

Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-009-1
Artikelnr 2012-12-31

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2012

Förord

År 2008 kom utredningen Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. I den konstateras att det saknas kunskap om hur socialtjänstens interventioner fungerar (1). Regeringen anser därför att det finns ett behov av stöd för en fortsatt kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Den här rapporten innehåller en beskrivning av den aktuella tillgången på svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner.

Ansvarig för rapporten är Knut Sundell, socialråd och enhetschef vid Socialstyrelsen. Informationssökning har gjorts av Jenny Karlsson, Jeanette Ottosson samt Julia Zyto, Socialstyrelsen.

Stockholm i december 2012

Sven Ohlman
chef för avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	8
Definition av intervention	8
Definition av effektutvärdering	9
Överförbarhet av evidensbaserade interventioner mellan länder	10
<i>Metod</i>	11
Urval	11
Sökprocedur	11
Kategoriseringar	12
<i>Resultat</i>	15
Målgrupp och problematik	16
Design	18
Intervention	19
Forskarna	19
Finansiering	20
Multivariata analyser	21
<i>Diskussion</i>	23
Resultatens trovärdighet	24
Behov av fler svenska utvärderingar	24
<i>Referenser</i>	27

Sammanfattning

Det är framför allt två typer av effektutvärderingar som har de bästa förutsättningar att ge tillförlitlig kunskap om interventioners effekter: randomiserat (RCT) och icke-randomiserade kontrollerade studier (IRCT). I den här rapporten beskrivs tillgången på dessa två typer av effektutvärderingar av psykologiska eller sociala interventioner där en svensk forskare varit vetenskapligt ansvarig. Inventeringen omfattar samtliga effektutvärderingar som publicerats mellan 1990 och april 2012, eller som fortfarande pågår.

Sökningen efter effektutvärderingar har gjorts brett. Bland annat har hemsidor avsöpts från samtliga svenska universitet och högskolor med fokus på åtta vetenskapliga discipliner: folkhälsovetenskap, kriminologi, omvårdnadsvetenskap, pedagogik, psykiatri, psykologi, socialt arbete och sociologi.

Den första svenska effektutvärderingen publicerades 1994. Därefter ökade antalet långsamt för att under de senaste åren öka snabbare. Totalt har 329 studier identifierats. På grund av problem med att identifiera effektutvärderingar är det ett minimiantal.

- Interventionerna har i 70 procent av fallen rört vuxna, 25 procent barn och ungdomar och fem procent äldre.
- De typer av problem som interventionerna behandlar är främst olika typer av beroende, depression och ångest, ungas beteendeproblem, olika fobier samt psykisk ohälsa mer generellt.
- Av effektutvärderingarna är 78 procent randomiserade (RCT).
- Majoriteten (66 procent) har en uppföljningstid som är minst 12 månader efter förmätning.
- Ungefär hälften vardera är modellutvärderingar respektive utvärderingar i ordinarie verksamhet.
- Av effektutvärderingarna behandlar 37 procent interventioner som utvecklats i ett annat land än Sverige.
- Totalt finns 144 olika försteförfattare till utvärderingarna. De flesta har dock endast ansvarat för en studie (63 procent).
- Utvärderingarna har hel- eller delfinansierats av något forskningsråd i 39 procent av fallen. Kommuner och landsting har finansierat 32 procent och statliga myndigheter 29 procent. Dessutom har privata stiftelser eller fonder finansierat 22 procent. Eftersom det finns flera parallella finansieringskällor, summeras procentsatserna till mer än 100.
- Av de avslutade utvärderingarna har 76 procent avrapporterats i en peer-review granskad tidskrift.
- De avrapporterade utvärderingarna tog i genomsnitt 54 månader från start till första publikation. Tiden har dock minskat ju närmare nutid vi kommer.

Sökord: effektutvärderingar, randomiserat kontrollerade studier, kvasiexperimentella studier, psykosociala interventioner

Bakgrund

I Sverige får årligen ungefär 800 000 personer insatser inom ramen för socialtjänsten och 630 000 inom psykiatrin (2). Det handlar i vissa fall om interventioner som inte är frivilliga och där målgruppen till en del utgörs av samhällets mest utsatta. Få av dessa interventioner är utvärderade. I USA beräknas exempelvis endast fem procent av alla ungdomsbrottslingar bli föremål för metoder vars effekter utvärderats och som visat sig ha goda effekter (3). Socialstyrelsen har identifierat 103 socialtjänstbaserade öppenvårdsinsatser för att stödja barns psykiska hälsa (4). Av dem har endast en handfull ett visst vetenskapligt stöd som visar att de har bättre effekter än sin jämförelsegrupp. Detta är inte ett trivialt problem eftersom det finns flera exempel på psykosociala interventioner som orsakat skada, till och med som tagit människors liv (5-7). Det bör tilläggas att de insatser som inte är utvärderade kan vara effektiva, men att vi inte vet det.

Begreppet evidensbaserad medicin myntades i mitten av 1990-talet av den kanadensiske folkhälsoforskaren David Sackett med kollegor. Det skedde som en reaktion på att mycket av den kliniska medicinen inte grundades på de senaste vetenskapliga rönen och att det var ett auktoritärt system där läkarna ensamma bestämde (8). En följd av detta var att patienterna inte fick bästa tänkbara vård eller till och med att skadliga insatser användes.

En evidensbaserad praktik baseras på en sammanvägning av brukarens situation, erfarenhet och önskemål, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om interventioners effekter. Hur informationen från dessa källor vägs samman bestäms av det nationella och lokala sammanhanget, som till exempel lagstiftning, riktlinjer och tillgängliga resurser (9). Utan vetenskaplig kunskap om interventioners effekter minskar möjligheterna att hjälpa klienter och innebörden av en evidensbaserad praktik urholkas.

Inom medicinen finns mer än 156 miljoner publicerade vetenskapliga artiklar. Av dem är ungefär 500 000 så kallade randomiserat kontrollerade utvärderingar av interventioner (10). För all annan människovårdande verksamhet (exempelvis, socialt arbete, psykoterapi, brottsförebyggande arbete och pedagogik) uppskattas antalet randomiserat kontrollerade studier till cirka 10 000 år 2009 (11).

Syftet med den här rapporten är att inventera förekomsten av svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner.

Intervention

Termen intervention används som ett samlingsbegrepp för åtgärder, behandlingar, metoder och insatser. Några kännetecken på en intervention är att den (1) är en medveten åtgärd för att åstadkomma en förändring, (2) syftar till att uppnå ett visst mål för en person, familj, skola eller ett samhälle (t.ex. minska eller förebygga psykiska eller sociala problem), (3) sammanfattas i

form av en skriftligt eller muntligt överförbar kunskap, samt (4) görs tillgänglig genom utbildning, undervisning, handledning eller självstudier (2).

Effektutvärdering

Effektutvärderingar är forskning om (1) interventioners effekter, (2) som beskriver resultatet av dessa interventioner, (3) som har fokus på de berörda personernas förbättrade hälsa och psykosociala situation och (4) som genomförs för att användas som vetenskapligt underlag för beslut som fattas av dem som deltar i vård och omsorg (2). Viktiga frågeställningar är om en intervention är bättre eller sämre än ingen intervention och om en viss intervention är bättre eller sämre än en annan. Andra frågeställningar är om mängden behandling är relaterad till effekterna samt om effekterna av en intervention motiverar kostnaderna.

Eftersom effektutvärderingar kopplar den vård och omsorg som människor får till effekter får de en nyckelroll i processen att utveckla, övervaka och förbättra kvaliteten i vård och omsorg. En effektutvärderings syfte är att ge kunskap om vilken intervention som fungerar bäst för personer med ett visst problem och under vilka omständigheter. Det ger kunskap som professionella kan använda för att fatta välgrundade beslut baserade på vetenskapliga fakta och skapar förutsättningar att ge rätt intervention till rätt klient, vid rätt tillfälle och med hänsyn till klientens individuella egenskaper.

Eftersom mänskligt liv innebär förändring är förändringen i sig inget bevis för att en intervention haft effekt, utan det måste göras troligt att förändringen beror på interventionen och inte på andra faktorer. Därför förutsätter effektutvärderingar någon form av jämförelse – vad hade hänt samma individer om de inte fått interventionen? I princip finns det två typer av jämförelsegrupper: de som får en annan intervention (alternativt flera andra interventioner) och de som inte får någon intervention (eller som står på en väntelista för att få interventionen vid ett senare tillfälle).

I allmänhet kräver effektutvärderingar upprepade mätningar, dels före interventionen, dels vid en eller flera uppföljningstidpunkter efter interventionen. Då blir det möjligt att avläsa storleken på förändringen. Även om dessa två kriterier uppfylls – jämförelsegrupp och upprepad mätning – garanteras inte trovärdiga slutsatser. En utvärdering måste också ha genomförts på ett sådant sätt att det görs troligt att det inte finns systematiska skillnader mellan de studerade grupperna före interventionen, att de utvärderade interventionerna genomförts som planerat, att eventuella avhopp av medverkande inte påverkat slutsatserna samt att resultaten mätts på ett trovärdigt sätt (12, 13).

Den design som ger bäst förutsättningar för trovärdiga resultat är randomiserat kontrollerade studier (eng. *randomized controlled trial*, RCT). Vid en sådan design minskar risken att de undersökta grupperna är olika redan från början. Väl genomförda icke-randomiserade utvärderingar (även kallade kvasiexperimentella) med statistisk kontroll av initiala skillnader kan också ge tillförlitliga resultat (14), även om risken ökar för att resultaten snedvrids (15).

Överförbarhet av evidensbaserade interventioner mellan länder

Många interventioner som har vetenskapligt stöd i ett land är effektiva även i andra länder. Det finns dock undantag (16). Ett exempel är *Intensive Case Management* (17) till personer med allvarliga psykiska funktionshinder. Bäst effekt ges i samhällen där den förebyggande öppenvården är dåligt utbyggd och slutenvården därför har större omfattning. I sådana samhällen kan en *Case manager* hjälpa klienten. I samhällen med en fungerande öppenvård ger en *Case manager* ingen tydlig skillnad.

Metod

Urval

Utvärderingar har medtagits om de uppfyllt följande kriterier:

- Utvärderingen är publicerad som teknisk rapport, examensarbete, avhandling eller peer-review granskad vetenskaplig artikel mellan 1990 och sista april 2012, alternativt är pågående (är finansierad eller har startat i form av datainsamling).
- Det är en randomiserad eller icke-randomiserad experimentell utvärdering där en viss intervention har implementerats och testats i försöksliknande eller ordinarie verksamhet.
- Interventionen har utvärderats med minst en jämförelsegrupp.
- De som fått interventionen har undersökts före och efter att interventionen getts. Det innebär minst två mättillfällen, där det senare skett efter att interventionen avslutats.
- Utvärderingen omfattar psykologiska eller sociala interventioner (ev. i kombination med medicinska eller farmakologiska).
- Interventionen är riktad till enskilda eller grupper av klienter med syfte att förbättra deltagarnas psykiska eller fysiska hälsa.
- Den vetenskapligt ansvarige tillhör ett svenskt universitet, högskola eller annan organisation verksam i Sverige.

Exempel på studier som kodats som effektutvärderingar är de som granskat effekterna av klientfokuserade stödinterventioner och färdighetsträning. Däremot ingår inte studier av utbildning av professionella eller av organisationsförändringar, såvida de inte relaterats till utfallsmått för klienter. Interventioner har endast medtagit som rör fysiska hälsa om interventionen omfattat psykologiska eller sociala interventioner.

Att en insats finns med innebär inte att den är bedömd som effektiv eller att utvärderingen håller hög vetenskaplig tillförlitlighet.

Sökprocedur

Sökningen efter effektutvärderingar har komplicerats eftersom det saknas ett nationellt eller lokalt register över dem. Vi gör därför inget anspråk på att ha identifierat samtliga effektutvärderingar som gjorts under den aktuella tidsperioden. Följande sökprocedurer har använts:

- Huvudsakliga sökord på svenska och engelska har varit *randomiserad kontrollerad, effekt, utvärdering, implementering, RCT, evidens*.

- Sökning på hemsidor till åtta vetenskapliga discipliner hos samtliga svenska universitet¹ och högskolor²: folkhälsovetenskap, kriminologi, omvårdnadsvetenskap, pedagogik, psykiatri, psykologi, socialt arbete och sociologi. Granskningen har omfattat dels publicerade, dels pågående studier.
- Sökning efter projekt som beviljats medel av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, Forskningsrådet Formas, ERC Europeiska Forskningsrådet, Vetenskapsrådet samt VINNOVA (samtliga 2005-2012), Brottsofferfonden (2003 – 2011).
- Sökning på följande hemsidor:
www.avhandlingar.se
www.cbti.se (Svenska institutet för kognitiv psykoterapi)
www.clinicaltrials.gov (USAs National Institute of Health öppna register över kliniska studier)
www.diva-portal.org/smash/search.jsf
www.evidens4u.se/
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
www.researchweb.org (tidigare www.fou.nu)
www.sanktlukas.se (Förbundet S:t Lukas utbildningsinstitut)
www.sapu.se (Stockholms akademi för psykoterapiutbildning)
www.sbu.se (Statens beredning för medicinsk utvärdering)
www.sofie8.se
www.studie.nu
www.uppsatser.se
www.orebroll.se/sv/Forskning/Forskningsomraden/PFC
- Utvärderingar har även identifierats genom tips från kontaktade forskare som själva genomfört eller genomför effektutvärderingar.

Kategoriseringar

Utvärderingarna har i första hand kodats utifrån publicerade rapporter eller projektplaner. När det rått osäkerhet eller där information saknats har i första hand den ansvarige forskaren kontaktats för kompletterande information. Det har främst gällt för det år studien inletts, om det handlat om en importerad intervention som utvärderats, om den genomförts som modell eller verksamhetsutvärdering samt hur utvärderingen finansierats.

¹ Göteborg, Uppsala, Karlstad, Linné, Lund, Mittuniversitetet, Stockholm, Umeå, Örebro,

² Ersta Sköndal Högskola, Högskolan i Borås, Högskolan Dalarna, Högskolan i Gävle, Högskolan på Gotland, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Jönköping, Högskolan Kristianstad, Högskolan i Skövde, Högskolan Väst, Malmö Högskola, Mälardalens högskola, Röda korsets högskola, Sophiahemmet högskola, Södertörns högskola, Vårdalinstitutet.

Start- och slutår. Startår definieras som det kalenderår som en utvärdering har fått sin finansiering säkrad, alternativt det år som datainsamlingen startat. Med slutår avses första år som resultat från utvärderingen publicerats, oavsett källa.

Finansiering. Information har medtagits om vem eller vilka som finansierat utvärderingen. Däremot har inte information inhämtats om summornas storlek, dels eftersom det i flera fall har varit svårt att få den informationen då lång tid gått, dels eftersom det finns problem att aggregera samtliga summor då en inte obetydlig andel kan förväntas vara ”osynlig” på grund av universitetens ordinarie finansiering av forskartjänster.

Ansvarig forskare. Avser den vetenskapligt ansvarige forskaren. I de fall det funnits flera författare har den vetenskapligt ansvarige ibland angetts i en fotnot (t.ex. när det handlar om en forskarstuderande). Om det inte framgått på annat sätt har försteförfattare kontaktats för ett klargörande.

Disciplin. Avser den vetenskapliga institution som den ansvarige forskaren tillhör. Det motsvarar inte nödvändigtvis den vetenskapliga disciplin som forskaren disputerat i. Utöver psykiatri och vårdvetenskap har medicinska discipliner sammanslagits i analyserna.

Målgrupp. Målgruppen har kodats som barn och ungdomar, vuxna respektive personer 65 år eller äldre.

Sakområde. Sakområde har kodats som socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola, kriminalvård, tandvård och försäkringskassa.

Problematik. Den problematik som interventionerna syftar till att behandla är svår att kategorisera, dels beroende på att de inklusions- och exklusionskriterierna som använts ibland är grova, dels eftersom det ofta handlat om flera parallella syften. Totalt identifierades 35 olika typer av problem (tabell 1).

Preventionstyp. Tre alternativ har använts: universell (för alla), selekterad (för riskgrupper) och indikerad (för dem som har problem).

Forskningsdesign. Forskningsdesign har kodats som randomiserad, där forskaren låter slumpen avgöra grupptillhörighet (intervention eller kontrollgrupp) respektive, icke-randomiserad, där försökspersonerna inte randomiserats.

Kontrollgrupp. Tre typer av kontroll(jämförelse)grupper har använts: standardbehandling som kan bestå av flera olika interventioner (eng *treatment as usual*); annan specificerad behandling; ingen behandling (inklusive väntelista där deltagarna fått den testade behandlingen efter eftermätningen).

Importerad intervention. Interventioner som utvecklats i ett annat land än Sverige kodades som importerad. Exempel på sådana är Multisystemisk

terapi, Funktionell familjeterapi, ACT och Mindfulness Based Stress Reduction. KBT betraktas i detta sammanhang inte som import.

Uppföljningstid. Antal månader mellan förmätning och längsta eftermätning.

Modellutvärdering eller utvärdering i ordinarie verksamhet. Modellutvärderingar avser studier där interventionen utvärderas under optimala förhållanden och där forskaren säkrar att den ges som avsett. Övriga utvärderingar genomfördes i ordinarie verksamhet, där de professionella bestämmer hur interventionen ska användas.

Publikationstyp. Utvärderingarna har kodats i fyra typer av publikationer: de som publicerats i en vetenskaplig tidskrift med peer-review-förfarande, tekniska rapporter, examensarbeten och avhandlingsmonografier.

Kategoriseraröverensstämmelse

Två av varandra oberoende granskare har kategoriserat 30 slumpvis valda effektutvärderingar. I samtliga fall är överensstämmelsen god. Det enda område som bör betraktas med viss försiktighet är typ av problematik.

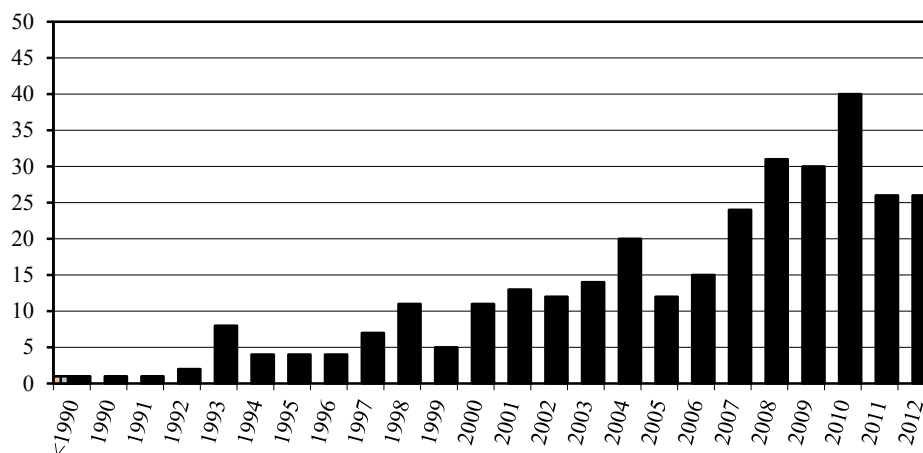
- Startår: $r = .99, p < .0001$
- Slutår: $r = 1.0, p < .0001$
- Finansiering (12 alternativ som analyserats separat): 90-100 procent, $Kappa = .80-.94, p < .01$
- Sakområde (6 alternativ): 90 procent, $Kappa = .84, p < .01$
- Disciplin (10 alternativ): 90 procent, $Kappa = .83, p < .01$
- Målgrupp (3 alternativ): 90 procent, $Kappa = .83, p < .01$
- Problematik (35 alternativ): 76 procent, $Kappa = .72, p < .01$
- Preventionstyp (3 alternativ): 90 procent, $Kappa = .83, p < .01$
- Forskningsdesign (2 alternativ): 90 procent, $Kappa = 0,78, p < .0001$
- Kontrollgrupp (3 alternativ): 97 procent, $Kappa = .95, p < .001$
- Import (2 alternativ): 90 procent, $Kappa = 0,78, p < .0001$
- Modellutvärdering (2 alternativ): 97 procent, $Kappa = 0,93, p < .001$
- Uppföljningstid: $r = .99, p < .0001$
- Publikationstyp (4 alternativ): 100 procent, $Kappa = 1.0, p < .0001$

Resultat

Fram till och med 30 april 2012 har 329 svenska effektutvärderingar identifierats. Utöver dem finns kunskap om sex utvärderingar som avbrutits på grund av svårigheter att rekrytera deltagare.

Den första svenska effektutvärderingen startade 1974. Som framgår av figur 1 ökar antalet nystartade effektutvärderingar mycket långsamt fram till och med 1999 då totalt 48 studier startats. Därefter sker ökningen snabbare. År 2004 har 70 utvärderingar tillkommit och det totala antalet var 118. Ytterligare fem år senare, 2009, har 112 nya utvärderingar startats med ett totalt antal av 230 studier. De följande 28 månaderna fram till och med april 2012 har 92 nya utvärderingar startats. Med samma ökningstakt kommer det att finnas cirka 500 utvärderingar i december 2015.

Figur 1. Startår för Svenska effektutvärderingar ($n=322$)³



Av de 329 effektutvärderingarna har 204 (62 procent) avslutats med någon form av rapport, medan 125 fortfarande pågick den 30 april 2012. Den första svenska effektutvärderingen publicerades 1994. Av de 204 avslutade har 156 (76 procent) avrapporterats i en vetenskaplig tidskrift med peer-review-förfarande⁴, 30 (15 procent) är tekniska rapporter⁵, 16 (8 procent) är examensarbeten i psykologi och tre är avhandlingsmonografier (två i pedagogik och en i socialt arbete). Eftersom flera av de tekniska rapporterna håller på att skrivas om för publikation i vetenskapliga peer-review tidskrifter kommer antalet peer-review publikationer förmodligen att öka med tiden.

De avrapporterade utvärderingarna tog i genomsnitt 54 månader ($sd=32$) att genomföra till första avrapportering⁶. Tiden varierade dramatiskt från

³ Information saknas om när sju utvärderingar startade.

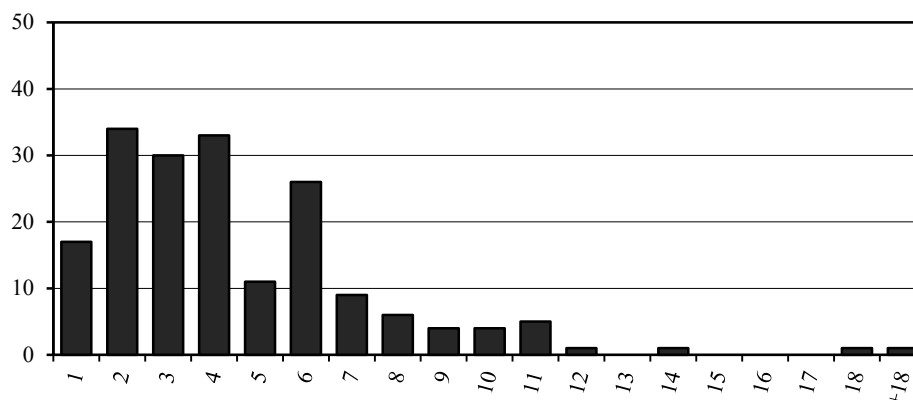
⁴ Anonym kvalitetsgranskning av andra forskare

⁵ Exempelvis FoU-rapporter, myndighetsrapporter och publikationer i universitetsinstitutioners rapportserier.

⁶ Efter att tre extremvärdena (14, 18 resp 28 år) exkluderats

mindre än ett år till 28 år (figur 2). Det fanns ett tydligt samband mellan startår och genomförandetid, $r(n=196)=-.53$, $p<.0001$; ju längre tillbaka i tiden studien startades, desto längre tid tog den att genomföra. Utvärderingar som startat före år 2000 tog i genomsnitt 77 månader, medan de som startat 2000-2004 tagit 59 månader i genomsnitt, $F(1,115)=12,51$, $p<.0006$. För båda dessa grupper var nästan samtliga utvärderingar avrapporterade (95 resp. 97 procent). Utvärderingar som startade 2005-2007 tog endast 43 månader. Den senare siffran kommer dock att öka tack vare att endast 76 av dem avslutats.

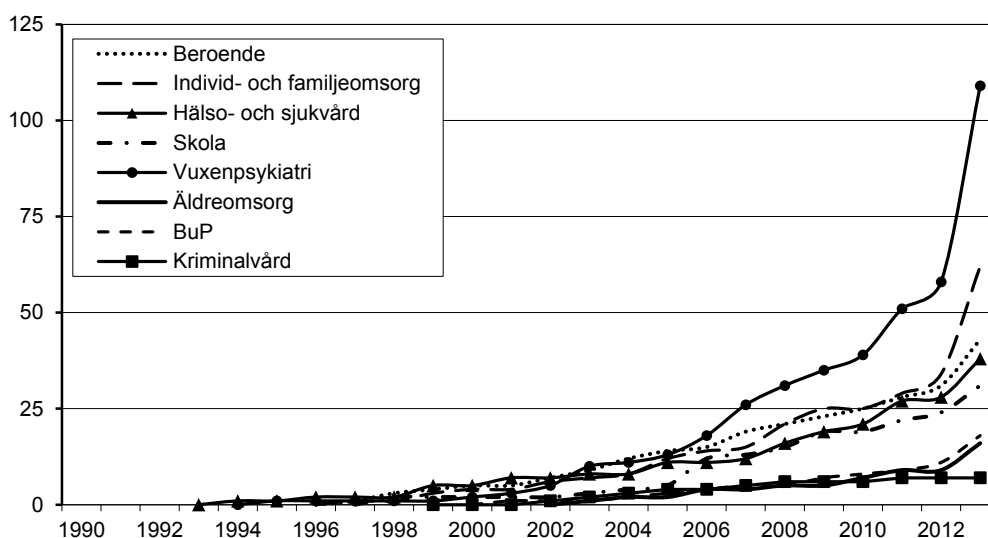
Figur 2. Genomförandetid i år ($n=198$).



Målgrupp och problematik

Av utvärderingarna (figur 3) behandlar 109 vuxenpsykiatri (33 procent), 63 socialtjänstens individ- och familjeomsorg (19 procent), 44 beroendevård (13 procent), 38 hälso- och sjukvård (11 procent), 18 barn- och ungdomspsykiatri (5 procent), 16 äldreomsorg (5 procent), sju kriminalvård (2 procent), tre försäkringskassan (1 procent) samt en tandvård. Om utgångspunkten tas i organisationstyp ansvarar landstinget för 50 procent av utvärderingarna, socialtjänsten 37 procent, skolan nio procent, kriminalvården två procent och försäkringskassan en procent.

Figur 3. Startår för effektutvärderingar uppdelat på olika sakområden ($n=322$)



Målgruppen var i 230 utvärderingar (70 procent) vuxna, i 82 utvärderingar (25 procent) barn och ungdomar, och i 17 utvärderingar (5 procent) äldre.

Den problematik som interventionerna syftar till att behandla är svår att kategorisera, dels beroende på att inklusions- och exklusionskriterierna som använts ibland är grova, dels eftersom det ofta handlat om flera parallella syften. Med denna reservation var den vanligaste gruppen av problem missbruk och beroende (inkl. spelberoende) (tabell 1). Av de totalt 62 utvärderingar stod alkohol för 47. Ångest och depression behandlades i 48 utvärderingar. Barn och ungas beteendeproblem, behandling av olika fobier och behandling av allmän psykisk ohälsa var också relativt vanliga.

Tabell 1. Huvudsakligt problem som utvärderingarna behandlade (n=329)

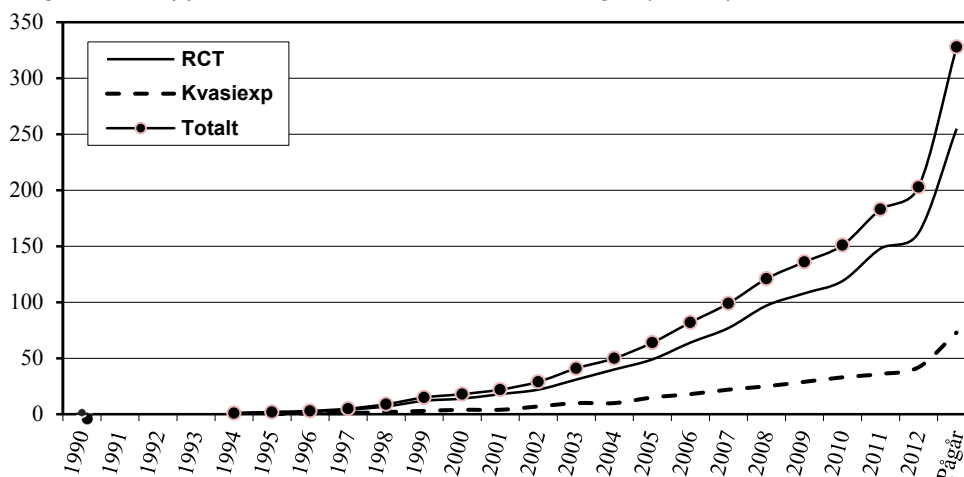
Huvudsakligt problem	Antal	Varav pågående
Beroende / missbruk (inkl spelberoende)	62	13
Depression och ångest	48	21
Ungas beteendeproblem (inkl ADHD, kriminalitet)	39	13
Olika fobier (inkl ätstörning, tvångssyndrom, fetma)	32	14
Psykisk ohälsa	24	15
Stress	13	5
Smärta (inkl ryggsmärta, tinnitus)	12	1
Äldres hälsa	11	4
Insomnia	11	6
Föräldraförmåga	8	4
Vuxnas kriminalitet	6	0
Psykos	6	2
Sjukskrivning	6	2
Kranskärslsjukdom	5	0
Våld i nära relationer	4	3
Minne och inlärning	4	4
Hemlöshet	3	3
Demens	3	1
Psykosomatiska problem	3	2
Socioemotionell kompetens	3	1
Sexuella beteenden	3	2
Suicidprevention	3	0
Post-traumatisk stress	3	0
Fallprevention äldre	2	0
Försörjningsförmåga	2	2
Prostitution	2	0
Irritable Bowl Syndrom	2	0
Övriga ⁷	8	6

⁷ Diabetes, ensamma äldre, hyperacusis, inkontinens, sammanbrott i placering av unga, tandläkar-rädsla, utmattningssyndrom, samt äktenskapsproblem.

Design

Av de 329 utvärderingarna är 255 (78 procent) randomiserat kontrollerade utvärderingar och övriga 22 procent icke-randomiserade med jämförelsegrupp (figur 4)⁸. Proportionen av randomiserade studier var något högre för vuxenpsykiatri (90 procent) och hälso- och sjukvård (87 procent) än övriga sakområden (66-78 procent), $\chi^2(6)=21,12 <.002$. Randomiserade utvärderingar hade oftare publicerats i peer-review tidskrifter ($n=162$, 81 procent) än icke-randomiserade ($n=42$, 57 procent), $\chi^2(1)=10,98 <.001$.

Figur 4. Avrapporterade svenska effektutvärderingar ($n=329$)



Den genomsnittliga tiden mellan för- och eftermätning (längsta) var 17 månader ($sd=16$). Totalt har 66 procent en uppföljningstid som motsvarar minst 12 månader. De vanligaste uppföljningstiderna var 12 månader ($n=93$), 24 månader ($n=48$), sex månader ($n=47$), 36 månader ($n=19$) samt tre månader ($n=16$). Det var inte någon statistiskt säkerställd skillnad i uppföljningstid mellan randomiserade och icke-randomiserade utvärderingar, $F(1,325)=2,47, p>.05$. Däremot var det längre uppföljningstid ($M=18,1$ månader) för peer-review publicerade studier än för övriga ($M=11,6$ månader), $F(1,203)=5,64, p<.05$.

Den vanligaste kontrollgruppen bestod av en annan aktiv intervention. Det förekom i 174 utvärderingar (53 procent), antingen som enda kontroll eller i kombination med en grupp som fått väntelista. Ordinarie behandling, som kan bestå av en rad olika interventioner, förekom i 103 utvärderingar (30 procent). Väntelista eller ingen behandling alls förekom 78 utvärderingar (24 procent). Enbart en väntelista eller ingen behandling förekom i 60 utvärderingar (18 procent). Eftersom det ibland fanns fler än en kontrollgrupp summerar antalet till mer än 100 procent.

Drygt hälften av utvärderingarna (55 procent) har kategoriserats som modellutvärderingar, det vill säga där interventionen utvärderas under optimala förhållanden och där forskaren säkrar att interventionen används som avsett ($n=179$, 55 procent). Övriga utvärderingar genomfördes i ordinarie

⁸ Information saknas för en utvärdering.

verksamhet, där de professionella bestämmer hur interventioner ska användas ($n=145$, 45 procent).

Intervention

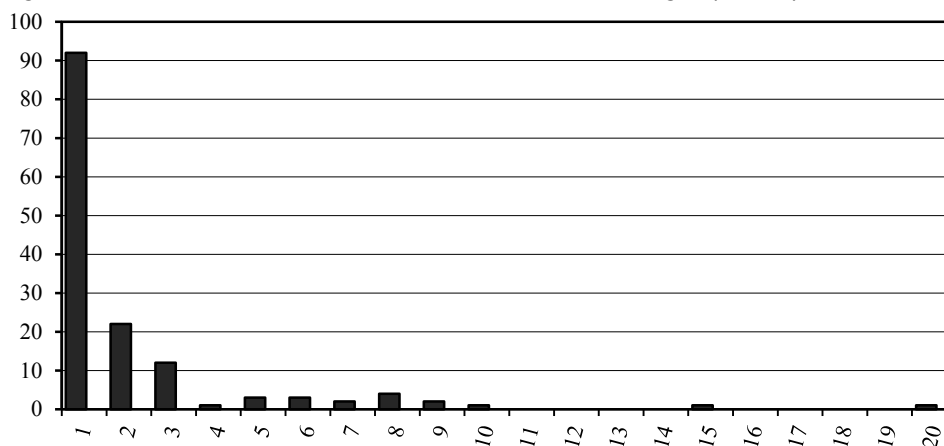
Av interventionerna vände sig 47 (14 procent) till en universell målgrupp, 67 till en selekterad (21 procent) och övriga 214 (65 procent) till en indikerad.

Av de 329 utvärderingarna avsåg 122 (37 procent) en intervention som utvecklats i ett annat land än Sverige. Exempel på sådana är Multisystemisk terapi, Funktionell familjeterapi, ACT och Mindfulness Based Stress Reduction.

Forskarna

Totalt finns 144 olika försteförfattare till utvärderingarna. De flesta har dock endast ansvarat för en studie ($n=91$), för två studier ($n=22$) eller tre ($n=13$). Det var bara 17 forskare som hade ansvarat för fem eller flera utvärderingar (figur 5).

Figur 5. Försteförfattares erfarenhet av effektutvärderingar ($n=328$)



Drygt hälften av utvärderingarna hade en försteförfattare som kom från disciplinen psykologi, 168 (51 procent). Forskare från någon medicinsk vetenskap ansvarade för 133 (41 procent) utvärderingar. Av dem kom 33 från psykiatri (10 procent), 16 från vårdvetenskap (inkl sjukgymnastik) (5 procent) och övriga 84 från en rad andra medicinska vetenskaper⁹ (26 procent). Sammanlagt 13 forskare kom från disciplinen socialt arbete (4 procent). Discipliner som var relativt ovanliga är sociologi, pedagogik respektive kriminologi ($n=4$ vardera), odontologi ($n=2$), samt lingvistik ($n=1$).

Forskarna representerade de flesta svenska universitet och högskolor (figur 6). Flest representerade Karolinska institutet ($n=76$), Lunds universitet ($n=44$), Uppsala universitet ($n=42$), Linköpings universitet ($n=34$), Örebro och Göteborg universitet ($n=20$ vardera), samt Stockholms universitet ($n=17$). För övriga universitet och högskolor¹⁰ varierade antalet mellan en och sju.

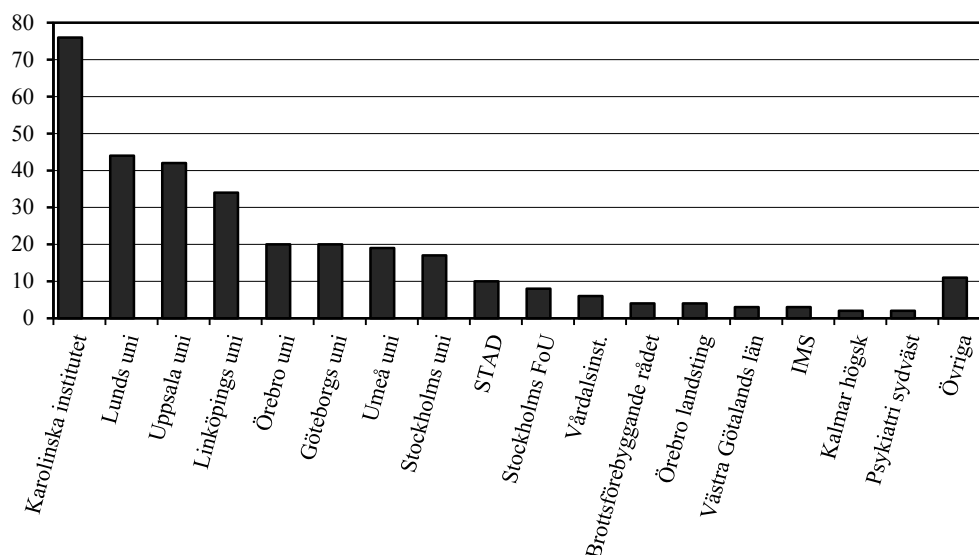
⁹ Inkl. idrottsmedicin, neurovetenskap, pediatrik, folkhälsovetenskap och socialmedicin

¹⁰ Borås högskola, Gävle högskola, Karlstad universitet, Kristianstad högskola, Linneuniversitetet,

Dessutom hade forskare från andra organisationer än universitet och högskolor ansvarat för 39 utvärderingar. Flest kom från STAD som finansieras av Stockholms landsting ($n=10$), samt den numer nedlagda Stockholms stads FoU-enhet ($n=8$). Övriga fördelade sig främst på olika landsting¹¹.

Av de 329 utvärderingarna hade 59 registrerats i Clinical Trials (18 procent).

Figur 6. Försteförfattares tillhörighet ($n=329$)



Finansiering

Det finns information om extern finansiering av 324 av 329 effektutvärderingar. I genomsnitt fanns 1,83 ($sd=1,53$) finansieringskällor (mellan 1 och 12). Närmare hälften (42 procent) hade minst två finansieringskällor och 19 procent hade tre eller fler finansieringskällor (tabell 2).

Av de 324 utvärderingarna hade 126 (39 procent) finansierats av något forskningsråd (varav 63 helfinansierade). Statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut) hade finansierat 94 utvärderingar vilket motsvarar 29 procent (varav 58 helfinansierade), kommuner och landsting 103 utvärderingar (32 procent) (varav 48 helfinansierade). Dessutom hade privata stiftelser eller fonder (t ex Allmänna barnhuset, Mentor Sverige) finansierat 70 (22 procent) (varav 20 helfinansierade). Eftersom det finns flera parallella finansieringskällor, summeras procentsatserna till mer än 100.

Malmö högskola, Nordiska folkhälsohögskolan.

¹¹ Brottsförebyggande rådet, FoU Sjuhärad, Psykiatri sydväst, Skellefteå lasarett, IMS/Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting, Uddevalla kommun, Uppsala läns landsting, Västra Götalandsregionens landsting, Västerbottens läns landsting samt Örebro läns landsting.

Tabell 2. Finansierare av utvärderingarna (n=324)

Finansiär	Antal
Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap/Socialvetenskapliga Forskningsrådet	49
Vetenskapsrådet	42
Socialstyrelsen	33
Vårdalstiftelsen	29
Socialdepartementet (inkl Mobilisering mot narkotika; Alkoholkommittén)	23
Statens folkhälsoinstitut	18
Statens institutionsstyrelse	10
Brottsförebyggande rådet	6
Forskningsrådsnämnden	5
Kriminalvården	5
Riksbankens jubileumsfond	5
Systembolagets råd för alkoholforskning	6
Formas	4
Brottsoffermyndigheten	3
Försäkringskassan	3
Utbildningsdepartementet	3
Allmänna arvsfonden	2
Cancerfonden	2
EU	2
Medicinska forskningsrådet	2
Vinvård	2
NIMH	1
Hjälpmiddelsinstitutet	1
Riskidrottsförbundet	1
Arbetarskyddsfonden	1

Multivariata analyser

Som sista steg undersöktes om det fanns faktorer som kunde förklara (1) om effektutvärderingen är (del)finansierats av ett forskningsråd, (2) om utvärderingarna publicerats i en peer-review tidskrift, samt (3) tid mellan start och första publicering. Elva prediktorer valdes: om det var en randomiserad effektutvärdering, startår för studien, om interventionen riktade sig till en indikerad målgrupp eller inte, om interventionen var importerad eller utvecklad i Sverige, om det var en modellutvärdering eller en utvärdering av ordinarie verksamhet, om problematiken behandlade missbruk, ångest eller depression, ungas beteendeproblem samt psykisk ohälsa mer generellt (tre dikotoma prediktorer) samt om den ansvarige forskaren kom från en psykologisk institution, en medicinsk eller socialt arbete/sociologi (tre dikotoma prediktorer). För analysen av publicering i peer-review tidskrift samt tid mellan start och första publicering användes även variabeln om studien var helt eller delvis finansierad av ett forskningsråd.

De två första analyserna genomfördes med logistisk stegvis regressionsanalys (SAS proc logistic). För genomförandetid användes en stegvis regressionsanalys (SAS proc phreg). För genomförandetid och publiceringsform utgjordes underlaget av 198 utvärderingar. För finansiering var antalet 317. Endast statistiskt signifikanta ($p < .05$) prediktorer har medtagits. Datas karaktär och analysform gör att resultaten ska tolkas med försiktighet och främst är hypotesgenererande.

Två prediktorer förklarade att studien helt eller delvis finansierats av forskningsrådsmedel: att studien var randomiserad (79 procents ökning när alla andra prediktorer hålls konstanta) och att den ansvarige forskaren kom från en medicinsk institution (55 procents ökning).

Tre prediktorer förklarade att studien var publicerad i en peer-review studie: att den var (del)finansierad av ett vetenskapligt forskningsråd (91 procents ökning), att det handlade om en indikerad prevention (82 procents ökning), samt att studien hade startat för länge sedan (10 procents ökning).

Tid från start till första publicering förklarades av fyra prediktorer: utvärderingen tog kortare tid ju närmare startåret låg nutid (betavikt = 0,13), när den ansvarige forskaren var en psykolog (betavikt = 0,27), när interventionen behandlade psykisk ohälsa mer generellt (betavikt = 0,61) samt när det handlade om en modellutvärdering (betavikt = 0,30).

Diskussion

En viktig del i en evidensbaserad psykosocial praktik är att det finns forskning om interventioners effekter. Utan effektutvärderingar saknas vetenskaplig vägledning för val av stöd och därmed ingen evidensbaserad praktik.

Granskningen visar att antalet effektutvärderingar av psykosociala interventioner ökat påtagligt för de flesta områden. Ökningen sker dock från en mycket låg nivå och där den första utvärderingen avrapporterades 1994. Denna ökning liknar i allt väsentligt den som skett internationellt (11). Även om antalet utvärderingar ökat är kunskapsbristen stor. Det kan åskådliggöras av Socialstyrelsens inventering av öppenvårdsinterventioner för att stödja barns psykiska hälsa (4); av 103 interventioner har endast en handfull ett visst vetenskapligt stöd. Det behövs också fler effektutvärderingar för att kunna testa överförbarhet av interventioner som utvecklats i en annan kontext än den svenska.

Utvärderingarna behandlar främst vuxenpsykiatri, socialtjänstens individ- och familjeomsorg, beroendeproblematik samt hälso- och sjukvård. Mindre vanliga är utvärderingar av interventioner inom barn- och ungdomspsykiatri, äldreomsorg, kriminalvård, försäkringskassan samt tandvård. Även om antalet ökat markant under senare år finns det områden som i stort sett saknar forskning. Dit hör för socialtjänstområdet bland annat effektutvärderingar om interventioner för att minska behovet av försörjningsstöd, våld i nära relationer, hemlöshet, samt interventioner riktade till äldre för att förebygga skador och öka deras välbefinnande.

Resultaten talar för att många utvärderingar håller hög vetenskaplig kvalitet. Av utvärderingarna var exempelvis 77 procent randomiserat kontrollerade. Andelen var ungefär lika stor för olika sakområden, vilket åskådliggör att det inte finns några praktiska hinder för randomiserade studier. Ungefär hälften var modellutvärderingar respektive utvärderingar i ordinarie verksamhet. Den genomsnittliga uppföljningstiden var 17 månader, varav två tredjedelar hade minst 12 månader mellan för- och eftermätning.

Totalt finns 144 olika försteförfattare till utvärderingarna. De flesta, två tredjedelar, har dock endast ansvarat för en studie. En slutsats är att det råder brist på erfarna effektutvärderare. Detta är ett problem som växer i takt med en ökad efterfrågan på välgjorda effektutvärderingar.

Denna inventering belyser problemen med finansiering. En dryg tredjedel (37 procent) hade fler än en finansieringskälla. Forskningsråd hade helfinansierat 20 procent och ytterligare 19 procent delvis. Det betyder att majoriteten av utvärderingarna har finansierats av statliga myndigheter, kommuner och landsting samt till en mindre del av privata stiftelser eller fonder.

Resultatens trovärdighet

Antalet identifierade effektutvärderingar är ett minimiantal. Det kan finnas fler utvärderingar som inte upptäckts i inventeringen. Det gäller främst pågående utvärderingar samt tekniska rapporter. Anledningen är avsaknaden av dels självklara dataregister, dels entydiga sökord.

Den insamlade informationen om effektutvärderingarnas kvalitet och innehåll bedöms hålla god kvalitet, dels tack vare den höga kategoriseraröverensstämmelsen, dels eftersom kompletterande information erhållits direkt från många av de berörda forskarna.

Det ska betonas att det inte gjorts någon analys av utvärderingarnas vetenskapliga kvalitet eller praktiska relevans, något som kräver ett omfattande arbete.

Behov av fler svenska utvärderingar

För att snabbt öka tillgången på svenska effektutvärderingar framstår tre faktorer som viktiga: (1) mer resurser riktade till effektutvärderingar; (2) fler forskare som har kompetens att genomföra effektutvärderingar; samt (3) högre akademisk status för forskare som gör effektutvärderingar.

Mer resurser till effektutvärderingar

Enligt flerstämmiga uppgifter är det svårt att finansiera effektutvärderingar, bland annat eftersom de ofta är relativt kostsamma; de kräver ofta längre tid att genomföra tack vare behov av en längre inklusionsperiod (för att få tillräckligt stora undersökningsgrupper), liksom att uppföljningstiden bör vara tillräckligt lång för säkra resultat (jfr. att två av tre hade minst ett års uppföljningstid). De sju effektutvärderingar av sociala interventioner som Vetenskapsrådet (VR) och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) beviljade under perioden 2005-2008 fick i genomsnitt 1 900 000 kr. Det är väsentligt mer än VR:s genomsnittliga projektbidrag under samma period som var 760 000 och FAS 1 400 000 (11). Även om dessa effektutvärderingar fått högre summor i genomsnitt behövs ofta särskilda resurser för att implementera den intervention som ska utvärderas och för att motivera socialarbetare att medverka. Det kan leda till att forskningsråden väljer bort dessa relativt sett dyrbara effektutvärderingar till förmån för mindre kostnadskrävande studier.

Om kommuner måste finansiera försöksverksamheter, vars värde är oklart, riskerar de att slösa bort skattemedel. För kommuner blir det då rationellt att låta andra kommuner finansiera nödvändiga försöksverksamheter för att i efterhand och utan kostnad utnyttja den vunna kunskapen. Detta "free rider-problem" behöver lösas antingen genom att forskningsråden också bidrar med medel till implementering eller att regeringen bidrar med särskilda medel för detta. Det senare sker också för vissa riktade områden där särskilda statsbidrag kan sökas (t.ex. våld i nära relationer).

Ett sätt att tillföra mer resurser till forskning om interventioners effekter är att öronmärka forskningsmedel till denna typ av studier. I den händelse av att det inte finns tillräckligt med ansökningar som uppfyller vetenskapliga

krav, kan resurserna lämpligen fonderas och överföras till nästa söktillfälle så att de kommer till användning för det som de är avsedda för.

Forskarkompetens för effektutvärderingar

En utmaning är att snabbt öka antalet svenska forskare med kompetens att bedriva effektutvärderingar. En inventering av tio års samtliga avhandlingarna från sju vetenskapliga discipliner (18) identifierade 1 402 avhandlingar. Av dem inkluderade endast fyra procent kontrollerade utvärderingar av interventioners effekter. Exempelvis var det endast tre doktorander som disputerat på avhandlingar som innehöll effektutvärderingar från den professionsanknutna disciplinen socialt arbete. Utan adekvat metodutbildning när det gäller att genomföra effektutvärderingar ökar risken för att resultaten av utvärderingarna blir utan värde. Idag finns flera exempel på svenska effektutvärderingar med oklart värde på grund av olika typer av misstag.

På sikt är det viktigt att fler doktorander tränas i effektutvärderingar inom ramen för sina doktorandarbeten. Förutsättningen för att utbilda doktorander är dock att det finns handledare som behärskar metodiken. En nyckeluppgift är således att fortbilda empiriskt verksamma forskare. Ett annat sätt att möta bristen på handledarkompetens är att göra det via tvärvetenskapliga institutioner där forskare från discipliner med större erfarenhet av effektutvärderingar ingår (t.ex. psykologi och medicin). Ett tredje sätt är ett internationellt utbyte som ger svenska forskarstuderande möjlighet att utbildas i länder som har den efterfrågade kompetensen.

På kortare sikt behöver seniora forskare ges möjlighet till fortbildning i metodiken för att göra effektutvärderingar.

Högre akademisk status

Mycket talar för att effektutvärderingar fortfarande har ett lågt akademiskt värde inom delar av svensk socialvetenskaplig forskning. Under flera decennier har stora delar av den svenska sociala och beteendevetenskapliga forskningen utgått från vetenskapsfilosofiska perspektiv som gynnar kvalitativ forskning och socialkonstruktivism. Denna nedprioritering av utbildning i avancerade kvantitativa forskningsdesigner och sofistikerade statistiska modeller är mycket olycklig.

En ibland framförd kritik mot effektutvärderingar är att de är problematiska. Ett uttalande i tidskriften *Socionom* våren 2009 av docent Verner Denvall, Socialhögskolan i Lund, belyser detta: "Den akademiska forskningen har som sin främsta uppgift att bedriva grundforskning /.../ Tillämpad forskning är problematisk för den akademiska forskningen generellt. Dels skapar den ett beroende mellan uppdragsgivare och forskare, vilket nästan dagligen uppmärksammas inom till exempel medicinsk forskning. Dels är inte resultaten som uppdragsgivaren vill ha direkt användbara för publicering i någon vetenskaplig tidskrift" (19).

Ett sätt att ändra värderingen av effektutvärderingar är att i större utsträckning använda internationella granskare av svenska ansökningar. Det för in andra perspektiv på denna forskning, exempelvis att det är ett högst legitimt forskningsområde som inte är mer problematiskt vad gäller akade-

misk frihet än andra studieobjekt. Det är också en väg som nu prövas inom ramen för FORMAS, FAS och VINNOVAs utlysning av forskningsanslag som rör barn och ungas psykiska hälsa.

Referenser

1. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren. Socialdepartementet; SOU (2008:18).
2. Sundell K, editor. Att göra effektutvärderingar Stockholm: Gothia.; 2012.
3. Greenwood P. Prevention and intervention programs for juvenile offenders: the benefit of evidence-based practice. . The future of children. 2008;18:11-36.
4. Socialstyrelsen. Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga – en nationell inventering av metoder Stockholm: 2009.
5. Beutler LE, Malik, M., Alimohamid, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E., editor. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change New York: Wiley; 2003.
6. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science. 2007;2:53-70.
7. Sundell K, Vinnerljung B. Goda intentioner kan vålla skada – om etik i socialt arbete. In: Jergeby U, editor. Evidensbaserad praktik i socialt arbete Stockholm: Gothia; 2008. p. 36-46.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
9. Jergeby U, Sundell K. Evidensbaserat socialt arbete. In: Jergeby U, editor. Evidensbaserad praktik i socialt arbete Stockholm: Gothia; 2008. p. 11-8.
10. Nordenström J. Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår. Stockholm: Karolinska institutet University press; 2009.
11. Socialstyrelsen. Svensk och internationell forskning om sociala interventioners effekter. Stockholm: 2011.
12. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. Prevention Science. 2005;6:151-75.
13. Higgins J, & Green, S. (Eds.). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 2009.
14. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin Company; 2002.
15. Glazerman S, Levy DM, Myers D. Nonexperimental versus Experimental Estimates of Earnings Impacts: American Academy of Political & Social Science. 63 p.
16. Ferreer-Wreder L, Sundell K. Utvärdering av importerade interventioner. . In: Sundell K, editor. Att göra effektutvärderingar Stockholm: Gothia; 2012. p. 205-22.
17. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. British Medical Journal. 2007;335:336-40.
18. Sundell K, Stensson E. Effektutvärderingar i doktorsavhandlingar. Stockholm: 2010.
19. Blomgren C. Forskning och praktik: två sidor av socialt arbete. Socionomen. 2009;1:20-5.