

Kommunerna pekar inte ut någon särskild metod för förbättringsarbete, utan refererar oftast till de övergripande beskrivningarna i ledningssystemet för kvalitet, samt att man lånar element från ganska många men likartade metoder för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling.

I Karlstads kommun arbetade man under flera år under 2000-talets första decennium med SIQ[37]. Arbetet ledde till en vana vid processkartläggningar samt att definiera och genomföra processförbättringar. I Karlstad utsågs i flera fall samordnare som delvis lyftes ur sitt ordinarie arbete för att driva olika förbättringsprojekt. Det har t.ex. gällt tidiga insatser, fixar-service, måbra-samtal och anhörigfrågor. Strukturen för detta framgår av ledningssystemet för kvalitet. Beslut fattas i ledningsgruppen på basis av utvecklingsstabens beredning och handlingsplan. Det finns också en central utvecklingsgrupp där de som arbetar med utvecklingsfrågorna på de olika avdelningarna möts. Alla handlingsplaner förankras här och arbetet genomförs sedan på berörda avdelningar med stöd av lokala resurser.

I Halmstad används kvalitetsinspektioner inom handikappomsorgen. Återföringsrapporterna ska resultera i handlingsplaner för förbättringar och är tillsammans med brukarenkäterna basen i handikappomsorgens utvecklingsarbete.

När förbättringsarbetet främst handlar om behandlingsstrategi och relationen till klienter, brukare eller omsorgstagare, sker det ofta med stöd av handledning och/eller reflektion kring arbetet i arbetsgruppen. Det sker givetvis också i samspel med mottagarna själva utifrån vad som tidigare benämndes *barfotakvalitet* i avsnittet om uppföljning.

I de lite större kommunerna finns i allmänhet utvecklingsledare eller kvalitetssamordnare inom både IFO och ÄOH. Inom IFO i Vetlanda kommun, som är en relativt liten kommun, har sådana funktioner saknats. Nu görs en omorganisation där verksamheten delas upp i en myndighets- och en utförardel och samtidigt inrättas två tjänster som utvecklingsledare. Förändringarna sker inom befintliga ramar och är ett uttryck för förändrade prioriteringar.

Sedan 2004 har personal inom Vård och omsorg i Trelleborg utbildats i *kvalitetsförmedling*. I dag finns ett 80-tal aktiva kvalitetsförmedlare som fungerar som inspiratörer för medarbetare i kvalitetsprocessen. Deras primära uppgift är att leda diskussioner om etik och moral i arbetsgrupperna. Uppgifterna har dock utökats till olika utvecklingsaktiviteter inom den egna enheten, t.ex. i kvalitetsuppföljningen, synpunktshanteringen och ansvaret för ”pärmarna”. Eftersom inte alla medarbetare har tillgång till intranätet behövs regelverk, rutinbeskrivningar och verksamhetsmål etc. även i tryckt form. De ska också kunna stötta kollegor. Kommunen samlar kvalitetsförmedlarna några gånger om året för kortare utbildningar och genomgångar. I genomsnitt finns det i dag tre till fyra kvalitetsförmedlare på varje enhet.

[37] SIQ Institutet för kvalitetsutveckling. Institutets verksamhetsidé är att stimulera och bidra till ständiga förbättringar utifrån en helhetssyn i alla typer av verksamheter. Man arbetar bl.a. med *Utmärkelsen Svensk Kvalitet* där deltagande verksamheter beskriver sin verksamhet utifrån institutets kriterier för god kvalitet. Dessa berör ledarskap, information och analys, strategisk planering, medarbetarnas utveckling, engagemang och delaktighet, verksamhetens processer, verksamhetens resultat och kundtillfredsställelse. Därefter gör examinatorerna en utvärdering av beskrivningarna.

Kommentarer och ytterligare perspektiv på det systematiska förbättringsarbetet

Systematiskt förbättringsarbete är en del av livsnerven inom nästan all klient-/brukarnära tjänsteverksamhet. Det är av stor vikt för verksamhetens metodutveckling och för möjligheterna att bättre tillgodose klienternas/brukarnas behov och att bättre hantera olika problemsituationer. Det ger också näring till enskilda medarbetares engagemang. Om inte förbättringar gjordes och nya arbetssätt prövades, funnes heller inget underlag för jämförelser och jämförande studier. I förlängningen skulle detta även försvåra genomförandet av vetenskapliga studier och framtagandet av riktlinjer.

Oavsett om förbättringsarbetet tar sin utgångspunkt i ny kunskap och riktlinjer, analyser av avvikelsehantering, klient-/brukarenkäter eller omvärldsbevakning, så ställer det krav på beredningss- och stödresurser. De små kommunerna saknar ofta dessa resurser varför såväl ansvaret som arbetet landar på första linjens chefer. Nationella projektpengar eller andra anslag för de större utvecklingsprojekten är ofta en livlina för dessa kommuner. Karlstad tar i länssamarbetet på sig ett relativt stort ansvar och stödjer på så sätt övriga kommuners utvecklingsarbete.

De stora kommunerna har väsentligt större stödresurser för att stödja utvecklingen av en evidensbaserad socialtjänst. Inom IFO på Södermalm i Stockholm finns planer på att skapa en lokal uppföljningsbank. Inriktningen är att använda de evidensbaserade metoder som finns och att systematiskt följa upp de egna arbetssätten utifrån effekterna hos brukarna. Inom ÄO ska enheternas kvalitetsgrupper använda avvikelser och klagomål som utgångspunkt för förbättringsarbete. I Linnéstaden i Göteborg pågår genomförandet av en salutogen äldreomsorg och ICF-kodning för funktionsnedsättningar. Implementering av de nya riktlinjerna för demens och anslutningen till Senior Alert förbereds här liksom i övriga kommuner.

De stora städerna har både resurser i stadsdelarna och kommuncentrala resurser för stöd och kompetensutveckling. I Malmö stad finns en FoU-enhet (FoU Malmö) som verkar inom socialtjänstens område. I Stockholm finns Preventionscentrum-Europaforum, som ska stödja stadsdelarnas förebyggande arbete och bedriva FoU-verksamhet. Bland de stadsövergripande verksamheterna finns även en enhet som implementerar evidensbaserade metoder som t.ex. Komet[38]. I Göteborg samordnade stadskansliet framtagandet av UIV[39] och skapade nätverk kring detta. Verksamheterna har också tillgång till GR:s stödresurser.

I de avsiktsförklaringar som samtliga län/regioner lämnat till SKL beskrivs genomgående att de regionala stödstrukturerna förväntas underlätta för huvudmännen att ta tillvara resultat från databaser, kvalitetsregister, öppna jämförelser etc.[40] I förbättringsarbetet betonas de gemensamma analyserna tillsammans med landstinget respektive IT som strategiskt verktyg i alla delar av vården och omsorgen.

---

[38] Komet (KOmmunikationsMETod) är en metod för att stödja föräldrar och lärare att kommunicera med sina barn respektive sina elever. http://www.kometprogrammet.se/

[39] UIV står för Utvärdering av insatser för vuxna missbrukare.

[40] Att bygga strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Sammanfattning av 21 avsiktsförklaringar. SKL, november 2010.

Det finns ingen motsvarighet i socialtjänsten till *genombrottsmetoden,* som varit en standardmetod inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsnära förbättringsarbete de senaste tolv åren[41]. Metoden har dock använts i enskilda projekt inom socialtjänsten, bl.a. i Pinocchioprojektet, som var ett nationellt genombrottsprojekt mellan skola, socialtjänst och BUP, i syfte att förbättra arbetet kring barn upp till tolv år som riskerar att utveckla ett varaktigt normbrytande beteende.

En av de stora poängerna vid dåvarande Landstingsförbundets introduktion av *genombrottsmetoden* var att skilja mellan *förbättringskunskap* och *expertkunskap*. Utgångspunkten var att sjukvården hade ganska många experter på diagnostik och behandling, men att ganska få av dem också besatt nödvändig förbättringskunskap. Med det senare avsågs bl.a. kunskap om system, variation, gruppdynamik och lärandestyrt förbättringsarbete.

SKL:s arbete med utnämningen av Sveriges kvalitetskommun vartannat år är en annan metod att värdera kommunernas kvalitet och stimulera till förbättringar. Här är utgångspunkten demokrati och tjänster till medborgarna. Kommunkompassen, som används som utvärderingsverktyg, är anpassat till kommunal verksamhet genom att det belyser kommunen utifrån både ett medborgar- och brukarperspektiv. I utvärderingsprocessen ingår omfattande granskning av dokument, besök med intervjuer och en skriftlig rapport från bedömningsteamet.

Allt förbättringsarbete resulterar inte i nya metoder, men kan ge både bättre rutiner och bättre samarbete med aktuella klienter/brukare och kollegor samt att det bidrar till att öka eller vidmakthålla medarbetares intresse och engagemang för arbetet. Det finns därför goda skäl att stödja både den systematiska uppföljningen och förbättringsarbetet. Om en ny eller förbättrad metod används bör den också regelmässigt följas upp i termer av effekter för klienter/brukare samt för verksamhetens processer och kostnader.

Kunskapsstyrning och budgetberedning

Enkätsvar och intervjuer visar entydigt att när användningen av ny kunskap påverkar verksamhetens processer och framför allt kostnaderna, blir detta en fråga för den årliga budgetberedningen och de verksamhetsplaner som tas fram på olika nivåer.

När planerade förändringar är kostnadsneutrala lyfts inte alltid frågan till den politiska nivån. Om kostnaderna förväntas öka som en följd av riktlinjer eller förbättringsarbete tas det alltid upp i budgetprocessen. Utifrån enkätsvaren tycks omprioriteringar av resurser vara ett mycket vanligare utfall än att ytterligare medel tillförs i dessa fall. Detta speglar kanske mer krisåret 2009 än generella policys vid verksamhetsförändringar.

Socialtjänsten har en tydlig linjeorganisation och alla väsentliga verksamhetsförändringar hanteras i budgetprocessen. Till skillnad från hälso- och

[41] Metoden har sitt ursprung i kvalitetsrörelsen och i kvalitetscirkelarbete. Den anpassades till hälso- och sjukvården av The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston. En bärande idé är att förbättringar behöver ske utifrån såväl professionell kunskap om diagnos och behandling som förbättringskunskap där processer, system och kultur står i fokus. Se t.ex. Genombrott – köer och väntetider. Landstingsförbundet, juni 1998

sjukvården finns inga organiserade expertgrupper av professionsföreträdare med större eller mindre egenintressen. Det blir därför naturligt att budget- och verksamhetsplansprocessen används för planering och nödvändiga prioriteringar. Processen underlättas av att den traditionella ekonomistyrningen i många kommuner nu ersätts av mål- och resultatstyrning. Det innebär tydligare målangivelser, att resultatinformation tas fram mer systematiskt och att ambitionen är att analysera resultatet och bedöma det mot uppställda mål.

Kostnadseffekter av nya metoder är relativt enkla för kommunen att överblicka. Förutom implementeringskostnader i form av beredningsaktiviteter, personalens utbildningskostnader och övrig tid som behövs för information och förankring, kan även driftskostnader och kostnader för tjänsteköp kalkyleras. I vilken grad det finns underlag för att bedöma de långsiktiga effekterna på behov och utbud varierar. Att t.ex. ställa kostnaden för förebyggande insatser i dag gentemot förmodade kostnader i framtiden kräver ett väsentligt bättre underlag om använda metoders effekter – och ändå är inte ens detta alltid tillräckligt.

Evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning är enligt de flesta intervjuade kommunerna inte allmängods bland involverade lokala politiker. Det innebär att aktuella förvaltningar i flera fall behöver förtydliga mål och strategier för detta arbete. En sådan utveckling kan observeras i enkätsvaren, även om data kring detta är ofullständiga. För att förvaltningarna med kraft ska kunna driva kunskapsfrågorna måste dessa ha förståtts, ha ansetts viktiga och sanktionerats av ansvarig nämnd. Generellt tycks allt större vikt läggas vid att få med EBP i verksamhetsplanerings- och budgetprocessen. Ibland finns EBP bland nämndmålen och i enstaka fall har även fullmäktige slagit fast denna inriktning.

Tydliga system för lednings- och planeringssystem är en tillgång i detta arbete. I Stockholms stad finns ett gemensamt system för integrerad ledning och uppföljning av förvaltningars och bolags verksamhet och ekonomi (ILS). Fullmäktige och nämnder fastställer mål och indikatorer som mäter måluppfyllelse samt aktiviteter som ska bidra till att målen uppfylls. Verksamhetsområden och enheter konkretiserar nämndens mål genom egna åtaganden som tas fram i samband med verksamhetsplanen. Till varje åtagande beskriver de vilka huvudsakliga arbetssätt och metoder för uppföljning som kommer att användas. Kvalitetsgarantier tas fram som information till kunder, brukare och elever. Arbetssättet möjliggör för enheterna att få ett bättre grepp om vad som leder till effektiv resursanvändning och utveckling av verksamheten. Stadsdelen Södermalm har under flera år haft en kunskapsbaserad socialtjänst som nämndmål. Från och med 2011 tar fullmäktige in EBP som ett mål i stadens centrala budgetdokument. För IFO finns t.ex. *motiverande intervjuer* (MI) med bland verksamhetens åtaganden. Inom ÄOH förbereds och prövas nu ett system där elva kvalitetsfrågor till brukarna kommer att ställas och svaren läggas in i ILS. Svaren kommer att kunna användas för att jämföra utförarna.

Effekter på kunskapsstyrningen av den större mångfalden av utförare

Sedan 1990-talet har allt fler verksamheter handlats upp med stöd av LOU, och genom LOV (lagen om valfrihetssystem) har antalet externa utförare inom framför allt ÄOH ökat mycket kraftigt. Detta innebär stora förändringar för kommunernas styrning och möjlighet till kontroll över den verksamhet de finansierar. Det har även konsekvenser för hur processerna för kunskapsbildning och kunskapsstyrning kan hållas samman.

När socialtjänstens verksamheter bedrivs i egen regi är dessa en del av linjeorganisationen och ingår i kommunens styr- och uppföljningssystem. Det innebär en nära styrning och en relativt god kontroll över verksamheten. När kommuner anlitar allt fler externa vårdgivare förstärks motiven för att skapa en mer systematisk uppföljning.

De kommuner som arbetade aktivt med upphandlingar och valfrihetssystem inom äldreomsorgen bekräftade att kraven på utförarna i upphandlingsunderlag och regler för godkännande adresserar god kvalitet och olika preciseringar av detta, men inte att verksamheten ska följa principerna för EBP. Detta förklarades främst utifrån bristande erfarenhet och att EBP inte trängt hela vägen ner till kommunens tillämpningar av LOU och LOV.

Det är dock inte förenat med några särskilda svårigheter att förtydliga de allmänna kraven och spelreglerna för en kunskapsbaserad socialtjänst i kommunernas upphandlingsunderlag och krav för godkännande enligt LOV samt bekräfta dessa i de avtal/godkännanden som sedan görs. Enligt flera intervjuade behöver utförarna förbinda sig att:

- följa nationella riktlinjer och de riktlinjer som kommunen själv eller tillsammans med landstinget och andra kommuner i länet kommer överens om.
- löpande rapportera utfallet av aktuella insatser (och övriga uppgifter kommunen behöver) enligt förutbestämd mall och IT-format samt att rapportera till relevanta kvalitetsregister (än så länge Senior Alert/Palliativregistret).
- arbeta med ständiga förbättringar utifrån resultaten i verksamheten, synpunkter, avvikelser och ny kunskap. Kravet bör vara att redovisa det generella arbetssättet för detta och att regelbundet rapportera vilka förbättringar/förändringar som vidtagits.
- ta emot praktikanter och delta i utvärderingar samt, i förekommande fall, i forskningsprojekt etc.

Utmaningen för kommunerna ligger dock mindre i kravställandet. Det är de uppföljningsbehov som skapas som kan vara svåra att tillgodose. De administrativa resurserna har helt enkelt inte dimensionerats för att klara en god uppföljning med de nya förutsättningarna. Det handlar om både en högre ambition i uppföljningen och den ökande komplexiteten genom flera externa utförare. För kommunens del är det inte bara fråga om att skapa bättre system för uppföljning av beviljade insatsers effekter och avvikelsehanteringen. Det handlar också om att revidera eller inspektera vårdgivarnas följsam-

het till policy och rapporteringsregler. De brister som funnits i uppföljningen av egenregin har i någon mån kunnat kompenseras genom den insyn som styr- och ledningsprocesserna har inneburit.

Hittillsvarande nätverk och system för socialtjänstens kunskapsstyrning innefattar i första hand staten och huvudmännen, inte de externa vårdgivarna. Förutom traditioner väger huvudmännens finansieringsansvar och biståndsbedömning tungt. Men tillämpningen av ny kunskap ska till stora delar ske hos utförarna och samma sak gäller uppföljning och förbättringsarbete, vilket innebär att de externa vårdgivarna ofta befinner sig utanför de konstellationer och nätverk som är involverade i kunskapsstyrning och EBP. Det har också påpekats i intervjuerna att den nationella nivån behöver beakta de förändrade förhållandena i t.ex. nationella uppföljningar så att det är rätt frågor som ställs till rätt mottagare.

När det gäller utbildningar och konferenser kring nya riktlinjer och kunskapsområden inbjuds ofta de externa vårdgivarna på liknande villkor som de offentliga. I övrigt är det svårt att förutsäga hur konkurrensen mellan externa vårdgivare och mellan dessa och offentliga vårdgivare kommer att påverka strukturerna för kunskapsstyrning och kunskapsbildning. I ett pessimistiskt scenario delas mindre kunskap mellan vårdenheter och fel och brister rapporteras i lägre grad. Detta får i så fall negativa konsekvenser för förbättringsarbetet. Utifrån en mer optimistisk syn kan nya arbetssätt introduceras genom nya aktörer, som kan ligga till grund för utvärdering, studier och kunskapsspridning. Det ska framhållas att externa utförare inom IFO har fört in flera nya arbetssätt som varit viktiga för arbetet och för kunskapsutvecklingen.

Samspelet mellan lokal och regional kunskapsstyrning

Företrädare för ÄOH anger att landstinget är den viktigaste samverkanspartnern, eftersom brukaren också ofta är patient. Det finns många gemensamma riktlinjer och överenskommelser som tagits fram i samverkan mellan länets kommuner och landstinget, ofta med samordningsstöd av kommun- eller regionförbund.

IFO samverkar med en rad olika myndigheter och intressenter, t.ex. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, frivillig- och anhörigföreningar, kyrkan och polisen. Även denna samverkan är av praktisk natur, men kopplas ofta till gemensamma riktlinjer och ibland även till uppföljning och systematiskt förbättringsarbete.

Undersökningsresultaten ger en relativt entydig bild av kommunernas syn på region- och kommunförbund som viktiga samordnare när det gäller EBP och kunskapsstyrning, men även när det gäller andra frågor där kommunerna behöver samverka. Dels bedrivs flera gemensamma projekt med de regionala organisationerna som motor och samordnare, dels finns en viss beredningskapacitet att tillgå[42]. Detta innebär, som tidigare redovisats, att enskilda kommuner kan få ett visst regionalt stöd i arbetet med att utveckla den evidensbaserade praktiken. Samarbete och samverkan mellan kommuner i gemensamma utvecklingsprojekt uppfattas tillföra kunskap och erfarenheter samt kompenserar för enskilda kommuners bristande kapacitet eller kompetens i vissa avseenden.

Enkäterna innehöll få reflektioner kring de regionala organisationerna. En intervjuad kommunföreträdare var dock tydlig med att länssamarbetet kräver att de enskilda kommunerna är tydliga med vad de vill få ut av samarbetet. Kommunerna är i en beställarroll och det gäller att ta vara på de resurser som satsats via den primärkommunala nämnden eller kommunförbundets styrelse och använda dem klokt. Samma sak gäller delregionala förbund som t.ex. GR.

Sammanfattningsvis består de stödjande strukturerna på länsnivå av

- kommunförbund och regionförbund
- länsvisa nätverk av socialchefer, äldreomsorgschefer, MAS etc., som stöds av ovanstående
- landstinget
- universitet och högskolor
- FoU-miljöer av olika slag
- regionala plattformar för EBP.

[42] Även region-/kommunförbund varierar i storlek varför deras beredningskapacitet kan variera stort. Ibland finns endast en handläggare inom hela välfärdsområdet, i andra fall avsevärt fler.

Etablerade länsorganisationer har stora möjligheter att bistå med processtöd vid förändringar och utvecklingsprojekt. De stödjer också olika länsvisa nätverk och uppfattas även som viktiga företrädare för kommunerna gentemot den nationella nivån. Genom styrelsebeslut respektive beslut i den primärkommunala nämnden kan stor legitimitet ges till olika länsövergripande projekt och aktiviteter[43].

Det finns även inomregionala kommunförbund som t.ex. Göteborgsregionens kommunalförbund (GR). Detta höll t.ex. ihop arbetet med implementeringen av BBIC bland de 14 ingående kommunerna. Arbetssättet testades först i en av Göteborgs stadsdelar och därefter tog GR, i samverkan med medlemmarna, fram en modell för implementering och gav stöd till övriga kommuner. GR har också en mycket aktiv roll i Västbus.

I Jönköpings kommun, som målmedvetet drivit utvecklingsfrågorna, pågår sedan 2009 ett arbete tillsammans med högskolan, landstinget och övriga kommuner i länet för att finna nya former för organisering av FoU. I detta arbete har bl.a. kvalitet och förbättringsarbete varit framträdande teman. Ett resultat är att parterna har bildat *Akademin för kvalitetsförbättringar*[44]. Här finns i dagsläget en föreståndare, en administratör och en adjungerad professor. Syftet med verksamheten är att bidra till en ökad kunskap om kvalitet och förbättringsarbete inom hälsa och välfärd. Akademin genomför också en masterutbildning som tar sin utgångspunkt i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa, vård och omsorg. Initiativet kom från VINNVÅRD[45], som utlyste aktuell utbildning.

Utöver akademin finansierar kommuner/socialnämnder i Jönköpings län en FoU-plattform (FoUrum) under regionförbundets primärkommunala nämnd[46]. Syftet med plattformen är att stödja medarbetare inom socialtjänsten så att kunskapsutveckling blir en naturlig del i det vardagliga sociala arbetet. Plattformen ska också bidra till en ökad kunskap om det sociala arbetets resultat, men ska också sprida dessa kunskaper och omsätta dem i praktiken.

Det som framkommer i denna undersökning om kommunernas syn på FoU-miljöerna är övergripande synpunkter kring att verksamhetsinnehållet varierar, att kommunerna är olika nöjda och att det finns en viss självkritik utifrån kommunens beställarkompetens i förhållande till FoU-miljön.

De regionala strukturerna för stöd till en evidensbaserad praktik som nu etableras utifrån överenskommelsen mellan regeringen och SKL är ännu i sin linda och har endast marginellt kommenterats i enkätsvar och intervjuer.

---

[43] I regionförbunden är även landstingen medlemmar. Därför hanteras kommunföreträdarfrågorna i ett särskilt forum, den primärkommunala nämnden, som består av kommunstyrelseordförandena i länets kommuner.

[44] http://www.jonkopingacademy.se/

[45] VINNVÅRD – Från kunskap till praktik är ett program för forskningsstöd som syftar till att öka vårdens förmåga att omsätta kunskap till praktik. Sammanlagt finns 150 miljoner kronor under fem års tid, 2007–2011, anslagna till programmet. Bakom VINNVÅRD står Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, VINNOVA och Vårdalstiftelsen.

[46] http://www.regionjonkoping.se/web/fou_plattform_fourum.aspx

Iakttagelser och kommentarer kring samverkan med FoU-miljöer

Syftet med FoU-miljöerna är att vara en länk mellan forskning och praktik, inte att själva bedriva primärforskning. Deras varierade inriktning är i bästa fall en konsekvens av kommunernas olika behov, men speglar också en varierande beställarkompetens hos kommunerna. Enstaka exempel har givits där existerande länssamarbeten varit mycket tydliga kring mål och syften med att utveckla ett ämnes-/kompetensområde i verksamheten, men det finns också exempel på hur kommunföreträdare antingen har känt sig ”besvärliga” i kontakten med FoU-miljön eller uppfattat gjorda överenskommelser som ”svårtolkade” eller ”ofördelaktiga” för kommunen.

Nästan alla kommuner har tillgång till en FoU-miljö inom välfärdsområdet. Enligt en undersökning från FoU Välfärd rör det sig om 280 av 290 kommuner[47]. Det ska noteras att begreppet *välfärdsområdet* är bredare än socialtjänsten genom att hälso- och sjukvården ingår, men också att socialtjänsten sönderfaller i flera olika områden varför både IFO och ÄOH inte alltid är representerade bland de 280 kommunerna. Enligt undersökningen ovan har 33 FoU-miljöer en primärkommunal anknytning. En kartläggning som gjordes av Dalarnas forskningsråd något tidigare pekar i samma riktning[48].

I vilken utsträckning kommunen är medlem och betalar grundfinansieringen eller inte varierar. Flera väljer att endast köpa vissa tjänster. FoU-miljöerna har skapats under olika tidsperioder och utifrån olika regionala behov. Inriktningen skiftar därför från forskningsliknande organisationer till att (oftast) vara stödstrukturer för utvecklingsarbete eller yrkesnätverk, till att ägna sig åt informations- och kunskapsspridning, göra utvärderingar, lämna stöd till ett uppföljningsbaserat förbättringsarbete m.m.

I en översiktsartikel kring FoU-miljöernas arbete med IFO konstateras en relativt snabb utveckling av antalet utvärderingsprojekt under perioden 1990–2005[49]. Det var också vanligare med utvärderingar av olika typer av projekt, än utvärderingar av den löpande verksamheten. Författarna kritiserade metodiken utifrån de 150 granskade utvärderingsrapporterna och menade att det var problematiskt att FoU-enheterna inte utsattes för den vetenskapliga granskning som är en del av den akademiska världen.

SKL har konstaterat att tillgången till FoU-stöd varierar över landet och att FoU-miljöerna genomgående saknar ekonomiskt stabila förutsättningar[50]. Det saknas oftast länsövergripande FoU-strategier, vilket är problematiskt oavsett om det finns en eller flera FoU-miljöer i länet.

---

[47] FoU-miljöers roll för en evidensbaserad socialtjänst. Skrivelse utarbetad av Karin Alexanderson m.fl. inom FoU Välfärd. 2010-04-07.

[48] FoU i kommuner, landsting och regioner. Dalarnas forskningsråd. SKL rapport februari 2010.

[49] Utvärderingar inom socialtjänsten – FoU-enheternas bidrag. Anders Bergmark och Tommy Lundström. Socionomen. 2006, nr 4.

[50] Så tänker vi – Sveriges Kommuner och Landsting/Camilla Sköld Jansson. I rapporten Gott & blandat – om FoU-miljöer i kommuner, landsting och regioner. Dalarnas forskningsråd, DFR-rapport 2009:2.

En tolkning av de svårigheter som redovisats ovan är att existerande FoU-organisationer i sin struktur och kultur är påverkade av den akademiska forskningens krav på oberoende och önskan att driva egna projekt. Samtidigt är grunduppdraget verksamhetsnära och uppdragsstyrt. FoU-miljön ska vara en brygga mellan forskning och praktik samt stödja uppföljning och göra utvärderingar. Den skiftande beställarkompetensen hos kommuner/länsorganisationer är ytterligare en orsak till att den potential som finns i uppbyggnaden av en systematisk uppföljning och ett systematiskt förbättringsarbete inom socialtjänsten inte har realiserats i större utsträckning.

Det finns dock flera exempel på hur lokala FoU-miljöer tagit ett större grepp på uppföljning. Ett exempel är UFFE i Umeå som arbetat med ”lokal evidens” och som för SKL:s räkning (Kunskap till praktik) har tagit fram en modell för lokal uppföljning utifrån en kommunal öppen- och heldygnsvård som riktar sig till personer med missbruks- och beroendeproblematik[51]. Att kalla uppföljningen för lokal evidens är dock att tänja betydelsen hos det begrepp som står för vetenskapliga belägg långt utöver den egentliga innebörden. Det är gott nog att det handlar om en uppföljningsmodell som utgår från den specifika verksamhetens förutsättningar och innefattar klienternas självrapporterade skattningar och uppfattningar om sig själva, behandlingen och dess effekter. Även viss verksamhetsstatistik redovisas och följs. Ett annat exempel från missbruksvården är den inbyggda och klientnära uppföljningen som tillämpas på Rådgivningen Oden i Skellefteå. SRS (Session Rating Scale) och ORS (Outcome Rating Scale) används för att följa behandlingen och dess resultat, men också för återkoppling till klienten. ORS:s fyra skattningsskalor fylls i av klienten i samband med varje nytt samtal och SRS fylls i i samband med avslutningen av samtalet. Resultatet från bägge kan användas direkt i behandlingen, men också för den mer långsiktiga uppföljningen.

[51] Lokal Evidens (Loke) – ett SKL-uppdrag. Jan Hjelte m.fl. Slutrapport. 2010-11-12

Förväntningar på den nationella nivån

Förväntningarna på den nationella nivån när det gäller att utveckla eller att stödja en evidensbaserad praktik rymmer en stor spännvidd. De mest förekommande är följande:

- Universitet och högskolor bör i högre grad ha en dialog med kommunerna eller deras länsföreträdare både då det gäller utbildningens inriktning och den verksamhetsnära (effekt)forskningen.
- Socialstyrelsen förväntas ta fram riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer samt enkla metoder för uppföljning. Myndigheten förväntas också initiera och finansiera stödjande kunskapsdokument som kan användas vid implementering och vid utbildning av verksamheternas medarbetare. Såväl Socialstyrelsen som SKL förväntas kunna bidra med både riktade insatser och samordning.
- När det gäller innehållet finns önskemål om att större fokus bör ges åt Barn och familjs respektive ÄOH:s metoder och arbetssätt. För ÄOH finns även önskemål om större uppmärksamhet på tjänste- eller serviceforskning och vilka förväntningar som är rimliga att ha på personalen inom verksamheten.
- Nationell uppföljning och nationella jämförelser (med enkla system för inrapportering) bör göras.
- Nationellt stöd bör finnas för att värdera olika typer av biståndS-, effekt- och verksamhetsuppföljning, inklusive de IT-baserade systemen för rapportering (management information systems).
- Nationella satsningar bör vara långsiktiga och följas av pengar. De lokala nätverken och samordningen genom region/kommunförbunden kompenserar bara delvis för bristande kapacitet och kompetens i de mindre kommunerna.
- Vad gäller forskningen trycker några kommuner på att såväl universitet/högskolor som kommuner behöver mer kunskap om hur man arbetar med forskning som är interaktiv och praktiknära. Det finns också förväntningar på mer forskning kring arbetet med lärande, motivation, ledarskap osv.

De två första punkterna har tagits upp av nästan alla kommuner, medan den sista har kommenterats av betydligt färre.

Socialtjänstens företrädare i kommunerna är samstämmiga i sin uppfattning om att dialogen och samverkan med universitet och högskolor kring olika utbildningar är alldeles för liten. Det finns förväntningar på att t.ex. Socialhögskolorna i högre grad skulle integrera EBP och fler metoder med god evidens i sin grund- och påbyggnadsutbildning. När det är fråga om uppdragsutbildningar fungerar samarbetet bättre, men samtidigt finns kritis-

ka röster mot att kommunerna då tvingas betala för något som de i vissa fall anser borde ingå i grund- eller specialistutbildningen.

Erfarenheterna från den gymnasiala utbildningen, som kommunerna har ansvar för, är bättre. Ett intressant exempel är Vård- och omsorgscollege (VO-College), som finns i alla regioner i Sverige. VO-College innebär att utbildningsanordnare och arbetslivet samverkar för att förnya utbildningen inom omvårdnadsområdet. Samverkan ger en bättre koppling mellan teori och praktik. Satsningen innebär också kompetensutveckling för redan anställda i kommunen samt en yrkesutbildning för vuxna. Medverkande regioner och utbildningsanordnare certifieras av det nationella rådet för VO-College där de offentliga och privata arbetsgivarorganisationerna samt Kommunal medverkar. I Timrå, som ingår i denna undersökning, har kommunen tillsammans med Sundsvall, Härnösand och Ånge satsat på ett o*msorgscollege*. I åtagandet ingår att kommunen genomför handledarutbildningar för att få fram fler medarbetare som kan ta hand om praktikanter från utbildningen och även nya medarbetare. På sommaren erbjuds eleverna vikariat inom kommunens verksamheter inom ÄHO.

Nationella riktlinjer har uppfattats positivt, inte minst att de vänder sig till både yrkesverksamma och beslutsfattare samt att det finns en samlad dokumentation. Det finns dock förväntningar på kunskapsunderlag som t.ex. ”vägledningar”, ”metodbeskrivningar”, ”manualer” och ”instrument” av olika slag. Ett gott exempel på implementeringsstöd, som tas upp av flera äldreomsorgsföreträdare, är den webbutbildning (Demens ABC) som Svenskt demenscentrum tagit fram[52]. Utbildningen är baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Värdet av att på detta sätt ”gå ett steg till” bedöms som stort av dessa kommuner, och denna allmänna förväntan finns även hos de flesta kommunföreträdare. Ibland är förväntningarna mindre omfattande, t.ex. då man inom en kommuns ÄOH efterfrågade ”tips och erfarenheter från implementering”.

Socialstyrelsen och SBU har fått i uppdrag av regeringen att särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre (S2009/9857/ST). ”Syftet med underlaget är att starta en verksamhet som fortlöpande ska stödja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genom att systematiskt identifiera kunskapsluckor, stimulera till ny kunskap och aktivt föra ut kunskap om ett värdigt omhändertagande och en god vård och omsorg av de mest sjuka äldre.” Arbetet är ett led i myndigheternas arbete med att ta fram kunskapsöversikter inom olika delar av vården av äldre och att ta fram utbildningsmaterial. Myndigheterna har skapat en gemensam projektorganisation kring detta.

Arbetet är ett led i myndigheternas arbete med att ta fram kunskapsöversikter inom olika delar av vården av äldre och att ta fram utbildningsmaterial. Ett av flera SBU-projekt gäller *Metoder för bedömning av funktion och metoder för att återställa eller förbättra funktionsstatus hos de mest sjuka äldre*. Det finns redan planerade nationella insatser som t.ex. att SBU och Socialstyrelsen har ett uppdrag från regeringen att nationellt initiera semina-

[52] www.demenscentrum.se/demensabc . Stiftelserna Silviahemmet och Stockholms läns Äldrecentrum utsågs 2008 för att gemensamt utgöra Nationellt Kompetenscentrum för demensfrågor. Svenskt demenscentrum finansieras av staten.

rier på temat *Aktuell kunskap om sjukdomsförekomst och vårdbehov hos de mest sjuka äldre i Sverige* med start hösten 2011[53].

Implementeringsstödet till BBIC har kommenterats positivt, inte minst för att implementeringen lyftes fram som ett eget kunskapsområde i utvärderingen av arbetet i de ingående testkommunerna[54]. Konstruktiv samverkan med olika intressenter är en del såväl i införandeskedet som i den reguljära verksamheten. En socialchef beskrev skriften *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*[55] som en ögonöppnare för samverkan som kunskapsområde. Rapporten beskriver förutsättningarna för en långsiktig, stabil och framgångsrik samverkan till nytta för den aktuella målgruppen.

Andra satsningar som nämnts i positiva ordalag är Socialstyrelsens arbete med psykiatrin inom ramen för NU-projektet, inklusive de lokala seminarier som genomfördes, de studiecirklar i EBP som genomfördes av IMS och senare Socialstyrelsen och, slutligen, SKL:s arbete med *Kunskap till praktik*.

Socialstyrelsen borde enligt några kommuner ha en mer pådrivande roll i vilken man initierar och finansierar olika typer av forskning och kunskapsproduktion. Flera intervjuade pekar på vikten av att forskningen knyts till praktiken och en menar att kommunerna i ökad grad borde finansiera verksamhetsnära forskning inom socialtjänsten på samma sätt som landstingen lägger stora ekonomiska resurser på klinisk forskning. Generellt finansierar kommunerna en liten del av den redan blygsamma verksamhetsnära forskningen inom socialtjänsten, och kombinationstjänster mellan universitet och kommun/socialtjänst är en raritet. Om de som har nytta av forskningen också står för en större del av finansieringen blir de sannolikt bättre mottagare av resultaten. De tvingas också att formulera vilken forskning de vill ha och blir därmed också bättre beställare.

Det uttrycks, och finns, ett avsevärt behov av stöd för att utveckla den systematiska uppföljningen i de enskilda kommunerna. Det handlar både om kunskap och om praktisk hjälp. Flera kommuner efterfrågar konkreta kunskapsunderlag, t.ex. av typen *Nifty evaluation*[56] för socialt arbete med barn som tagits fram av Research in Practice (RiP) och National Children's Bureau i Storbritannien. Det är policystöd och standarder som aktuella kommunföreträdare söker, dvs. stöd att ge uppföljningen större tyngd och att förhoppningsvis kunna göra den så jämförbar som möjligt mellan kommunerna.

Det fanns ytterligare synpunkter från enstaka kommuner som har relevans för socialtjänstens kunskapsstyrning. T.ex. fanns förväntningar på att statliga myndigheter behöver samordna sig innan de går ut med besked i olika

[53] Regeringsuppdrag dnr 2009:374. 2009-12-16.

[54] Implementering av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer. Delrapport från utvärderingen av projektet Barns behov i centrum. Socialstyrelsen, oktober 2004.

[55] Framtagen i ett samarbete mellan Myndigheten för skolutveckling, Socialstyrelsen och Rikspolisstyrelsen i september 2007.

[56] Nifty Evaluation. An introductory handbook for social care staff with a rough guide to evaluation resources. Catherine Shaw. Research in practice i samarbete med National Children's Bureau. 2005. Second edition. NIFTY är en akronym för Neat, Informative, Feasible, Timely och Yours.

frågor, t.ex. när det gäller föräldrastöd. På ett övergripande plan har en sådan samordning skett i frågan genom att generaldirektörerna från SBU, FHI och Socialstyrelsen 2010-06-23 klargjorde att myndigheterna tillsammans har analyserat kunskapsläget. Vidare framhölls att använda program bör vara utvärderade i svenska studier med hög kvalitet. Program som redan är etablerade lokalt kan användas i avvaktan på bättre kunskap, förutsatt att effekten av dem samtidigt följs upp. På Folkhälsoinstitutets webbplats ska framgå vilka av de metoder som myndigheten rekommenderar som har evidens för förebyggande effekt i minst sex månader enligt SBU:s rapport.

Den nationella uppföljningen inom socialtjänsten innebär insamling av statistik och andra data inom flera olika områden. Det gäller bl.a. Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd, insatser enligt LSS, insatser för barn och ungdomar, insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning och tvångsvård av vuxna missbrukare. Det finns också mängdstatistik inom flera områden. Socialstyrelsen har också fått ett större uppdrag vad gäller öppna jämförelser inom socialtjänsten och ska i detta samverka med bl.a. SKL. I en handlingsplan till regeringen rapporterar Socialstyrelsen planer för jämförelser inom fyra områden som ska vara i drift 2014[57]. I regleringsbrevet för Socialstyrelsen 2011 har ytterligare jämförelser lagts till kring hemlöshet och stöd till brottsoffer.

Det finns ett fåtal nationella kvalitetsregister och när det gäller kostnadsuppgifter är den primära uppgiftskällan för kommunernas kostnader SCB:s årliga insamling *Kommunernas räkenskapssammandrag* (RS). I RS uppger kommunerna sina kostnader och intäkter för samtliga verksamheter, bl.a. dessa uppgifter samlas i Kommundatabasen (http://www.kolada.se).

I SKL:s arbete med Kostnad per brukare (KPB) är i dag cirka 65 kommuner involverade. Ett metodprojekt pågår eftersom det visat sig att kommunerna hade gjort på olika sätt när de rapporterade och beräknade KPB. Det senare har även fångats upp i denna undersökning.

Kommunerna ser positivt på den ökade datatillgången och jämförelserna, men flera kommenterade också den ökade inrapporteringsbördan och sina outvecklade IT-verktyg för detta.

Flera kommuner lyfter fram att stöd- och stödformer behöver anpassas till de skilda förutsättningar som råder i de 290 kommunerna. Det ligger i sakens natur att några kommuner kommer att tycka att de nationella insatserna är alltför blygsamma i vissa fall och andra att de är alldeles för ambitiösa. Möjligheten att diskutera detta kanske är en av orsakerna till att besök av representanter för Socialstyrelsen och SKL uppskattades mycket av de deltagande kommunerna.

Avslutningsvis redovisas en kritisk kommentar från en kommun angående de riktade statliga stöden till socialtjänsten.”Alla riktade pengar gör att kommunerna slår knut på sig själva vid ansökningstillfället för att de ska kunna få tillgång till stimulanspengarna.” Resurserna är nästan alltid kopplade till specifika krav, som ställer stora krav på egna resurser, inte bara ekonomiska utan också administrativ kompetens och kapacitet. Det sistnämnda är särskilt problematisk för de små kommunerna som ofta känner

[57] Öppna jämförelser i socialtjänsten – Handlingsplan för socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014. Socialstyrelsen. Juni 2010.

att ”mycket dyker bara upp” och att de är dåligt förberedda. Även om utbildningen till den ordinarie personalen finansieras via olika stöd har de minsta kommunerna ofta svårt att finansiera utbildningsvikarier.

Ökade förväntningar på EBP

I de kommuner som besvarade enkäten eller där intervjuer genomfördes fanns genomgående en positiv inställning till EBP. Många av kommentarerna gällde ”det självklara i” att befintliga resurser ska användas för tjänster som leder till att önskade effekter och värden uppnås. Andra betonade kraven på kostnadseffektivitet, möjligheterna till större legitimitet hos allmänheten samt på sikt en mer likvärdig socialtjänst och mer synliga resultat.

Den större medvetenheten om osäkerheten kring de resultat som faktiskt uppnås inom socialtjänsten upplevs av många som frustrerande, men också som en drivkraft för EBP. Det tycks inte längre räcka med att avsätta resurser till goda ändamål eller att hävda att man gör gott, utan förväntan är att metoderna är kunskapsbaserade, lämpliga för sitt ändamål och ger avsedda resultat.

Oavsett orsak är det ingen överdrift att påstå att utvecklingen inom socialtjänsten innebär att förväntningarna på tillgången till evidensbaserade metoder och bedömningsinstrument ökar i snabbare takt än de vetenskapliga bevisen.

Statens initiativ kring socialtjänstens kunskapsstyrning har varit tydliga och flera av de förslag som fanns i betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten* håller på att genomföras. Utvecklingen tycks ha ett relativt gott stöd och flera kommunföreträdare framhåller att utvecklingen kräver långsiktighet och en anpassad strategi – ”förväntningar måste matchas mot möjligheter att arbeta kunskapsbaserat och mot stöd från beslutsfattare och politiker”. Utvecklingen kan kräva ytterligare resurser, men samtidigt pekar några (lite större) kommuner på att den ökade uppmärksamheten på insatsernas effekter snarare har minskat kostnaderna, genom att insatser med ringa effekter används i mindre utsträckning. Det har framgått tidigare att de små kommunerna ser sina resurser för att leva upp till de ökade förväntningarna på en aktiv kunskapsstyrning och implementering av EBP som begränsade. Som framgår i nästa avsnitt finns även mer generella svårigheter och risker för alla kommuner.

De ökade förväntningarna på socialtjänstens kunskapsstyrning har också konsekvenser för akademierna. Från kommunernas synvinkel har högskolor och universitet inte anpassat undervisning och forskning till utvecklingen. Det kan också konstateras att några socialhögskolor – framför allt den i Stockholm – varit kritiska mot Socialstyrelsens pådrivande roll i dessa frågor. Socialstyrelsen har problematiserat bristen på svenska effektutvärderingar och den plats som evidensbaserad praktik har i socialhögskolornas undervisning[58].

[58] T.ex. (1) *Öppet brev till Sveriges socionomer: Socialstyrelsen prioriterar arbetet för en evidensbaserad socialtjänst* av Lars-Erik Holm och Anders Tegnell, Socialstyrelsen. Artikeln besvarades av sju professorer vid Socialhögskolan i Stockholm **(***Socialstyrelsen på villovägar*,) samt besvarades av Socialstyrelsen (*Socialstyrelsens svar*). Alla artiklar publi-

Problem och risker

Trots att alla enkät- och intervjusvar ser pågående utveckling mot en mer evidensbaserad socialtjänst som både värdefull och önskvärd, uppfattar de svårigheter och risker. De mest frekvent redovisade problemen och verksamhetsriskerna med de ökande förväntningarna på EBP uppfattades som

- att medarbetarna blir alltför ”manualberoende” och att evidensbaserade rekommendationer tolkas alltför bokstavligt
- att det råder brist på resurser för implementering och en mer systematisk uppföljning
- att EBP blir alltför ”akademiskt” eller ”storvulet” (främst uttryckt från ÄOH)
- att den stora kunskapsbas som består av beprövad erfarenhet inte tas tillvara och utvecklas lika systematiskt som den kunskap som bygger på vetenskapliga bevis
- att dokumentation och uppföljning kommer att ta för mycket tid i framtiden, särskilt i de små kommunerna
- att externa vårdgivare inte inkluderas i implementering av EBP och de system som byggs upp kring detta.

De två första riskerna uttrycktes av 10 respektive 5 enkätsvar/kommunföreträdare. De tre sista av 3 till 4 enkätsvar/kommunföreträdare. Flera kommuner hade inte svarat på frågan alls.

I ”manualberoendet” är det två förhållanden som adresseras i enkätsvar och intervjuer. Det första gäller att bundenheten till en viss struktur blir så pass stor att alternativa möjligheter i mötet med klient och brukare kan gå förlorade. Även samspelet med brukarna och förtroendet för den professionelle kan påverkas negativt om situationsanpassningar inte görs. Det andra är att översättningen från ”gruppnivå till individnivå kan klicka”, vilket leder till att rekommendationer som gäller på gruppnivå inte anpassas till den enskilde individens förutsättningar, önskemål och motivation samt föreliggande omständigheter. Det senare är en signal till att uppmärksamheten på själva biståndsbedömningen behöver öka liksom förståelsen av aktuellt tillstånd och de omständigheter som påverkar det.

Risken för otillräckliga resurser kan redan i dag iakttas i de små kommunerna där första linjens chefer belastas hårdare, varför hårdhänta prioriteringar ofta behöver göras. En annan strukturrisk ligger i att de externa vårdgivarna inte inkluderas i utvecklingen av EBP. Nuvarande avtal och godkännandekrav tycks enligt flera intervjuade vara outvecklade då det gäller kraven på EBP, systematisk uppföljning och förbättringsarbete.

Bedömningsinstrumenten ger endast basen för analysen. En IFO-chef hävdade att ”verktyget kan inte göra analysen åt oss”, en annan att ”vi kan inte sluta tänka själva”. En tredje intervjuad IFO-chef hävdade att ”eftersom det sällan finns evidens måste bästa tillgängliga kunskap användas, vilken främst bygger på beprövad erfarenhet och klientens/brukarens erfarenheter”.

---

cerades i Socionomen nr 5, 2010. Se även (4) ledaren i nr 6/2010 av Socionomen om ”Oenighet kring kunskapsutvecklingen i socialt arbete”.

BBIC uppfattas genomgående ge en god dokumentationsstruktur, men flera påpekar att risken är att ”dokumenterandet tar överhanden”. Samtidigt som det finns en brist på kunskaper om mätmetoder och statistik, påpekar några att det finns en risk att ”verksamheten fastnar i mätmetoder i stället för att ha siktet inställt mot målet”. I strävan att hitta lämpliga mät- och uppföljningsinstrument kan stora ambitioner ibland komma i konflikt med verksamhetens produktionskrav och stressade medarbetare kan då uppfatta uppföljningsregistreringen som ett ”störande moment”. Det gäller särskilt om registreringen av uppgifter är omfattande och de tekniska stödsystemen outvecklade.

En annan oro som nämndes av enstaka kommunföreträdare var att fler metoder med god evidens också kan innebära att klienter/brukare i större utsträckning exkluderas från olika insatser eftersom de har ”fel” profil. ”Det händer mycket utanför manualerna och vilka metoder står då till buds för att stödja dessa personer?”

Några intervjuade tar upp att de metoder med god evidens som används inom socialtjänsten/IFO ofta har utvecklats och beforskats i andra länder. En IFO-chef menade t.o.m. att Sverige ”kanske är det mest udda som finns”. Det finns metoder som huvudsakligen utvecklats i Sverige, men det tycks som de svenska socialarbetarnas erfarenheter i begränsad utsträckning har översatts till metoder, som i sin tur varit utgångspunkt för forskning. Detta ska inte endast skyllas på bristande kreativitet eller begränsade forskningsanslag. Socialt arbete har ofta eklektiska drag och dess utövare tillämpar sällan en metod konsekvent, utan använder element från flera olika metoder/skolor för en och samma klient/brukare. På motsvarande sätt är det ofta med sjukgymnaster inom rehabiliteringsområdet. I bägge fallen försvåras effektuppföljningen av specifika metoder, vilket i sin tur gör det svårt att bedöma kunskapsläget och ta fram riktlinjer.

Slutligen finns risker i språket eller hur olika begrepp används. Det sägs ofta att tillämpade metoder ska vara evidensbaserade, men detta kan leda tanken fel. Det som avses är att metoderna ska vara prövade med avseende på vilka vetenskapliga bevis som finns för deras verkningsgrad. En metod kan mycket väl ge goda effekter utan att detta är visat i vetenskapliga studier, likaväl som en vetenskapligt utvärderad metod kan vara sämre än andra alternativ.

Ett annat förhållande som kan få språkliga eller retoriska konsekvenser är att endast en liten del av socialtjänstens åtgärder är beforskade. En slarvig användning av evidensbegreppet kan utnyttjas både för att förkasta och för att stödja det mesta som görs inom socialtjänsten. Argumentet är att det ”inte finns evidens”, varken för det ena eller för det andra.

I boken *Att leda evidensbaserad praktik*[59] ger författarna en osentimental och realistisk sammanfattning: ”Evidensbaserad praktik är en strategi för transparent beslutsfattande och inlärning i en tillvaro där vi aldrig kommer att ha tillräcklig kunskap om vad som fungerar för en enskild klient.”

[59] IMS, december 2009.

Vilka lärdomar kan dras utifrån hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning?

Möjligheten att systematiskt utveckla och tillämpa en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten skiljer sig i flera delar från hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvården är den relativt utvecklad, medan den fortfarande är i etableringsfasen inom socialtjänsten. Utgångspunkterna är dock relativt lika. Kraven på nytta, rättvisa och effektivitet är viktiga värden om än med något olika betoningar. Begränsade resurser ska göra största möjliga nytta oavsett om det handlar om hälso- och sjukvård eller socialtjänst. EBM/EBP och kunskapsstyrning är socialpolitiska instrument för att uppnå detta.

Det finns en avgörande skillnad i uppkomsten av EBM och EBP. EBM föddes i verksamheten. Många läkare hade svårt att agera i den informationsosäkra miljön. Vetenskapliga studier var svårtillgängliga och industrins information var kraftigt påverkad av affärsintressen. EBP inom socialtjänsten har främst introducerats av myndigheter och huvudmän. Skillnaderna är något mindre i dag när EBM är väsentligt mer beroende av myndigheter som utvärderar forskning och utfärdar riktlinjer.

Såväl kommuner som landsting har egen beskattningsrätt och ett långtgående självstyre. När krav på jämlik vård och likvärdig socialtjänst ställs innebär det en ansenlig nationell styrning eller samordning av de självständiga huvudmännens arbete.

Det finns flera och viktiga skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som behöver beaktas vid utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Syftet med nedanstående exempel och jämförelser är framför allt att förstå dem och se vad det finns att lära och låta sig inspireras av.

Lagstiftning – rättighet eller rätt till

Verksamheterna styrs av olika lagar – hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL) och lagen om vård av unga (LVU), lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). HSL är en skyldighetslagstiftning och ställer krav på huvudmännen. De övriga ställer också sådana krav, medan SoL och LSS framför allt är rättighetslagar, utifrån ett klient- och brukarperspektiv.

De flesta av socialtjänstens insatser genomförs inom ramen för ett biståndsbeslut, dvs. en förvaltningsrättsligt bindande insats som beviljats klienten/brukaren. I de fall önskat bistånd inte beviljas kan handläggarens eller nämndens beslut överklagas. Myndighetsbeslut påverkas av lagstiftning och normering, men också genom förvaltningsdomstolarnas prejudicerande domar.

Den prioriteringslagstiftning som finns inom hälso- och sjukvårdens område har ingen motsvarighet inom de verksamheter som styrs av en rättighetslagstiftning. Inom sjukvården ger HSL patienten ett stort inflytande.

Inga behandlingar får genomföras utan patientens medgivande och dessutom har patienten rätt till en second opinion.

Socialtjänsten har enligt socialtjänstlagen dessutom fler ansvarsområden än direkt omsorg om enskilda individer och familjer. Socialtjänsten ska också medverka i samhällsplaneringen och vid behov göra insatser för grupper av brukare eller medborgare, dvs. det som kallats insatser på gruppnivå respektive strukturella insatser.

Yrkesansvar

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS, 1998:531) reglerar den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Central i lagen är bestämmelsen om att hälso- och sjukvårdspersonal ska ge en sakkunnig och omsorgsfull vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagen reglerar även Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) verksamhet och Socialstyrelsens tillsyn. Från januari 2011 tar Socialstyrelsen över patientklagomålen från HSAN, som därefter endast hanterar behörighetsfrågorna[60].

Tillgång till forskningsresultat

Inom socialtjänsten har en samhällsvetenskaplig forskningstradition dominerat i Sverige. Det finns få effektstudier, medan antalet kvalitativa studier av olika slag är desto fler. I en studie som gjordes vid Socialstyrelsen granskades 1 402 avhandlingar i folkhälsovetenskap, kriminologi, omvårdnadsvetenskap, pedagogik, psykologi, socialt arbete och sociologi som publicerades under perioden 1997–2006[61]. Endast 13 procent av dessa studerade effekterna av olika interventioner inom socialt arbete och endast 4 procent av interventionsstudier uppfyllde granskningens kvalitetskrav. Samtidigt har få forskare haft ambitionen att arbeta interaktivt med praktiken.

Medicinska och sociala interventioner använder olika teknologier och metoder. De sociala tjänsterna innehåller ofta flera komponenter och insatser som syftar till att uppnå sammansatta mål. Detta kan göra målen svårare att uppnå och påverkar även möjligheterna att använda samlade effektmått på det sätt som görs inom hälso- och sjukvården.

Infrastruktur för kunskapsstyrning

Ökade anslag för effektforskning inom socialtjänstens olika områden är viktigt, men långt ifrån tillräckligt för att skapa en miljö som systematiskt stödjer kunskapsbildning och kunskapsutveckling. Inom hälso- och sjukvården finns en stark uppföljningstradition manifesterad i kvalitetsregister och hälsodataregister, där avidentifierade personuppgifter kan användas för uppföljning, utveckling och forskningsändamål. Inom socialtjänsten finns endast Socialstyrelsens register över familjehemsplacerade barn och kvalitetsregistret Senior Alert. Det senare syftar till att förebygga fall, undernäring och trycksår hos vårdtagare som är över 65 år.

[60] Patientsäkerhetslagen, 2010:659.

[61] Effektutvärderingar i doktorsavhandlingar. Socialstyrelsen 2010.

Den akademiska förankringen och forskningsstödets volym har varit av väsentlig betydelse för hälso- och sjukvården. De medicinska fakulteterna har ett stort antal avdelningar för olika specialiteter. Dessa driver en ansenlig mängd kliniska forskningsprojekt och även medicinsk grundforskning i laboratorier. Universitetssjukhusens kombinationstjänster där professorer kan dela sin tid mellan klinisk forskning och klinisk verksamhet ger unika möjligheter till kunskaps- och verksamhetsutveckling. Det finns andra delar som varit viktiga för hälso- och sjukvårdens utveckling, men som inte är relevanta för socialtjänsten. Det gäller främst läkemedelsföretagen och de medicintekniska företagens satsningar på kliniska prövningar och innovativt utvecklingsarbete.

Inom hälso- och sjukvården finns aktiva specialitetsföreningar inom ramen för Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening m.fl. Det finns även väl utvecklade system för läkares specialistutbildning, som huvudmännen tar ett stort ansvar för (ST-utbildning). Huvudmännen stödjer länsvisa och/eller regionala medicinska råd inom de större specialiteterna och läkemedelskommittéer finns i alla landsting. Dessa är en del av kunskapsorganisationen och stödjer både verksamheterna/professionerna och den administrativa ledningen.

Kultur och tradition

Medan hälso- och sjukvården varit inriktad på att bota och lindra sjukdom har syftet med stora delar av socialt arbete varit inriktat på att undanröja orättvisor och ge människor bättre levnadsvillkor. Detta speglas tydligt i några av de olika yrkesgruppernas etiska riktlinjer. I de etiska riktlinjerna för socialt arbete som antogs av SSR 2006[62] anges följande:

> *Socialt arbete och socialarbetarnas yrkesroll ska relateras till vetenskap och beprövad erfarenhet. Grundläggande värden i arbetet och för professionen är mänskliga rättigheter och humanitet. Arbetet ska bidra till ett gott och värdigt liv för medborgarna och utveckla samhällets välfärd.*

Yrkesrollen ska ”relateras” till vetenskap och beprövad erfarenhet och som grundläggande värden anges mänskliga rättigheter och humanitet. Som en jämförelse säger Läkarförbundets etiska regler[63]:

> *Läkaren ska i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud. (Punkt 1)*
> *Läkaren ska handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ständigt söka vidga de egna kunskaperna samt efter bästa förmåga och med omdöme bidra såväl till den vetenskapliga utvecklingen som allmänhetens kännedom om denna. Efter förmåga ska läkaren alltid ställa sin kunskap till förfogande.(Punkt 4)*

[62] Etik i socialt arbete. Etisk kod för socialarbetare. Akademikerförbundet SSR.

[63] Läkarförbundets etiska regler. http://www.slf.se/Lakarrollen/Etik/

Ovanstående formuleringar indikerar att läkarna litar mer till vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet än socialarbetarna. I förhållande till patienten respektive brukaren/klienten finns inga skillnader i humanistisk ambition, även om det finns skillnader i uttryckssätt.

Läkaryrket räknas sedan medeltiden till professionerna, dvs. en yrkesgrupp med lång utbildning, egna yrkesetiska normer, stark identitet, hög grad av sammanhållning och långtgående krav på autonomi. Kännetecknande för professioner är att de ingår i självreglerande system med starka gemensamma värderingar och egna kriterier för utvärdering, kontroll och granskning.

I socialtjänsten finns inte alls samma starka professionskultur hos någon yrkesgrupp. I dag arbetar en rad olika yrkesgrupper inom socialtjänsten: socionomer, undersköterskor, psykologer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, behandlingsassistenter, hemvårdsassistenter, rehabiliteringsassistenter etc. Det innebär att det sociala arbetet blivit mindre homogent och är i dag mer påverkat av många professionella gruppers syn på kunskap och hur denna kan öka.

De stora vetenskapliga framgångarna har naturligtvis bidragit till det stora förtroendet för vetenskap och beprövad erfarenhet inom läkarkåren. Denna vetenskapstradition byggd på iakttagelser och experiment är dock relativt senkommen. Under mer än 1 500 år fick läkarstuderande på universitet och lärosäten ta del av Galenos aldrig verifierade och felaktiga teori om de fyra kroppsvätskorna. Det var först i och med upplysningstiden som experiment började utföras och behandlingsresultat noterades mer systematiskt. Det skulle dock dröja en lång bit in på 1800-talet till dess att Galenos läror helt hade förvisats från universiteten och försvunnit från praktiken.

Det samhällsvetenskapliga forskningsidealet har i stora stycken karaktäriserats av en ambition att exponera orättvisor och pröva olika teorier för att förklara dem. Ofta har studierna haft en statsvetenskaplig prägel och var mer relevanta för reformer av det generella välfärdssystemet, än för metodutveckling inom socialtjänsten. Den sociala forskningens inriktning kan spåras till den stora fattigdomen och de skriande orättvisorna vid tiden runt det förra sekelskiftet. Forskningen har också påverkats av den snabba utbyggnaden av den offentliga sektorn och de offentliga trygghetssystemen under den senare delen av 1900-talet. Om sådana system fanns tidigare relativt liten kunskap och den sociala forskningen bidrog till att fylla tomrummet.

Inom hälso- och sjukvården finns i dag en mer utvecklad organisation för kunskapsstyrning och kunskapsbildning än inom socialtjänsten. Nedan sammanfattas några viktiga skillnader, bl.a. saknar socialtjänsten hälso- och sjukvårdens

- stora satsningar på verksamhetsnära forskning
- tillgång till relevanta och välgjorda studier
- starka akademier som forskar kring nya metoder och effekter av olika insatser/behandlingar
- kombinationstjänster där forskaren är anställd både av huvudmannen och av ett universitet, vilket bäddar för en interaktiv och klinisk relevant forskning

- infrastruktur för systematisk effektuppföljning bl.a. genom kvalitetsregister
- specialistföreningar och medicinska råd som tar ett stort ansvar för riktlinjer, lokala vårdprogram, verksamhetsutveckling etc.
- legitimerade yrkesgrupper med yrkesansvar
- fasta struktur för hantering av gemensamma uppgifter och olika kunskaps-/ kunskapsstyrningsfrågor som har utvecklats inom sjukvårdsregionerna.

Det vore intressant att pröva vilka stödstrukturer inom hälso- och sjukvården som också i någon form skulle kunna vara användbara inom socialtjänsten. I vilken grad detta kan ske beror delvis på statens villighet att reservera forskningsmedel för vissa forskningsområden och på styrsignalerna till universitet och högskolor. Det beror också på huvudmännens övertygelse om värdet med att i större grad bygga socialtjänstens insatser på bästa tillgängliga kunskap och känna sig trygga i balansen mellan nationell kunskapsstyrning och lokala anpassningar. Det är också avhängigt de enskilda yrkesföreträdarnas intresse för att arbeta med evidensbaserade metoder för att åstadkomma förbättringar för klienter och brukare. Oavsett om fler yrkesgrupper blir legitimerade eller inte krävs ett större professionellt ansvarstagande för utvecklingen inom det egna verksamhetsområdet.

Nationella styrstrategier för socialtjänstens kunskapsstyrning

Bakom pågående utveckling av socialtjänstens kunskapsstyrning tycks ligga en mer positiv syn på sektorns styrbarhet. Inom socialtjänsten finns inga av de klassiska professionerna, men väl enstaka legitimerade yrkesutövare som psykologer och sjuksköterskor. Det hindrar inte att enstaka stora yrkesgrupper inom socialtjänsten präglas av relativt stor autonomi och har relativt tydliga uppfattningar om verksamhetens natur och inriktning. Den avgörande frågan är om socialtjänstens medarbetare kommer att vara lika mottagliga för styrning genom kunskap som hälso- och sjukvårdens personal har varit.

Att tillgodose primärkommunernas behov av stöd i implementeringen av en evidensbaserad praktik är en väsentligt större utmaning än motsvarande arbete har varit inom hälso- och sjukvården. Det finns 290 kommuner och bara 20 landsting/regioner. Förhållandet mellan minsta och största kommun är 1:332 och nästan hälften av Sveriges kommuner har färre än 15 000 invånare. Förhållandet mellan minsta och största landsting är 1:16 och hälften av landstingen har färre än 270 000 invånare.

På landstingssidan finns dessutom sedan lång tid väl utvecklade strukturer för samverkan i de sex sjukvårdsregionerna. För kommunernas del finns kommun- och regionförbund i 20 län, men med en kort historik när det gäller stöd för kunskapsstyrning.

Det är sålunda förenat med större svårigheter att implementera nationella riktlinjer och nå ut med kunskapsunderlag till kommunerna än till landstingen och regionerna. Det finns dock en rad olika nationella och regionala initiativ för att underlätta dessa processer. I nuläget används följande styrmekanismer:

- Regeringen styr via myndigheterna och gör överenskommelser med SKL.
- Regeringen betonar riktlinjer och uppföljning (öppna jämförelser och kvalitetsregister), men har i begränsad utsträckning styrt förutsättningarna för forskning och undervisning vid universitet och högskolor.
- Socialstyrelsen värderar kunskapsunderlag, tar fram nationella riktlinjer, värderar och i vissa fall förvaltar olika utrednings-/bedömningsinstrument, arbetar med kunskapsöverföring, bedriver olika projekt för att befrämja EBP samt bedriver egen primärforskning. Myndigheten har omorganiserat sin verksamhet utifrån de ökade kraven på kunskapsstyrning.
- SKL driver arbetet med regionala kunskapsplattformar och samordnar, med stöd av nationella resurser, olika projekt för att befrämja EBP.
- Region- och kommunförbund är de viktigaste aktörerna på länsnivån genom sin kapacitet för gemensamt agerande, samordning och nätverksstödjande verksamhet samt genom den politiska förankringen.

Som framgår av den andra punkten finns behov av att engagera fler departement i utvecklingen av EBP och kunskapsstyrning. Framför allt gäller det utbildningsdepartementet som ska bereda respektive implementera utbildnings- och forskningspolitiken. Effekterna av regeringens forskningsproposition[64] har för socialtjänstens del varit små och de stora behoven kvarstår. Även justitiedepartementet kan bidra till bättre förutsättningar för uppföljning i socialtjänsten. Det gäller främst beredningen av Socialtjänstdatautredningens förslag för att undanröja de hinder som offentlighets- och sekretesslagen i dag sätter upp för användning av kvalitetsregister i socialtjänsten.

Socialstyrelsen lever fortfarande i den integrationsprocess som sattes i gång av den interna omorganisationen. Det gäller främst avdelningen för kunskapsstyrning, men också integrationen med IMS och hur sambanden med avdelningen för Utvärdering och statistik ska utformas.

Diskussionen mellan Socialstyrelsen och socialhögskolorna, främst den i Stockholm, har förts i ett relativt högt tonläge (se avsnittet om ”Ökade förväntningar på EBP”). Den konkreta diskussionen gäller främst effektforskningen och närvaron av EBP i undervisningen. Något som kan ha betydelse för debattens tonläge är att Socialstyrelsen också bedriver egen primärforskning sedan IMS integrerades i myndigheten.

När Institutet för utveckling av sociala metoder inom socialtjänsten (IMS[65]) bildades fyllde verksamheten ett tomrum. Bedömningen var då bl.a. att om IMS inte genomförde viss forskning så skulle den inte utföras alls. Den långsiktiga målsättningen såväl för IMS som nu för Socialstyrelsen är att skapa goda förutsättningar för EBP inom socialtjänsten, vilket inkluderar den akademiska forskningen. IMS enträgna arbete har ökat intresset för effektforskning inom flera akademiska institutioner. Med anledning av detta finns skäl att ompröva den tidigare framgångsrika strategin att fylla tomrummet själv och i stället använda det begynnande intresset för aktuell forskning hos lämpliga akademier.

Konsultens slutsats är att om Socialstyrelsen ska kunna nå målet om en akademiskt förankrad effektforskning inom socialtjänsten, så bör en successiv överflyttning av pågående primärforskning till lämpliga akademiska institutioner övervägas. Forskningsmedel bör företrädesvis sökas i öppen konkurrens och nuvarande finansiering genom driftsanslag är i det perspektivet en nödlösning. För att öka förekomsten av effektutvärderingar krävs förmodligen att regeringen specialdestinerar anslag till sådan forskning.

På länsnivå finns sedan tidigare erfarenheter av att bygga upp resurser utifrån större statliga satsningar, t.ex. *Kunskap till praktik* som har skapat både regionala och lokala stödstrukturer för missbruksarbetet. När nu de regionala kunskapsplattformarna skapas sker det runt de statliga utvecklingsresurser som tillförs äldreområdet (Program för god äldreomsorg). Utgångspunkten

[64] Ett lyft för forskning och innovation. Regeringens proposition 2008/09:50.

[65] IMS bildades 2004 som en fortsättning av det tidigare Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). Uppdraget var att främja utvecklingen av metoder och arbetsformer i socialt arbete genom forskning, systematisk prövning och värdering av utfall och effekter av socialtjänstens insatser samt förmedla kunskap om verkningsfulla metoder och arbetsformer. Från och med 2010 ingår verksamheten i Socialstyrelsens avdelning för kunskapsstyrning.

är att de lokala plattformarna ska ha äldreområdet ”som pilot” och att övriga verksamhetsområden successivt ska integreras i plattformsarbetet.

Projektet *Kunskap till praktik* skulle ursprungligen avslutats 2010. I delrapporten till regeringen föreslogs att projektet skulle förlängas och finansieras under ytterligare tre år. Det har resulterat i att arbetet har fått resurser även för 2011 och ett besked om att sådana beslut bara kan tas ett år i taget. Tanken är att den regionala styrningen av *Kunskap till praktik* ska ingå i den regionala kunskapsplattformen och vara ett av delprojekten och att arbetet på nationell nivå fortsätter.

Om kommunerna och deras länsorganisationer ska skapa uthålliga plattformar för att stödja utvecklingen av EBP behöver de tillgodose grundläggande behov inom socialtjänsten, som är så pass viktiga att kommunerna är villiga att finansiera plattformen även när det statliga stödet upphör. En möjlighet att stärka plattformen är att statliga stimulansmedel till olika utvecklingsprojekt inom socialtjänsten görs avhängiga av att projektledningen underställs plattformens styrgrupp.

Som jämförelse kan sägas att hälso- och sjukvårdens regionala organisation (sjukvårdsregionen) bottnar i viktiga gemensamma uppgifter som ska hanteras. Det gäller framför allt regionsjukvården eller den högspecialiserade vården som endast erbjuds vid universitetssjukhus. Det gäller kostnaderna för denna vård, indikationerna, vilken vård som ska slussas ut till landstingens länssjukhus etc. Det innebär att regionala vårdprogram behöver tas fram för olika sjukdomar/tillstånd och att ansvarsfördelningen mellan region- och länssjukhus förtydligas. På senare år har även sjukvårdsregionerna varit viktiga som en del i implementeringsprocessen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Samordning på nationell nivå och dialogen med huvudmännen

De regionala plattformarna som nu byggs upp inom socialtjänsten innebär nya förutsättningar för dialogen med den nationella nivån. Länsorganisationerna är inte nya, men nu utökas samspelsytan till att gälla utveckling av EBP och kunskapsstyrning inom socialtjänsten. I enkätsvaren kommenterades önskemålen om nationella kunskapsunderlag i långt större utsträckning än synpunkter på hur dessa valdes ut och prioriterades. Det är dock rimligt att anta att det finns både behov och önskemål som behöver kanaliseras och diskuteras mellan intressenterna.

Inom socialtjänsten finns precis som inom hälso- och sjukvården olika nätverk på nationell nivå. SKL stödjer t.ex. olika chefsnätverk, bl.a. nätverk med landstings- respektive kommundirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer och socialchefer. Sedan 2009 stödjer SKL även NSK (Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning). I denna möts representanter för sjukvårdshuvudmännen och företrädare för Socialstyrelsen, SBU, TLV[66] och Läkemedelsverket. Hälso- och sjukvårdsdirektörerna utser 1–2 representanter per sjukvårdsregion och säkerställer att åtgärder vidtas i de egna

[66] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, tidigare LFN (Läkemedelsförmånsnämnden).

landstingen som följd av NSK:s initiativ. NSK ska bl.a. bidra till att sprida ny kunskap och att oönskad variation i vården minskar.

NSK ger möjligheter till avstämningar mellan huvudmän och nationella myndigheter samt fångar upp regionala behov av nationella insatser. En av NSK:s uppgifter är att arbeta för att ge verksamheterna gemensamma nationella beslutsstöd som enkelt kan implementeras i de vårdadministrativa systemen. Samordningsgruppen förväntas också ta initiativ som underlättar lokal implementering.

De fyra myndigheterna har dessutom upparbetat ett samarbete på generaldirektörsnivå med förberedande tjänstemannamöten. Statens styrning är också tydlig i dessa avseenden. I regleringsbreven till de aktuella myndigheterna framgår att ”Kunskapsspridningen till hälso- och sjukvården ska planeras och utföras på ett sådant sätt att staten så långt som möjligt uppfattas som en samordnad aktör av huvudmännen”.

Inom socialtjänstens kunskapsstyrning saknas i dag en funktion som liknar NSK. En sådan mötesplats för primärkommunerna (med koppling till SKL:s socialchefsnätverk), aktuella myndigheter och andra relevanta aktörer kan fylla flera funktioner. För det första underlättas avstämningar av behov och önskemål, prioriteringar, initiering av gemensamma projekt och implementeringsaktiviteter. För det andra kan utvecklingen av den långsiktiga styrningen av socialtjänstens infrastruktur för kunskapsbildning adresseras. För det tredje har en sådan mötesplats också relevans för samordning utifrån socialdepartementets dubbla styrning inom området – regleringsbrev och regeringsuppdrag till myndigheterna och den mjuka styrning som används i överenskommelserna med SKL.

I dag när det skapas länsvisa plattformar för socialtjänstens kunskapsstyrning underlättas möjligheten att på nationell nivå hitta en mekanism och ett forum för samverkan mellan myndigheter och huvudmän när det gäller att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten.

Avslutningsvis bör framhållas att utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten ställer stora krav på långsiktighet och uthållighet. Aktuella satsningar på en förbättrad infrastruktur för kunskapsstyrning och kunskapsbildning kan inte förväntas ge omedelbara resultat. En mer systematisk uppföljning av insatsernas effekter underlättar relativt snabbt det lokala förbättringsarbetet, men först på längre sikt kan uppföljningsdata och förbättrade arbetssätt resultera i nya och förbättrade metoder samt nya studier som i sin tur ger underlag för rekommendationer och riktlinjer.

Konsultens slutsatser och rekommendationer

Sammanfattningsvis bör regering, myndigheter, universitet/högskolor, SKL, region- och kommunförbund samt huvudmän inrikta sig på ett långsiktigt arbete med att bygga och utveckla den nödvändiga infrastrukturen för kunskapsbildning och kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Detta behövs för att på sikt kunna ge olika yrkesgrupper och beslutsfattare inom socialtjänsten vägledning av god kvalitet, som är grundad på bästa tillgängliga kunskap.

Nedanstående förslag är sorterade utifrån vilken organisation som har det huvudsakliga ansvaret för beredning och genomförande. Oftast är det dock flera parter som behöver samverka, eftersom utvecklingen av EBP är ett gemensamt ansvar. Detta förtydligas i några förslag, men bör även i övrigt beaktas.

Regeringen

- Regeringen bör tillse att forskningspropositionens (2008/09:50) ambitioner om ökade forskningsanslag också tillämpas inom socialtjänsten och öka resurstilldelningen till effektforskningen, alternativt att socialtjänsten får en större andel av befintliga forskningsanslag.
- Även kommunernas systematik i socialtjänstens uppföljning och förbättringsarbete bör vara föremål för ytterligare forskningsinsatser.
- Regeringen bör stimulera möjligheterna att bedriva verksamhetsnära forskning och på försök pröva kombinationstjänster i socialtjänsten.
- Regeringen bör trycka mer på vikten av universitetens och högskolornas dialog med huvudmännen kring undervisningens inriktning och tydligare betona EBP som en viktig del i utbildningar inom socialtjänstens olika områden.
- Regeringen bör underlätta uppföljningen i kvalitetsregister inom socialtjänsten och överväga de förslag som bl.a. har lagts av Socialtjänstdatautredningen.
- Motsvarande utveckling har inom hälso- och sjukvården påtagligt bidragit till att få till stånd en gemensam nationell uppföljning av verksamhetens effekter. Registren har också drivit utvecklingen av ständiga förbättringar och den verksamhetsnära forskningen.

Socialstyrelsen

- Socialstyrelsen bör fortsätta att bedöma det vetenskapliga stödet för olika metoder/instrument och ta fram nationella riktlinjer.
- Socialstyrelsen bör regelmässigt ta fram metodbeskrivningar i samband med att nya riktlinjer eller instrument introduceras.

  - Socialstyrelsen bör tillsammans med övriga intressenter verka för att lämpliga aktörer vid behov tar fram utbildningspaket för att stödja implementeringen.
  - Prioriteringarna bör ske i samverkan med SKL och huvudmännen.
- Socialstyrelsen bör ta fram vägledningsdokument för de enskilda kommunernas uppföljning av insatsernas effekter. I detta innefattas en gemensam terminologi för socialtjänstens olika tillstånd/omständigheter, insatser/åtgärder och resultat (nationellt fackspråk). Utan detta saknas förutsättningar för såväl lokal som nationell uppföljning och jämförelser.
- Socialstyrelsen bör pröva vilken typ av vägledning myndigheten ska ge när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.
- Socialstyrelsen bör ge begreppet beprövad erfarenhet en mer precis innebörd och
  - utveckla metoderna för att fånga denna, t.ex. när den används som komplement vid värderingen av det vetenskapliga underlaget.
  - ge stöd till utveckling av den systematiskt dokumenterade beprövade erfarenheten.
- Socialstyrelsen bör överväga att successivt föra över den primärforskning som i dag bedrivs inom myndigheten till lämpliga akademiska institutioner för att stimulera och stärka den akademiska forskningen kring EBP.

SKL

- SKL bör fortsätta stödja de regionala kunskapsplattformarna och samordna erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling.
  - Plattformarna kan även användas som medel för att nå och upprätthålla en dialog med kommunerna. Den bör också kunna användas som en stödresurs när nationella stimulansmedel ska fördelas.
- SKL bör stödja huvudmännen i arbetet med att bättre integrera de externa utförarna i arbetet med EBP. Det gäller bl.a. utformningen av upphandlingsunderlag, auktorisationskrav, avtal etc.
- SKL bör tillsammans med staten stödja huvudmännen i att strukturera socialtjänstens uppföljning och att förbättra IT-stödet för denna.
  - Center för e-hälsa i samverkan (CeHis) hanterar hälso- och sjukvårdens vård- och omsorgsinformation, men inte socialtjänstens uppföljning och behov av säker kommunikation.
- SKL bör tillsammans med Socialstyrelsen och huvudmännen skapa en nationell samordningsgrupp för kunskapsstyrning.
  - Syftet är att på övergripande nivå skapa en arena för information, dialog, gemensam prioritering, koordinering och planering utifrån centrala och lokala initiativ.

Länsorganisationerna

- Länsorganisationerna bör genom de regionala plattformarna för kunskapsstyrning samordna och stödja länets kommuner i arbetet med att utveckla systematik i uppföljning, förbättringsarbete och implementering av bästa tillgängliga kunskap.

- Länsorganisationerna bör samla alla nuvarande projektbaserade ad hoc-organisationer för kunskapsutveckling och implementering under den nya regionala plattformen.

Pågående länssamarbeten genom kommun-/regionförbund och de regionala kunskapsplattformarna har potential att stödja den samlade kunskapsstyrningen och enskilda kommuners möjligheter att utveckla systematik i detta arbete.

Från både myndigheternas och SKL:s sida är länsfunktionerna viktiga för att utveckla och upprätthålla dialogen med kommunerna. Plattformarna bör också kunna användas som en stödresurs när nationella stimulansmedel ska fördelas.

I kommande utvärderingar av de regionala plattformarna bör inte bara systemets förmåga att generellt stödja kunskapsstyrning och kunskapsutveckling värderas, utan också plattformens bidrag till att stödja de små och mindre kommunerna.

Kommunerna

- Kommunerna bör ta fram en strategi för implementering av EBP och fastställa den i nämnden.
- Kommunerna bör problematisera och följa utvecklingen av IT-stödet för uppföljningens alla delar.
  - Dagens uppföljning är ofta oöverskådlig. Om uppföljningen utvecklas snabbare än de stödjande IT-systemen kan medarbetare uppleva registreringen som betungande och i värsta fall som ett ”störande moment”.
- Kommunerna bör förtydliga kraven på externa utförare utifrån EBP i upphandlingsunderlag, auktorisationskrav och slutligen i avtal samt avsätta större resurser för uppföljning av dessa krav och förväntningar. Även de nationella och regionala aktörerna behöver beakta behovet av delaktighet och representation från externa vårdgivare när det gäller kunskapsstyrning.
- Kommunerna bör tillse att de regionala stödstrukturerna motsvarar aktuella behov utifrån implementeringen av EBP inom socialtjänsten.

Strategin gäller t.ex. ändamålsenliga lokala uppföljningssystem och hur arbetet med systematiska förbättringar ska drivas. Viktigt är också hur kommunen planerar att skapa en verksamhetskultur, där alla medarbetare ser en avvikelse som en förbättringspotential. Befintliga kunskaper om verksamhetens metoder behöver ofta kompletteras med kunskap om förbättringsmetoder och förbättringskompetens. Nya metoder och förbättringar bör regelmässigt följas upp utifrån effekter för brukare, arbetsprocesser och kostnader.

Bilaga 1: Enkäten till kommunerna

1 Organisationen för *kunskapsstyrning* inom socialtjänsten

1a Vilka strukturer och resurser finns i verksamheten som stödjer kunskapsstyrning?

1b Vilka processer finns för beredning och implementering av nya arbetssätt, riktlinjer, metoder och bedömningsinstrument inom socialtjänsten?

1c. Vilka befattningshavare involveras i berednings- och implementeringsprocesserna? Vilken roll har ledningspersonalen och involverade yrkesgrupper?

1d Finns skillnader mellan Individ- och Familjeomsorg, Äldreomsorg respektive Handikappomsorg i ovanstående avseenden? Beskriv skillnaderna!

2 Lokal *kunskapsbildning och kunskapsutveckling* inom socialtjänsten

2a Inom vilka områden görs systematisk uppföljning av socialtjänstens arbete?
I vilken utsträckning gäller uppföljningen insatsernas effekter?

2b Hur genomförs ett systematiskt förbättrings- och utvecklingsarbete inom socialtjänsten?

2c Vilka lokala resurser finns i dag för kunskapsbildning och kunskapsutveckling?

2d Finns skillnader mellan Individ- och Familjeomsorg, Äldreomsorg respektive Handikappomsorg i ovanstående avseenden? Beskriv skillnaderna!

3 Ambitioner inom socialtjänsten

3a Vilka ambitioner inom socialtjänsten finns för att förbättra den lokala kunskapsstyrningen (implementering av nya arbetssätt, nationella riktlinjer och andra kunskapsunderlag)?

3b Vilka ambitioner inom socialtjänsten finns för att förbättra den lokala kunskapsbildningen och kunskapsutvecklingen (systematisk uppföljning & förbättringsarbete)?

3c Finns skillnader mellan Individ- och Familjeomsorg, Äldreomsorg respektive Handikappomsorg i ovanstående avseenden? Beskriv skillnaderna!

3d Vilka konkreta planer har antagits för att förverkliga ambitionerna?

4 Integration av styrprocesser

4a Hur är kunskapsstyrningen integrerad i övriga styrprocesser som verksamhets- och budgetstyrningen?

4b Vilka utvecklingsplaner finns för att tydligare knyta verksamhetskrav och medelstilldelning till användningen av bästa tillgängliga kunskap?

5 Stöd för att utveckla kunskapsstyrning och kunskapsbildning & kunskapsutveckling

5a Vilket stöd behöver socialtjänsten för att utveckla sin kunskapsstyrning och för att utveckla kunskapsbildning och kunskapsutveckling? T.ex. kunskapsstöd, processtöd, systemstöd (t.ex. för uppföljning), ekonomiska tillskott etc.

5b Finns skillnader mellan Individ- och Familjeomsorg, Äldreomsorg respektive Handikappomsorg i ovanstående avseenden? Beskriv skillnaderna!

6 Samverkan

6a Med vilka aktörer samverkar socialtjänsten i dag då det gäller kunskapsstyrning och utveckling av system för lokal kunskapsbildning och kunskapsutveckling?

6b Är nya samarbeten eller nätverk aktuella? Ange vilka.

6c Vilka är i dag de viktigaste samverkansområdena?

6d Finns skillnader mellan Individ- och Familjeomsorg, Äldreomsorg respektive Handikappomsorg i ovanstående avseenden? Beskriv skillnaderna!

7 Förväntningar på den nationella nivån

7a Vilka förväntningar har kommunen på stödet från den nationella nivån (t.ex. Regeringen, Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter, universiteten och SKL) när det gäller implementering av riktlinjer och andra kunskapsunderlag?

7b Hur kan det nuvarande nationella stödet från t.ex. Regeringen, Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter, universiteten och SKL förbättras?

7c Finns andra som stödjer eller kan stödja socialtjänstens användning av kunskapsunderlag och implementering av riktlinjer? T.ex. kommunövergripande resurser, regionala resurser som landsting, region-/kommunförbund etc.

7d Hur kommuniceras lokala behov till den nationella nivån? Hur kan denna dialog förbättras med de olika mottagarna?

7e Vilka är framgångsfaktorerna för att nationella kunskapsstöd, t.ex. nationella riktlinjer, ska vara effektiva, dvs. kunna påverka praxis inom socialtjänsten?

8 Möjligheter och problem

8a Vilka möjligheter finns med de ökande förväntningarna på en fungerande kunskapsstyrning inom socialtjänsten?

8b Vilka problem finns med de ökande förväntningarna på en fungerande kunskapsstyrning inom socialtjänsten?

8c Finns skillnader mellan Individ- och Familjeomsorg, Äldreomsorg respektive Handikappomsorg i ovanstående avseenden? Beskriv skillnaderna!

9 Till sist

9a Finns det ytterligare medskick/återkoppling till Socialstyrelsen och SKL kring deras engagemang i kunskapsstyrning och kunskapsbildning/kunskapsutveckling?

Bilaga 2: Medverkande kommuner

Följande kommuner (redovisade i storleksordning) har besvarat enkäten och/eller medverkat i intervjuerna:

1. Jokkmokk
2. Timrå
3. Stenungssund
4. Vetlanda
5. Boden
6. Ronneby
7. Trelleborg
8. Borlänge
9. Örnsköldsvik
10. Karlstad
11. Nacka
12. Halmstad
13. Jönköping
14. Örebro
15. Malmö/Hyllie
16. Göteborg/Linnéstaden
17. Stockholm/Södermalm

Dessutom har företrädare för Solna kommun medverkat i seminariet och lämnat återkoppling på den preliminära rapporten.