



**LUNDS**  
UNIVERSITET

SOCIALHÖGSKOLAN

# Lokal utvärdering av praktiken inom HVB för barn och unga

Jonas Nilsson & Leon Mansfeld

Kandidatuppsats SOPA63, HT 2021

Handledare: Malin Nilsson

Examinator: Lars Harrysson

# Abstract

Authors: Jonas Nilsson & Leon Mansfeld

Title: Local evaluation in residential care units for children and youth [translated]

Supervisor: Malin Nilsson

Assessor: Lars Harrysson

This essay investigates evidence-based practices in residential care units (RCU's) for children and youth in Sweden using a quantitative approach. It is based on Sackett's model of critical appraisal and focuses on evaluating performance in evidence-based interventions; as well as how evaluation practices correlate with assessing scientific evidence, good documentation routines, and RCU orientation. Our survey data contains answers from approximately one quarter of the targeted population. The main findings are that most RCU's are thorough or very thorough in evaluating performance, and that there are varying degrees of correlation with all three of the mentioned factors.

Keywords: evidence-based practice, critical appraisal, evaluation, auditing, documentation, residential care unit, RCU, HVB, EBI.

# Innehållsförteckning

Abstract.....	2
Innehållsförteckning .....	3
1 Inledning .....	6
1.1 Problemformulering .....	6
1.2 Syfte och frågeställningar .....	8
2 Bakgrund om HVB .....	9
2.1 Regelverken i korthet.....	9
2.2 Vård i HVB .....	10
3 Teoretisk utgångspunkt .....	12
3.1 Evidensbaserad praktik.....	12
3.1.1 Critical appraisal .....	12
3.1.2 Riktlinjemodellen.....	13
3.2 Begrepp.....	14
3.2.1 Evidens .....	14
3.2.2 Evidensbaserade metoder.....	15
3.2.3 Källor till kunskap .....	15
3.3 EBP omfattar mer .....	17
4 Kunskapsläget .....	18
4.1 Tidigare forskning .....	18
4.2 Brister i vården.....	18
4.3 Forskning om metoder .....	19
4.4 Kunskapsinhämtning.....	21
4.5 Dokumentation och utvärdering .....	22
4.6 HVB-hemmens antal .....	24
4.7 HVB-hemmens inriktning.....	25

5 Metod .....	27
5.1 Kvantitativ metod .....	27
5.2 Insamlingsmetod .....	27
5.3 Undersökningspopulation.....	28
5.3.1 Svarefrekvens.....	29
5.3.2 Bortfallsanalys .....	30
5.4 Statistiska mått .....	31
5.5 Operationaliseringar .....	32
5.5.1 Frågeställning 1 .....	32
5.5.2 Frågeställning 2 .....	33
5.5.3 Frågeställning 3 .....	34
5.5.4 Frågeställning 4 .....	35
5.6 Etiska överväganden .....	35
5.7 Arbetsfördelning.....	36
6 Resultat och analys .....	37
6.1 Utvärdering .....	37
6.1.1 Behandlingseffekter .....	37
6.1.2 Följsamhet .....	38
6.1.3 Behandlingskompetens .....	38
6.1.4 Grundlighet.....	39
6.2 Att läsa och värdera forskning .....	40
6.2.1 Källmaterial.....	41
6.2.2 Samband.....	42
6.3 Dokumentation .....	43
6.3.1 IT-dokumentationssystem.....	43
6.3.2 Egna bedömningar.....	44
6.3.3 Klientfaktorer .....	45
6.3.4 Goda dokumentationsrutiner.....	45
6.3.5 Samband.....	46
6.4 Verksamhetsinriktning.....	47
6.4.1 Självskattning.....	48
6.4.2 Samband.....	48

7 Diskussion .....	50
7.1 Förslag på vidare forskning .....	52
Referenslista .....	53
Bilaga 1: Enkät.....	59
Bilaga 2: Missivbrev .....	61
Utskick 2021-12-07 kl. 11:00 .....	61
Påminnelse 2021-12-14 kl. 00:00 .....	61
Tackbrev 2021-12-17 23:59 .....	62
Bilaga 3: Samtycke .....	63
Samtyckesformulär.....	63
Meddelande vid nekat samtycke .....	63
Bilaga 4: Indikatorer på EBP.....	64

# 1 Inledning

## 1.1 Problemformulering

Under senare årtionden har begreppen kunskaps- och evidensbaserad praktik (EBP) kommit att präglade socialpolitiken och socialtjänstens verksamheter. De fyller numera ett relativt stort utrymme i så gott som varje utredning, handbok eller verksamhetsbeskrivning och sannolikt även i socialarbetares vardag. Kort sammanfattat kan man säga att EBP är en modell för medveten och systematisk användning av olika kunskapskällor vid beslut om interventioner; nämligen bästa tillgängliga kunskap, professionell expertis och brukares erfarenheter och önskemål (SOU 2020:47, s. 522). I vidare mening kan EBP också beskrivas som en strategi för ökad brukarmedverkan, kunskaps- och kvalitetsutveckling, eller som en process som aldrig egentligen blir färdig (ibid. s. 521 ff).

Forskning om EBP lyfter inte sällan, att modellen är så svår att praktisera att den ständigt omtolkas och att det i grunden handlar om ekonomisk och politisk styrning (så kallad New Public Management, NPM). Ett exempel är Teres Hjärpes avhandling *Mätning och motstånd: Sifferstyrning i socialtjänstens vardag* (2020), som bland annat diskuterar hur *kvalitet* (och därav begrepp som kvalitetsutveckling) kan innebära olika saker. Å ena sidan finns professionsetiska behov av att veta att det man gör inte skadar och vilka arbetsmetoder som fungerar bra för olika ändamål. Å andra sidan finns byråkratiska och politiska behov av effektivisering och legitimitet, som kan uppfattas gå ihop med de professionsetiska eftersom båda vill leverera goda resultat. Sådana *kan* dock utgöras av ”pseudo-kvantiteter”, det vill säga mått som inte säger särskilt mycket om innehållet. Ett exempel är vilken examen någon har och hur länge man har arbetat med något som ett mått på kompetens. Man kan antaga att det ligger något i måtten, men det finns egentligen inget som säger att exempelvis två socionomer som arbetat lika länge med samma uppgifter är lika kompetenta.

Hjärpes avhandling visar genomgående hur mätning i stor utsträckning fokuseras kring prestationer och byråkratisk kontroll, snarare än uppföljning och utvärdering av arbetssätt, metoder och liknande. Samtidigt visar flera undersökningar att det finns ett stort intresse bland praktiker för den senare typen av kvalitetsfrågor. Ett exempel är den utredning som Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) gjort i samarbete med Statens

beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), med titeln *Prioriteringar för forskning om socialtjänsten – Perspektiv från brukare, policy och praktik* (Forte & SBU 2019).

Utredningen beskrivs som den mest omfattande inventeringen av forskningsbehov inom socialtjänsten som genomförts i Sverige (s. 13). Man har utgått från 159 forskningsfrågor vars prioritet kunnat skattas av allt från socialchefer till brukar- och intresseorganisationer, verksamhetsutvecklare och personal vid olika myndigheter och institutioner. Av de 10 frågor som rankas högst, handlar 5 om utredning, behandling och implementering; nämligen (s. 12):

- Hur tillförlitliga är standardiserade bedömningsmetoder när det gäller att bedöma klienters/brukares och/eller närståendes behov?
- Vilka effekter har befintliga och nya behandlingsmetoder/insatser för att behandla klienters/brukares behov/problem?
- För vilka problem/behov saknar socialtjänsten insatser?
- Vilka metoder kan användas för uppföljning av insatser?
- Hur kan socialtjänsten arbeta med implementering, utmönstring och införande av evidensbaserad kunskap?

Intresset framgår också i Socialstyrelsens senaste undersökning av kommunala enhetschefer syn på EBP, där 79% av cheferna uppger att de har ett *stort* intresse (Socialstyrelsen 2020b, s. 16ff). Samtidigt uppfattas bara 15% av nämndpolitikerna ha det och enhetscheferna anser också att kompetensnivån i förhållande till EBP är mycket låg bland medarbetarna, samt att det finns behov bland annat av nya metoder för att utvärdera personalens arbete och av kunskapsstöd (ibid.). Med utgångspunkt i den här lägesbilden menar Socialdepartementet att utvecklingen av EBP behöver stimuleras, genom nya förtydligande krav i socialtjänstlagen (SFS 2001:453, SoL) på att verksamhet ska bedrivas ”i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (SOU 2020:47, s. 531ff). Om det senare begreppet säger man:

Med *beprövad erfarenhet* avses kunskap som bygger på goda exempel där kunskaper från profession och brukare har synliggjorts, värderats och systematiserats genom uppföljning, dokumentation, kritisk granskning och spridning. Beprövad erfarenhet förutsätter att verksamheterna arbetar med systematisk uppföljning (s. 533).

Man vill också införa ett uttryckligt krav på uppföljning i SoL, eftersom man menar att de befintliga kraven på *god kvalitet* tydligen inte räcker för att uppnå den förbättring som EBP syftar till (s. 502f). Utredarna diskuterar särskilt området barn och unga samt hur Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn visat att ”det finns starka indikatorer på att kvalitetsarbetet inte fungerar tillfredsställande” (s. 503).

Problemen reflekteras även i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys omfattande utredning *Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga* (Vårdanalys 2016). Kartläggningen är omfattande och bygger på tillgänglig forskning, registerutdrag från myndigheter, en enkätundersökning som besvarades av cirka 40% av alla då verksamma hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga, samt intervjuer med experter, företrädare för kommuner, utförare, brukare och andra intresseorganisationer (s. 9, 169ff). I rapporten konstateras dels att möjligheterna för systematisk uppföljning brister såväl på individnivå, som när det gäller lokal uppföljning på gruppnivå och uppföljning på nationell nivå (s. 11, 150); dels att ”möjligheterna att mäta och följa upp HVB-vården brister, och att det är svårt att uttala sig om kvalitet utifrån de uppgifter som finns tillgängliga i dag” (s. 14).

Med utgångspunkt i den beskrivna problembilden, det intresse som finns, samt att inte heller vi lyckats hitta någon statistik om utvärderingspraktiker, tänker vi att en undersökning av sådana både berör ett angeläget ämne och kan tillföra något till det rådande kunskapsläget. Då utrymmet är begränsat, har vi valt att avgränsa undersökningen till HVB för barn och unga.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka lokala utvärderingspraktiker i hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga. Ett delsyfte är att undersöka skillnader i dessa praktiker utifrån faktorer som eventuellt kan påverka, nämligen vilken EBP-modell man utgår ifrån, hur väl man har dokumenterat sin praktik och vilken inriktning verksamheten har.

Frågeställningarna vi vill besvara är:

1. Hur grundligt utvärderar HVB för barn och unga de behandlingar som praktiseras i verksamheterna?
2. Är HVB där praktiker själva söker och värderar forskning, grundligare i sin utvärdering än HVB där man huvudsakligen arbetar utifrån andra kunskapskällor?
3. Är HVB som har goda dokumentationsrutiner i förhållande till utvärdering, grundligare i sin utvärdering än de HVB vars rutiner är sämre?
4. Är HVB som huvudsakligen utför behandling, grundligare i sin utvärdering än de som huvudsakligen utför omsorg?



## 2 Bakgrund om HVB

Hem för vård eller boende (HVB) är hem inom socialtjänsten som tillhandahåller behandling eller är inriktade på omsorg (omvårdnad, stöd, fostran, et cetera) i kombination med boende (jfr 3 kap. 1 § socialtjänstförordningen [SoF], SFS 2001:937). De utgör tillsammans med familjehem och stödboenden den så kallade sociala dygnsvården. Många HVB är inriktade på barns och ungas (0–20 år) behov av vård och fostran utanför det egna hemmet, men det finns också HVB för vuxna eller familjer. Barn och unga placeras på HVB antingen frivilligt (samtycke från vårdnadshavaren) med stöd av socialtjänstlagen (SFS 2001:453, SoL), eller genom tvång (utan samtycke) med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (SFS 1990:52, LVU). 78% av de heldygnsinsatser som gavs till barn och unga under 2019 var beslutade enligt SoL (Socialstyrelsen 2020d).

### 2.1 Regelverken i korthet

Enligt SoL och LVU är det socialnämnden som har det övergripande ansvaret för placeringar och för vårdens kvalitet. Den tillståndsplikt som föreligger för privatägda HVB innebär att de dessutom arbetar under IVO:s tillsyn, medan offentliga HVB förutsätts vara väl förtrodda med de krav som ställs på verksamheten (SOU 2014:3, s. 120). I båda fallen gör IVO så kallade frekvenstillsyner och inspektioner där man kontrollerar att verksamheterna följer regelverken (Vårdanalys 2016, s. 133; SOU 2014:3, s. 129f). Utöver SoL, SoF och LVU inkluderar dessa bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd:

- ... om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende (SOSFS 2012:11)
- ... om hem för vård eller boende (HSLF 2016:55)
- ... om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård (HSLF-FS 2017:79)
- ... om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ... om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)

Regelverken hänger ihop och kompletterar varandra. Det ligger utanför den här uppsatsens ramar att ge en fördjupad bild av innehållet, men vi vill nämna några krav som relaterar till EBP och uppsatsens frågeställningar. Till exempel framgår av 3 kap. 3 § HSLF-FS 2017:79

att handläggare ska ha förmåga att göra bedömningar med hänsyn till relevanta vetenskapliga aspekter. Av 3 kap. 3 § HSLF 2016:55 framgår att den som beslutar om inskrivning på ett HVB särskilt ska beakta hur personens behov av vård kan tillgodoses med hänsyn tagen till de arbetssätt och metoder som hemmet använder och personalens kompetens; samt av 4 kap. 1 § att de arbetssätt och metoder som används i ett HVB ska vara relevanta i förhållande till den målgrupp som hemmet är avsett för, baserade på bästa tillgängliga kunskap och utformade med respekt för enskildas personliga integritet. Av SOSFS 2011:9 framgår av 3 kap. att den som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem och att detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet; samt av 2 kap. att kvalitet innebär att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

## 2.2 Vård i HVB

I LVU-utredningens delbetänkande *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga* (SOU 2014:3, s. 252) står att begreppet vård bör ses som ett samlingsbegrepp för placeringsalternativ med olika innehåll, nämligen:

- *Omvårdnad* (och det närliggande *omsorg*) som avser ”att individen får direkt hjälp att tillgodose sina fysiska, psykiska och sociala behov, exempelvis mat, personlig hygien, sociala aktiviteter, fritidssysselsättningar, kontakt med anhöriga och andra närstående”.
- *Fostran* som avser ”vägledning och uppfostran, dvs. såväl gränssättning som positiv bekräftelse från i första hand en förälders/föräldraersättares sida”.
- *Tillsyn* som avser ”att hålla uppsikt så att individen inte skadar sig själv eller andra”.
- *Stöd* som innebär ”vägledning i den dagliga livsföringen så att individen utvecklas mot allt större självständighet”.
- *Behandling* som avser ”åtgärder för att komma till rätta med eller minska ett eller flera identifierade problem hos individen ... [exempelvis] normbrytande beteende, relationer och samspelsmönster”.

När det gäller vårdens kvalitet, säger SoL 6 kap. 1 § att den ska vara ”god” och att den bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön. SoL 6 kap. 7 § anger vidare att socialnämnden ska medverka till att placerade barn får god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden, lämplig utbildning och den hälso- och sjukvård som de behöver.

I LVU-utredningens slutbetänkande *Barns och ungas rätt till skydd och god vård* (SOU 2015:71, s. 200ff) förs en diskussion om begreppet ”god vård”. Med hänvisning till SOSFS 2012:11 och föräldrabalken (SFS 1949:381), sägs att det är viktigt att vården präglas av stabila och förutsägbara förhållanden, av tillitsfulla relationer mellan de placerade barnen och vuxna i deras omgivning, samt frånvaro av missförhållanden som övergrepp, kränkande behandling, fysisk och psykisk försummelse. Det här gäller naturligtvis alla barn, men för placerade barn bör det tas i beaktande att barnets tidigare uppväxt ofta har präglats av instabila förhållanden och avbrutna relationer (SOU 2015:71, s. 202). Oavsett lagrum, men särskilt när tvång är inblandat, är också placeringen *i sig* enormt genomgripande för ett barn och kan i värsta fall kännas som att sitta i fängelse, vilket ställer stora krav på olika yrkesverksamma (Gušić *et al.* 2019; Socialstyrelsen 2020c).

# 3 Teoretisk utgångspunkt

## 3.1 Evidensbaserad praktik

Begreppet *evidensbaserad praktik* kommer ursprungligen från klinisk medicin (EBM) och betyder: medveten och systematisk användning av evidens (vetenskapliga bevis) i klientnära arbetsprocesser (Satterfield *et al.* 2009). Grundtanken bakom begreppet brukar härledas till läkaren Archie Cochrane, som bland annat sagt att ”eftersom resurserna alltid kommer att vara begränsade ska de av rättviseskäl användas till den hälso- och sjukvård som har visat sig vara effektiv i fullgoda vetenskapliga utvärderingar” (Levinsson 2013, s. 23). Begreppet har spridit sig från medicinen (EBM) till socialt arbete och skolan som evidensbaserad praktik (EBP), till psykologi (EBPP) och till vård och omsorg (EBV) (Satterfield *et al.* 2009).

När vi kallar evidensbaserad praktik för en teoretisk utgångspunkt, menar vi att EBP är ett vanligt förekommande koncept som vilar på teoretiska antaganden om att metoder och arbetssätt med framför allt empiriskt vetenskapligt bevisade effekter kan och bör implementeras i exempelvis socialt arbete (Avby 2015, s. 20f; se även Lundström *et al.* 2020). EBP utgör därigenom grunden för det vi vill undersöka, nämligen utvärdering av behandlingar. EBP är även en i sig teorineutral modell (eller snarare flera) för hur forskning och praktik kan närma sig varandra, med mera (Avby 2015, 38ff).

Två modeller är vanligt förekommande och kallas ibland också för huvudlinjer i hur EBP ska tolkas (Nykänen 2017; Avby 2015; Drisko & Grady 2015; Denvall & Johansson 2012). Den ena modellen, som kallas ”critical appraisal” (kritisk värdering), förhåller sig till EBP som en beslutsprocess (EBID, evidence-based individual decision making); och den andra som kan kallas för en rational choice- eller best practice-modell (på svenska riktlinjemodellen) förhåller sig till EBP som riktlinjer (EBG, evidence-based guidelines) (*ibid.*).

### 3.1.1 Critical appraisal

Läkaren och EBP-pionjären David Sacketts modell för ”critical appraisal” (kritisk värdering) brukar beskrivas som den ursprungliga och strikta EBP-modellen. Den går ut på att varje praktiker själv, i varje enskilt fall, integrerar tre kunskapskällor i syfte att uppnå ett så bra beslutsunderlag och resultat som möjligt; nämligen *evidens* (bästa tillgängliga vetenskapliga

faktaunderlag), *expertis* (professionella erfarenheter) och *klientfaktorer* (klientens erfarenhet, behov och önskemål; brukarens preferenser) (Avby 2015, s. 22; SBU u.å.). Modellen finns i olika versioner, där den senaste från Socialstyrelsen (2020b, s. 10) ser ut så här:

1. Den professionelle identifierar personens problematik och formulerar behovet av vidare information som en fråga som går att besvara.
2. ... söker efter bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan.
3. ... värderar den kunskap som finns, avseende tillförlitlighet och användbarhet.
4. ... integrerar kunskapen med den berörda personens unika förutsättningar och önskemål samt balanserar och integrerar all information i beslutsfattandet.
5. ... följer upp individen och den föregående processen.

Sackett menade att modellen ökar läkares möjligheter att göra objektiva bedömningar och ge god vård, eftersom de kommer att ha uppdaterade kunskaper och vara friare från inflytande av chefer eller andra högre upp i sjukhushierkin (Sackett *et al.* 1996). Han poängterade också att EBP förutsätter grundlig dokumentation för att processen ska kunna utvärderas (*ibid.*).

### 3.1.2 Riktlinjemodellen

Critical appraisal-modellen uppfattas ibland som orealistisk, eftersom praktiker kan sakna kompetens eller resurser att värdera (ofta tvetydig) forskning (Bergmark & Lundström 2011; Nykänen 2017). Då förordas istället en så kallad riktlinjemodell, där praktiker förlitar sig på kunskapssammanställningar (systematiska litteraturöversikter) och riktlinjer från exempelvis myndigheter (såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer) och/eller metodutvecklare inom den egna organisationen, samt på att följsamt utföra standardiserade metoder med bevisade effekter (Avby 2015, s. 22; Levinsson 2013; Socialstyrelsen 2020a, s. 11).

En sådan modell kan dock uppfattas som att den undergräver praktikers autonomi och bidrar till styrning av vad som ska betraktas som evident kunskap (Lundström & Shanks 2013; Topor 2006). Ett minskat utrymme för praktikers expertis och för klienters kunskaper och erfarenheter, kan i förlängningen leda till minskad motivation och kompetensutveckling, samt ökad grad av tjänstefel/maktmissbruk (Finne 2021; Nykänen 2017). Det kan också leda till minskad transparens och kontroll av forskningsresultat eftersom riktlinjerna kommer från avsändare med stor auktoritet (Bergmark 2007).

## 3.2 Begrepp

### 3.2.1 Evidens

Evidens betyder bevis (från latinets *evidentia* som betyder tydlighet), det vill säga ”något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller” (SBU u.å.). I EBP-sammanhang betyder det ett vetenskapligt underlag/bevisläge (SBU 2020a). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har två definitioner i förhållande till EBP:

- ”forskningsresultat som är systematiskt sökta, relevans- och kvalitetsgranskade och sammanvägda” (SBU 2020a)
- ”det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra ’bästa tillgängliga bevis’ i en viss fråga” (SBU u.å.)

Vad som utgör evidens beror alltså på vilken fråga man ställer. Ett bevis är ett bevis *för eller emot något*, det vill säga som understödjer eller förkastar en hypotes (antagande om verkligheten som kan prövas och som principiellt är möjligt att motbevisa); till exempel hur ett statistiskt samband ser ut eller vilken effekt en behandlingsmetod har för en viss population. Data (fakta, narrativ et cetera) är inte bevis i sig själva, men kan bli (eller göras till) bevis i relation till en forskningsfråga (Avby 2015, s. 18).

Vid avsaknad av evidens föreligger en vetenskaplig kunskapslucka (SBU 2020a).

Evidens har olika styrka (grad, tillförlitlighet, giltighet) beroende på olika förstärkande eller försvagande påverkansfaktorer (SBU u.å.); till exempel:

- Bias (snedvridning, hur stor risken är för systematiska fel i studierna)
- Samstämmighet (hur mycket olika studier motsäger varandra)
- Överförbarhet (i vilken grad förhållandena i studier överensstämmer/skiljer sig från den aktuella frågan)
- Precision (hur stor den statistiska säkerheten är)
- Publiceringens kvalitet (i förhållande till bias)

Det finns väl utarbetade standarder för hur man kan/bör undvika evidensförsvagande faktorer, men det ligger utanför den här uppsatsens ramar att närmare återge dem (se vidare Gottfredsson *et al.* 2015).

### 3.2.2 Evidensbaserade metoder

En evidensbaserad metod är en strukturerad och manualbaserad bedömningsmetod (instrument) eller behandlingsmetod (intervention, program) som i någon grad har bevisats vara effektiv i förhållande till ett givet problem och i en given kontext (Socialstyrelsen 2018; SBU u.å.). Evidens ger alltså skäl att förvänta vissa resultat (utfall, effekter) om metoden används i enlighet med manualen (vilket kallas metod-/programtrogenhet).

Med *instrument* menas ett verktyg som möjliggör, underlättar eller preciserar registrering av observationer och som innefattar en eller flera skalor (konstruktioner för att systematiskt och entydigt kunna registrera observationer av en företeelse som varierar) (SBU u.å.).

Med *intervention* menas en insats eller behandlingsåtgärd som syftar till att åstadkomma en specifik förändring, såsom att förebygga eller behandla olika problem hos en klient (SBU 2016, s. 74; SBU u.å.).

Med *program* menas att en intervention bygger på en teoretisk modell för förändring (programteori); det vill säga som belyser vilka problem eller färdigheter som ska förändras (problemteori), hur det ska göras, vilka roller olika aktörer har och när förändringen sker (Bergström 2020). Till exempel bygger många av de program som används inom institutionsvård på kognitiv beteendeträning och/eller social inlärningsteori (SBU 2016, s. 20).

### 3.2.3 Källor till kunskap

Inom EBP kallas en av kunskapskällorna ofta för *bästa tillgängliga kunskap* snarare än evidens, vilket syftar på att det inte alltid finns vetenskapliga underlag för effekter av interventioner (Socialstyrelsen 2020a, s. 12). Man kan söka vetenskaplig kunskap till exempel i primärforskning eller systematiska översikter. Men när användbar sådan saknas kan bästa tillgängliga kunskap vara exempelvis riktlinjer eller lokalt producerad kunskap från systematiska uppföljningar och utvärderingar.

*Systematisk uppföljning* är att löpande beskriva och mäta enskilda klienters problem och behov, insatser och resultat (individuell uppföljning), samt att sammanställa och analysera informationen på gruppnivå som underlag för ledning och kvalitetsutveckling (man talar då om verksamhets-, regional eller nationell uppföljning) (Socialstyrelsen 2014, s. 7ff). För

systematisk uppföljning krävs att det som mäts definieras och konkretiseras noggrant, att man mäter på ett tillförlitligt sätt och med lämpliga intervall (inte bara före och efter utan även under en insats, om det är meningsfullt), samt att informationen registreras i ett och samma IT-system med väl definierade variabler (Zimic 2019, s. 41ff; Socialstyrelsen 2014, s. 13ff). Den kunskap som genereras genom systematisk uppföljning brukar benämnas *beprövad erfarenhet* (SOU 2020:47, s. 533).

Det går inte att dra slutsatser om orsaken till förändringar hos enskilda klienter utifrån systematisk uppföljning, utan för det krävs vetenskapliga *effektutvärderingar* (Socialstyrelsen 2014, s. 13). En sådan mäter effekter (utfall, som kan vara önskad eller oönskad, förväntad eller oväntad) av en intervention, jämfört med effekter av en annan intervention (kontrollen) (SBU 2020a, u.å.). Det är då viktigt att innehållet är tydligt specificerat, vilket innefattar en så kallad processutvärdering där man mäter *behandlingsintegritet* (eller behandlingstrohet, metodtrogenhet); det vill säga behandlarens sätt att genomföra interventionen. Den har (minst) två dimensioner, dels *följsamhet* som innebär att man har följt manualen, dels *kompetens* som innebär att man har gjort det på ett skickligt sätt. Följsamheten är inte beroende av klienten eller i vilket sammanhang en behandling sker, till skillnad från kompetens som handlar om de kontextuella anpassningar som behandlaren gör, till exempel till klientens livssituation (Forster & Ogden 2012, s. 273, 292).

För vissa behandlingsformer finns det etablerade instrument och procedurer för att mäta behandlingsintegritet; till exempel The Therapist Behavior Rating Scale (TBRIS) och Fidelity of Implementation Rating System (FIMP), CTACS för kognitiv beteendeterapi (KBT), PACS-SE för psykodynamisk terapi (PDT), MITI för motiverande samtal (MI), TAM för multisystemisk terapi (MST) et cetera. De är ofta att föredra framför egna mätinstrument eftersom de är accepterade och beprövade (Forster & Ogden 2012, s. 294). För andra behandlingar saknas det sådana och då får man utveckla dem själv genom att noga studera behandlingsmanualen och reflektera över vad som ska mätas.

En *systematisk litteraturöversikt* (eller kunskapssammanställning) är en sammanställning av resultat från vetenskapliga undersökningar som med systematiska och tydligt beskrivna metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad forskningsfråga (SBU 2020a). Systematiska litteraturöversikter innehåller ofta en *metaanalys*, som är en statistisk analysmetod för att väga samman resultat från primärstudier av samma



diagnosmetod, behandling eller intervention i syfte att ge ett sammanvägt resultat (SBU 2020a). För en närmare genomgång av metoderna, se SBU:s metodhandbok (ibid.).

*Riktlinjer* (såsom Socialstyrelsens nationella riktlinjer) är kunskapsstöd, vägledning och rekommendationer för beslutsfattare, som är framtagna utifrån forskning och beprövad erfarenhet och visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder (Socialstyrelsen 2018).

### 3.3 EBP omfattar mer

Den här uppsatsen fokuserar på lokal utvärdering av behandlingar, vilket är *en* angelägen del av EBP men långt ifrån den enda. Det kanske verkar trivialt, men vi vill ändå bara ha det sagt att vi visserligen utforskar EBP, men alltså bara delar av den.

EBP handlar i stor utsträckning om kritiskt tänkande, transparens och ökad delaktighet, inte minst för klienter (Avby 2015, s. 76f; Socialstyrelsen 2020a, s. 15ff). Eileen Gambrill, som är psykolog och professor i socialt arbete vid Berkeley, säger exempelvis att:

The philosophy and process of EBP as described by its originators is a deeply participatory, antiauthoritarian paradigm that encourages all involved parties to question claims about what we know. It pits Socratic questioning against those who prefer not to be questioned and who resort to a time-tested array of strategies to deflect questions. These include attitudes such as we are doing it for you, we know better, we have more experience, and this is too difficult for you to learn. Where is there a more intense clash than between those who think they have a right not to be questioned and those who question? (Gambrill 2006, s. 352).

I Bilaga 4 finns ett antal indikatorer på EBP som är hämtade från Gambrill (2006, s. 343) och som vi tänker ger en mer komplett bild av EBP än 5-stegsmodellen i föregående avsnitt.

# 4 Kunskapsläget

## 4.1 Tidigare forskning

Vi har sökt tidigare forskning via Lunds universitetsbiblioteks söktjänst LUBSearch och Google Scholar, med kombinationer av söktermerna: HVB, dygnsvård, evidensbaserad praktik, dokumentation, uppföljning, utvärdering, Sverige, kvantitativ (samt dess engelska motsvarigheter). Vi har också sökt publikationer direkt hos myndigheter som Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Konkurrensverket, Statskontoret, Barnombudsmannen, med flera.

Genom att först ha identifierat ett antal relevanta artiklar och rapporter, samt därefter följt upp den forskning som de refererar till, är några generella slutsatser att:

- det saknas forskning som besvarar våra frågeställningar
- det är ont om forskning kring den svenska sociala dygnsvården
- den forskning som mera direkt berör våra frågeställningar tenderar att referera till samma artiklar och/eller rapporter

Vi kommer nu att sammanfatta några områden med relevans för vår undersökning och som i hög grad har påverkat våra tankar i utformningen av den.

## 4.2 Brister i vården

Trots de många krav som följer av regelverken – varav många handlar om kvalitetsutveckling, dokumentationsplikt och klienternas delaktighet – visar IVO:s senaste granskningsrapport av HVB för barn och unga, att enbart 74% av flickor och 81% av pojkar upplever att de alltid eller ofta får den behandling eller det stöd som de behöver (IVO 2021a, s. 34). Andelen uppges vara lägre bland barn som är 14 år eller yngre, men några siffror redovisas inte (s. 35). Det finns också återkommande brister i socialtjänstens handläggning (s. 37); däribland att:

- Socialtjänsten placerar barn utan föregående utredning och/eller beslut.
- Socialtjänsten gör inte barn delaktiga i utredningar som rör dem och deras åsikter klarläggs inte inför beslut.

- HVB och stödboenden brister i inskrivningen av barn och unga i verksamheterna, bland annat genom bristande lämplighetsbedömningar.
- Vård- och genomförandeplaner för placerade barn brister eller saknas helt.
- Det förekommer otillåtna tvång- och begränsningsåtgärder.
- Socialtjänsten brister i sitt ansvar att dokumentera handläggningen, utförandet och uppföljningen av insatser.
- Socialtjänsten utreder inte uppgifter om våld och bedömer inte risken för fortsatt våld.
- Socialtjänsten begränsar föräldrars umgänge med sina placerade barn och unga utan att det finns lagstöd.

Rapporten *Får barn som bor på HVB tillräckligt stöd av socialtjänsten?* (IVO 2018) baseras på en granskning av socialtjänstens uppföljningar i 50 kommuner över hela landet under 2017. I den framkommer att i snitt 43% av de placerade barnen inte har en genomförandeplan som visar hur insatser ska genomföras och följas upp, samt att de planer som är upprättade ofta har stora brister (s. 15ff). Det är också vanligt med andra brister i uppföljning, såväl att den inte sker inom lagstadgade intervall, som att barnen inte får komma till tals eller att nämnden inte beaktar behov av förändrade insatser (ibid.). IVO konstaterar därför att socialtjänsten inte tillgodoser barns och ungas rättigheter i tillräcklig utsträckning; samt att ”kommunerna behöver använda sig av strukturer för spridning av kunskap på ett bättre sätt och mäta och *utvärdera* effekten av åtgärder” (s. 27, vår kursivering).

### 4.3 Forskning om metoder

I artikeln *Om vikten av att socialarbetare kan värdera en insats för barn i social dygnsvård* skriver Martin Bergström (2020) att det går att ifrågasätta om socialarbetare har möjlighet att å samhällets vägnar ansvara för att placerade barns behov blir tillgodosedda; i och med att i stort sett *ingen* av de många interventioner som erbjuds inom den traditionella svenska sociala dygnsvården har blivit effektutvärderad, vilket betyder att det osäkert om de har positiv, negativ eller ingen verkan (s. 67ff). Det kan vara rimligt att generalisera forskningsevidens för en intervention till en icke-forskningsunderstödd intervention, men för att kunna det behöver socialarbetaren vara väl förtrogen i en interventions problemteori och programteori (ibid.). Hen förväntas också undersöka om den som erbjuder en specifik insats har personal med relevant utbildning i metoden, samt knyter handledning till utförandet eller garanterar programtrogenhet på annat sätt (ibid.). Förväntningarna är rimliga ur ett moraliskt perspektiv, men kan samtidigt vara överväldigande.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har gjort ett fåtal utvärderingar av kunskapsläget kring barn och unga i institutionsvård, som sammanfattas i skriften *Utsatta barn och unga: Bättre metoder för stöd och hjälp* (SBU 2020b). Två berör HVB och innehåller mycket intressant forskning, men vi kommer här enbart att lyfta fram några konstateranden som är särskilt intressanta för uppsatsen.

Den första (SBU 2016) är ett kunskapsstöd som bland annat konstaterar att ”det vetenskapliga underlaget generellt sett är otillräckligt för att kunna bedöma effekten av de flesta program som används vid institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik” (s. 7, 63ff). Man betonar att verksamheter vare sig behöver ta bort eller avstå från att införa program som bedöms lovande, men att det är viktigt att de *utvärderas lokalt* på ett systematiskt och strukturerat sätt (s. 6). Varje institution präglas nämligen av sin specifika miljö, där metoder samspelar med individuella och gruppdynamiska faktorer, personalens kompetens, med mera (s. 17ff). Det är därför en utmaning i förhållande till både evidens och implementering, att de flesta studier saknar inte bara jämförbara effektmått, utan också information om följsamhet och behandlingsintegritet; det vill säga hur metoder har anpassats och i vilken utsträckning behandlingar har genomförts på rätt sätt (s. 64ff).

Den andra (SBU 2018) redovisar bland annat en praxisundersökning med svar från 53 institutioner, där det framgår att 78% av behandlarna var utbildade i de metoder de använde och att endast 43% fick löpande handledning, trots att det är *ett kriterium på god behandlingskvalitet* (s. 49ff). Brister i utvärderingen gör att det i många fall är oklart på vilka grunder som insatser implementeras och utmönstras, i vilken utsträckning man säkrar att de metoder som används är effektiva (eller i varje fall inte skadliga), om metoder används som avsett et cetera (s. 72f).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har en viktig roll i att säkerställa att placerade barn och unga får god vård. IVO menar dock att bristen på forskning påverkar myndighetens möjlighet att utöva tillsyn (Vårdanalys 2016, s. 134f). Av de 3445 IVO-inspektioner som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys granskade år 2016, hade endast 13 lämnat någon form av anmärkning kring val av metod och 76 kring personalens kompetens (ibid.). Det kan tyckas lite om man jämför med föregående stycke, men kan alltså bero på att man saknar kriterier och indikatorer. En utförligare beskrivning av problemet finns i David Pålssons (2018) avhandling på detta tema.

## 4.4 Kunskapsinhämtning

Som vi beskrev i avsnitt 2.1 framgår det av 4 kap. 1 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende* (HSLF 2016:55) att de arbetsätt och metoder som används i ett HVB ska vara baserade på bästa tillgängliga kunskap. Det innebär att det finns en skyldighet att hålla sig uppdaterad kring kunskapsläget på något sätt. Att känna till bästa tillgängliga kunskap är också en central del av EBP.

Den enda statistik om kunskapsinhämtning som vi hittat kommer från Socialstyrelsens senaste undersökning av kommunala enhetschefer syn på EBP (Socialstyrelsen 2020b, s. 20ff), där det bland annat framkommer att:

- 11% av cheferna uppgav att de sällan eller aldrig sökte information om aktuell forskning och att det huvudsakliga skälet till detta var tidsbrist. De flesta, 88 procent, uppgav att de ofta eller ibland sökte information om forskning för sitt arbetsområde.
- Andelen som läser vetenskapliga tidskrifter var 21%, och 33% läser böcker eller längre forskningsrapporter.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) besöks av 20%, Metodguiden (Socialstyrelsen) av 15%, samt Campbell Collaboration och Cochrane Collaboration (internationella källor till forskningsöversikter) av mindre än 1%.
- 22% känner till Socialstyrelsens handbok om systematisk utvärdering, 17% har tagit del av den och 10% har använt den i sitt arbete. Handboken i MOS (Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer) kände 16% till, 13% hade tagit del av den och 5% använt den i sitt arbete.

De vanligaste källor som cheferna använt under 2019 för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt arbetsområde, var webbplatser (med Socialstyrelsen och Kunskapsguiden i topp), konferenser, webbaserade utbildningar, kollegor, facktidsskrifter (t.ex. Socionomen), samt kortare forskningsrapporter och sammanfattningar.

Vi har inte hittat någon statistik som enbart berör HVB för barn och unga, men det skulle inte kännas orimligt om läget där är någorlunda detsamma.

## 4.5 Dokumentation och utvärdering

I rapporten *Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga* (Vårdanalys 2016) skriver Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att:

Mot bakgrund av den begränsade vetenskapliga evidensen för många av insatserna inom den sociala barn- och ungdomsvården finns ett stort behov av kunskap i form av systematisk uppföljning. Förutsättningarna för systematisk uppföljning är dock begränsade, både på nationell och på lokal nivå (s. 44).

När det gäller den lokala nivån, nämner utredarna att Barns behov i centrum (BBIC) – som är den handläggnings- och dokumentationsstruktur som används i olika IT-system inom den sociala barn- och ungdomsvården – visserligen används i så gott som alla kommuner, men inte är färdigutvecklad för systematisk uppföljning (Vårdanalys 2016, s. 45).

Som vi nämnde i begreppsdelens (avsnitt 3.2.3) kräver systematisk uppföljning att det som mäts definieras och konkretiseras noggrant, att man mäter på ett tillförlitligt sätt och med lämpliga intervall (inte bara före och efter utan även under en insats, om det är meningsfullt), samt att informationen registreras i ett och samma IT-system med väl definierade variabler (Zimic 2019, s. 41ff; Socialstyrelsen 2014, s. 13ff).

Svärd & Zimic (2021) har varit delaktiga i att kartlägga informationsbehoven vid uppföljning av HVB för barn och ungdomar i Örnsköldsviks och Härnösands kommuner. De beskriver hur IT-system kan vara omoderna i förhållande till dagens dokumentationskrav och det är vanligt att olika information registreras i olika system som inte är integrerade med varandra (s. 15). Bristen på systematisering och strukturering av information är ett återkommande tema i rapporten. Å ena sidan menar HVB-föreståndarna att deras informationshantering har blivit mer reglerad, att de har en bra struktur och att de använder kvalitetsledningssystem (s. 19). Å andra sidan framkommer av studien att formaliserad, teoretisk och generaliserbar kunskap betonades starkare bland socialtjänstens personal än av HVB-föreståndarna, som lade större vikt vid erfarenhetsbaserad kunskap om vilka metoder som fungerar i praktiken (ibid.). Vilket kan leda till olika uppfattningar om vilken information som behöver dokumenteras.

Ett problem med BBIC tycks vara att olika handläggare skriver så pass olika, att precision, jämförbarhet med mera går förlorad (Zimic 2019, s. 45). Då kan standardiserade metoder vara

till hjälp. Standardiserade bedömningsmetoder (eller bedömnings-/skattningsinstrument som de även kallas) är utvecklade för att bedöma specifika områden; till exempel EARL och SAVRY för att bedöma ungdomars risk för antisocial problematik, våldsbrott et cetera. Å ena sidan utvecklas sådana instrument kontinuerligt och bör därför ge en så hög grad av reliabilitet (att man mäter på rätt sätt) och validitet (att man mäter rätt saker) som det aktuella kunskapsläget tillåter, förutsatt att man följer manualen (Socialstyrelsen 2012, s. 11). Det gäller inte minst i relation till konfirmeringsbias – det vill säga den benägenhet som alla har att bekräfta invanda föreställningar – som kan inverka negativt på rättssäkerhet och kvalitet, men också försvåra uppföljning och utvärdering av insatser om olika individer mäter och dokumenterar olika saker (Yoon *et al.* 2021a, 2021b). Å andra sidan är det inte säkert att ett instrument ger rätt vägledning i varje enskilt fall bara för att de har bedömts ha god reliabilitet, vilket gör att användare behöver reflektera över hur de använder dem och komplettera beslutsunderlag med annan information (Rasmusson 2009, s. 28).

Ämnet diskuteras i *Risk- och behovsbedömning av ungdomar avseende återfall i våld och annan kriminalitet* (SBU 2019). Å ena sidan är BBIC den metod som det är vanligast att praktiker *uppges* att de använder i bedömningar av risker och behov (s. 36). Å andra sidan säger utredarna att: ”BBIC är varken en utredningsmetod eller en standardiserad bedömningsmetod, utan en struktur som kan kompletteras med standardiserade bedömningsmetoder” (s. 18). Det verkar dock inte vara vanligt att sådana standardiserade metoder används. Vårdanalys konstaterade nämligen i rapporten *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*, att dokumenterad riskbedömning bara förekom i 90 av 223 analyserade ärenden och att endast 9 hade använt strukturerade bedömningsinstrument som komplement till BBIC (Vårdanalys 2018, s. 57, 83).

Samma problem (eller dilemman) kring tillförlitlighet et cetera finns även när det gäller att utvärdera effekter av behandlingar. Ett dilemma kan vara *vem* som ska utvärdera, eftersom självskattningar från behandlaren kan leda till överskattning och minskad reliabilitet och validitet; eller en ovillighet att utvärdera negativa behandlingseffekter (Örn 2017). Ytterligare ett (och antagligen det största) dilemmat, är att man inte är riktigt säker på vad som ger effekt i behandlingar (alltså sambandet mellan trohet och utfall) där vissa menar att relationen mellan klienten och behandlaren spelar större roll än själva innehållet (Pålsson 2018, s. 25; Olsson *et al.* 2008). När det gäller psykologisk och psykosocial behandling visar forskning att behandlarens kompetens och samarbetet mellan denne och klienten har lika stor betydelse

som behandlingsmetoden, men om samarbetet fungerar mindre väl har behandlarens följsamhet till metoden större betydelse (Barber 2009).

## 4.6 HVB-hemmens antal

Det saknas aktuell publicerad statistik över hur många HVB som finns i Sverige, vilka inriktningar de har et cetera. Anledningen är att marknaden är mycket skiftande och att Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) digitala så kallade omsorgsregister (IVO 2021b) dels inte är uppdaterat, dels är förenat med en del komplexitet. Vi vill därför här försöka redogöra för rådande förhållanden och sedan återknyta till dem i metodkapitlet.

Det finns offentligt ägda HVB (kommunala eller statliga institutioner) men de flesta (82%) drivs yrkesmässigt av privata aktörer (företag, föreningar, stiftelser, enskilda) med tillstånd av IVO (Vårdföretagarna 2021). Många privatägda HVB har uppstått som ett svar på ökande professionalisering och lagstiftningens krav på att använda vetenskapligt utvärderade metoder inom socialtjänsten, eftersom de flesta kommuner är för små för att kunna erbjuda ett tillräckligt stort utbud av olika specialiserade vårdalternativ (Vårdanalys 2016, s. 111; Lundström *et al.* 2020, s. 5ff). Entreprenader är vanligt förekommande, det vill säga att en privat eller offentlig aktör driver kommunens HVB (Konkurrensverket 2017, s. 53).

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fanns år 2016 cirka 2000 HVB för barn och unga i IVO:s omsorgsregister, varav drygt 60% drevs i offentlig regi och 40% i privat regi (Vårdanalys 2016, s. 114, 180). I mer än 90% av offentliga och i knappt 60% av privata HVB var samtliga placerade ensamkommande barn och unga (*ibid.*). Konkurrensverket skriver samtidigt att det vid utgången av 2016 fanns drygt 2100 HVB för barn och unga, varav 54% drevs i offentlig regi och 46% i privat regi; samt att 90% av offentliga och knappt 50% av privata tar emot ensamkommande (Konkurrensverket 2017, s. 53f). De poänger vi främst vill göra här är, att de två myndigheterna har kommit fram till olika siffror; att vi inte säkert vet hur vi ska tolka ”tar emot” jämfört med ”var samtliga placerade” ensamkommande, samt att siffrorna skiljer sig mycket från mer aktuell statistik (se nedan).

Vårdanalys siffror kommer från deras då gjorda enkätundersökning, där bortfallsanalysen uppger att i en del fall, särskilt för kommunala HVB, kunde samma kontaktperson finnas



listad för upp till 8 boenden (Vårdanalys 2016, s. 180). Man säger också att dialog med flera respondenter visat, att flera HVB som IVO listade som separata verksamheter betraktades som en och samma verksamhet av respondenterna; att i vissa fall så överensstämde inte namnen på HVB-verksamheten i registret med de namn som tillämpades i kommunerna, samt att flera respondenter inte själva visste vilka HVB de stod listade som kontaktpersoner för (ibid.). Hur många verksamheter det egentligen fanns är alltså svårt att svara på.

Socialstyrelsen har nyligen inlett ett pilotprojekt där man undersöker möjligheterna för fler former av öppna jämförelser för HVB för barn och unga. Efter dialog med IVO kring omsorgsregistret konstateras att det sannolikt finns ”ett mörkertal av verksamheter som inte är anmälda i registret eller avanmälda efter att ha upphört”; samt att det är ”oklart i vilken grad IVO:s register har tillgång till samtliga HVB och om befintliga kontaktuppgifter är uppdaterade” (Socialstyrelsen 2021, s. 13). Några andra register diskuteras inte och man bedömer det som alltför kostsamt att utveckla ett eget. Ett utdrag ur registret från 2020-11-26 visar att det då fanns 578 HVB för barn och unga registrerade, varav 148 drevs i offentlig regi och 430 i privat regi (s. 16). [Not: I källan står summan 867 vilket uppenbart är en felskrivning]. Någon nyare statistik än så har vi inte hittat och det är alltså tveksamt utifrån ovanstående diskussion om de som redovisas är korrekta.

## 4.7 HVB-hemmens inriktning

När det gäller inriktningar så visar Vårdanalys (2016) enkätundersökning att 45% av HVB för barn och unga så sade sig kunna utföra behandlingsinsatser; omkring 30% i både privata och offentliga HVB för ensamkommande och 80–90% i HVB för övriga (s. 116). Andelen som uppgav sig ha tillgång till kompetens i psykosociala behandlingsmetoder var 80% bland de privatägda och 70% av de offentliga HVB för ensamkommande, samt för övriga HVB 97% av de privata och 91% av de offentliga (s. 120).

Vårdanalys kartläggning visar också att privata HVB oftare säger sig använda namngivna metoder och förhållningssätt än offentliga HVB, vilket IVO menar *kan* avspegla högre ambitioner att bedriva kvalitativ behandling, men också handla om att man använder positiva nyckelord för att få placeringar och därmed intäkter (Vårdanalys 2016, s. 128). Resonemanget speglar det faktum att EBP som koncept har blivit alltmer institutionaliserat, både som en

professionell logik, som en byråkratisk logik och som en marknadslogik; vilket påverkar såväl självbilder som marknadsföring (Lundström *et al.* 2020).

Johannes Regenthal (2021) har i sin masteruppsats i socialt arbete undersökt hur arbetssätt och behandlingsmetoder vid 295 HVB för ungdomar 13–18 år framställs genom verksamheternas hemsidor. Några av resultaten är att 68% säger sig arbeta med kognitiv beteendeterapi (KBT), 65% med motiverande samtal (MI) och 34% med ”evidensbaserade metoder”; samt att 32% nämner BBIC och 24% strukturerade bedömningsmetoder (s. 43).

Lundström *et al.* (2020) skriver bland annat att:

The focus on evidence based, more or less standardized, interventions as a part of a market strategy appealing to a professional logic, is today highly noticeable in many RCU’s [HVB] descriptions of themselves. This is especially evident for the care corporations, but also among other large companies and municipal companies. On webpages, statements such as ‘We always work with established and evidence-based methods for example MI’ (Ambea/Nytida 20170407) are common. [...] To what extent the models offered by the RCU’s actually are effective is most definitely up for debate, and the same goes for the models used in the 1980s and 1990s. In any case, the changes in treatment options is not the result of strategic planning by the state or the municipalities on basis of the needs of the children, but rather a result of handing these issues over to the market (s. 45f).

Vi har diskuterat hur vi ska förhålla oss till självbeskrivningar et cetera, och kommit fram till att vi bör försöka utforma frågor så att de i så stor utsträckning som möjligt handlar om hur man *faktiskt* arbetar.

# 5 Metod

## 5.1 Kvantitativ metod

Eftersom vi vill veta hur det *generellt* ser ut med utvärderingspraktiker inom HVB för barn och unga, har vi valt en kvantitativ design på studien. Målet är då att kunna uttala sig så tillförlitligt som möjligt om någon aspekt av den empiriska verkligheten, genom att man formulerar forskningsfrågor som man sedan besvarar med hjälp av insamlade data och statistiska metoder (Bryman 2011, s. 39ff; Lind 2019, s. 146f).

Resultatens kvalitet beror dels av hur väl de *besvarar frågeställningarna* (intern validitet, att måtten avspeglar begreppen); dels hur *tillförlitliga och upprepningsbara* de är (reliabilitet, att måtten är tydliga) såväl internt (att index av olika indikatorer mäter samma sak), som över tid (stabilitet) och oberoende av vem som tolkar dem (interbedömarreliabilitet) (Barmark & Djurfeldt 2020; s. 45ff; Bryman 2011, s. 160ff). Om reliabiliteten är hög bör resultaten bli samma om undersökningen upprepas efter en tid, eller om flera lika representativa urvalsgrupper från samma population besvarar undersökningen. Reliabilitet är en förutsättning för validitet, men betyder alltså inte att frågeställningarna blir besvarade på ett trovärdigt sätt.

Resultatens generaliserbarhet (externa validitet) beror dels på i vilken utsträckning alla enheter i den population man vill undersöka har *lika stor chans att delta* i undersökningen; dels på i vilken utsträckning de som har deltagit (respondenterna) är *representativa* för populationen (Bryman 2011, s. 168f).

## 5.2 Insamlingsmetod

För datainsamling har vi använt anonyma webbenkäter och enkätverktyget SUNET Survey via Lunds universitet (LU 2021a). Att använda webbenkäter har flera fördelar jämfört med postenkäter. Det är dels enklare och billigare för oss vilket gör att vi kan nå fler, men också för respondenterna vilket sannolikt minskar bortfallet (Bryman 2011, s. 231). Att svaren är digitala gör dessutom att man slipper registrera dem manuellt. SUNET Survey kan exportera rådata direkt till statistikprogrammet (vi har använt IBM SPSS 27) vilket underlättar för oss.

Systemet genererar också unika inloggningsuppgifter för varje respondent, samt hanterar utskick av påminnelser och tackbrev automatiskt (LU 2021b).

Enkäten innehåller 8 frågor med koppling till våra frågeställningar och tar 2–3 minuter att besvara. Den finns i sin helhet i Bilaga 1 och löpande i kapitel 6. Vi övervägde fler frågor, men ville framför allt att så många som möjligt skulle svara och valde därför att minimera antalet trots de begränsningar som det innebär.

### 5.3 Undersökningspopulation

Vi har haft som mål att göra en totalundersökning av hela populationen HVB för barn och unga för att så säkert som möjligt kunna generalisera (Bryman 2011, s. 179). För att hitta respondenter har vi utgått från Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) digitala register över HVB och stödboenden för barn och unga (IVO 2021b). Vi inkluderade alla *aktiva* HVB för barn och unga, oavsett organisationsform (offentlig eller privat) eller geografiskt läge och fick då 562 träffar. Registret är behäftat med en del problem (jfr avsnitt 4.6) och vi har därför kontrollerat och kompletterat informationen via verksamheternas hemsidor.

Efter kontrollen är det vår bedömning att det bör finnas cirka 500 nu aktiva HVB för barn och unga, varav 105 drivs i offentlig och 395 i privat regi. Att så många fallit bort beror på att IVO:s register inte var aktuellt och att många HVB antingen har upphört, bytt namn eller inte gått att verifiera. Enligt Socialstyrelsen fanns det 578 HVB för barn och unga i IVO:s register vid slutet av 2020, men siffran är osäker och antalet har varit gradvis sjunkande sedan toppåret 2016 (Socialstyrelsen 2021, s. 16). Vi upplever därför inte siffran 500 som orimlig, bortsett från att den innehåller en gissning och avrundning kring kommunala HVB (där namnen i några fall var maskerade hos IVO och i några fall förekom på kommunala hemsidor men utan kontaktuppgifter). I 10 andra fall fanns en enda e-postadress på hemsidan, som enligt meddelande från server visade sig vara fel. I 8 fall stod samma kontaktperson för mer än ett hem och vi bedömde då att det var bättre att bara skicka enkäten till ett av dem. Beslutet berodde på att vi fått höra att det kan vara svårt att få svar och ville undvika att mottagare skulle reagera negativt på att få två likadana utskick. Processen resulterade i en utskickslista med 463 unika och verifierade kontaktpersoner.

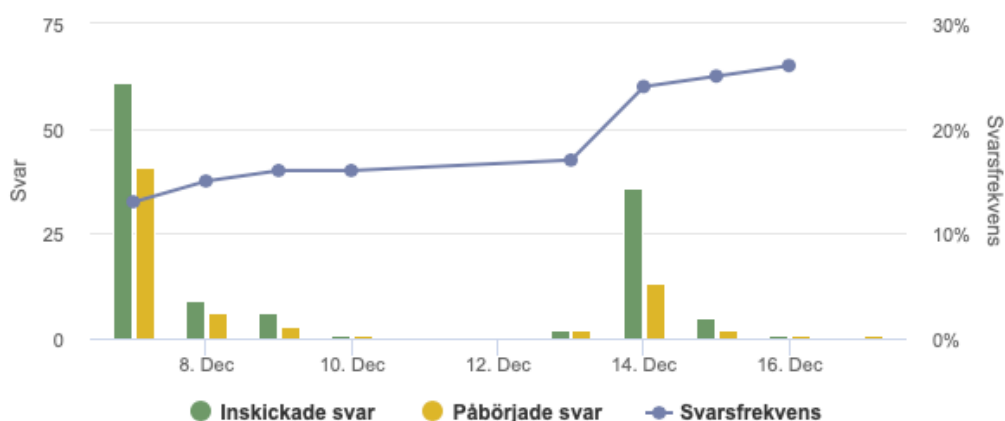
Vår urvalsram (N) med 463 HVB för barn och unga täcker alltså inte fullt ut den population som vi velat undersöka, men vi har gjort så gott vi har kunnat och endast exkluderat cirka 10 HVB i privat regi (de 8 kontaktpersonerna i förra stycket). Totalt saknas sannolikt cirka 20 kommunala och 20 privata HVB, men vi vet inte säkert. Alla 463 har samma möjlighet att delta och vi kan därför generalisera resultaten till dem.

När det gäller kontaktpersonernas representativitet så har vi nästan uteslutande skickat till enhetschefer eftersom de enligt regelverken ska ha insyn i verksamheternas arbetssätt och metoder. I de få fall det har funnits en behandlingsansvarig har vi tänkt att det finns en arbetsfördelning och istället valt denne, och i några enstaka fall då båda dessa roller saknats har vi skickat till hemmets föreståndare. Då det genomsnittliga antalet platser på ett HVB är runt 15 (Vårdföretagarna 2021), tänker vi att det är rimligt att kontaktpersonerna faktiskt har god insyn i hur personalen arbetar.

### 5.3.1 Svarsfrekvens

Svarsfrekvensen (n) i vår undersökning är 121 vilket motsvarar 26,1% av ramen (N=463) och ett bortfall på 73,9%.

Figur 5.3.1 Svarsfrekvens enligt SUNET Survey



Undersökningen pågick mellan 7–17 december och vi skickade en påminnelse den 14:de. Enligt enkätverktyget har vi 96 påbörjade svar.

### 5.3.2 Bortfallsanalys

Som vi skrev i avsnitt 5.3 är det vår bedömning att det finns cirka 500 nu aktiva HVB för barn och unga varav 105 drivs i offentlig regi och 395 i privat regi. Av våra 121 respondenter drivs 28 (23%) av verksamheterna i offentlig regi. Statens institutionsstyrelse (SiS) har 21 ungdomshem av vilka vi har fått svar från 6 (29%). Således är svarsfrekvensen ungefär densamma i samtliga kategorier som totalt (cirka 26%) och våra resultat bör därför vara representativa för vår rampopulation trots det stora bortfallet.

För att skicka in enkäten måste alla frågor besvaras och vi har därför inget internt bortfall. Vi har inte haft någon uppföljande dialog och vet därför inte varför 96 kontakter har valt att inte slutföra enkäten. Men vi tänker att de kan ha upplevt frågorna som ointressanta för dem eller möjligen svåra att besvara. Det skulle i så fall kunna innebära en överrepresentation i datamaterialet av respondenter med intresse och erfarenhet av det vi undersöker och att svaren är mera positiva än om fler/alla hade besvarat enkäten.

Omkring 15 kontaktpersoner har meddelat att de inte arbetar med barn och unga, trots att det stod så i IVO:s register. En har haft tekniska problem som gjorde att hen inte kunde skicka in enkäten. Vi försökte felsöka tillsammans men lyckades inte lösa problemet och tänker därför att vi inte kan utesluta att också andra har upplevt problem.

Vi bedömer att vårt urval (att exkludera cirka 10 HVB) inte har medfört några väsentliga skevheter, men vill trots det lyfta en diskussion som framkommit i tidigare forskning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys stod nämligen inför samma dilemma och fattade ett liknande beslut när de följde samma metod, fast de noterade samma kontakt på i vissa fall 8 HVB och valde att göra 3 utskick till samma adress (Vårdanalys 2016, s. 180). Efter två påminnelser och en dialoginsats hade de fått svar från 36% av rampopulationen. De skrev då: ”Svarsfrekvensen är dock något underskattad eftersom flera HVB som i IVO:s register var listade som separata verksamheter betraktades som en och samma verksamhet av respondenterna. I flera fall skickade våra respondenter in en enkät som i praktiken avsåg flera verksamheter i registret” (ibid.).

Vi utesluter inte att så kan vara fallet även i vår undersökning, eftersom vi kan se att flera organisationer med mer än ett HVB i geografiskt nära anslutning till varandra (till exempel

Samskapa, Skapnäcksgården och Strandhagen) har svarat från ungefär hälften av de verksamhetsnamn som ingår i vår lista. Vi kan inte uttala oss om hur det kan påverka resultatet, utan redovisar det för att vara så transparenta som möjligt och för att visa på den komplexitet som det innebär att försöka skapa en korrekt lista över populationen.

## 5.4 Statistiska mått

*Cronbach's alfa* (eller alpha) är ett mått på intern reliabilitet mellan flera indikatorer, det vill säga i vilken utsträckning de samvarierar sinsemellan (Bryman 2011, s. 162; Barmark & Djurfeldt 2020, s. 104). Alfa-koefficienten ( $\alpha$ ) varierar mellan 1 (hög grad av korrelation) och 0 (ingen korrelation). Om man vill lägga samman flera variabler till ett index bör alfa-värdet helst överstiga 0,7 vilket kan tolkas som att variablerna mäter/indikerar olika aspekter av ett och samma fenomen (ibid.).

*Spearman's "rho"* (eg. rangkorrelation) testar styrkan i samvariationer mellan två kvalitativa variabler med nominalt skalmått; det vill säga där variabelvärdena har en inbördes ordning men inga avstånd som i kvantitativa variabler (Bryman 2011, s. 329f). Måttet uttrycks i  $\rho$  (den grekiska bokstaven "rho") och är  $\pm 1$  vid fullständigt samband och 0 vid inget samband ("nollsamband"). Tolkningar av vad som är ett svagt eller starkt samband beror på ämnet. Till exempel kan 0,5 innebära ett starkt samband om man mäter politiska åsikter men ett ganska svagt samband i förhållande till klinisk medicin (Akoglu 2018). För enkelhets skull använder vi en tolkning mitt emellan dessa, som säger att  $\rho$  mellan  $\pm 0,10$  och  $\pm 0,29$  är ett svagt samband,  $\rho$  mellan  $\pm 0,30$  och  $\pm 0,49$  är ett medelstarkt samband,  $\rho$  mellan  $\pm 0,50$  och  $\pm 0,79$  är ett starkt samband och  $\pm 0,80$  och  $\pm 0,99$  ett mycket starkt samband (ibid.).

*Chi<sup>2</sup>* (chi-två) är ett mått på den statistiska signifikansen för samband mellan variabler, där en avvägning mellan sambandets styrka och stickprovets storlek resulterar i ett p-värde (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 134ff). Ett p-värde  $< 0,05$  innebär att man kan vara minst 95% säker på att sambandet finns i populationen,  $p < 0,01$  99% säker och  $< 0,001$  99,9% säker (ibid.). Man kan också tala om risknivå, där 95%-nivån är den lägsta risknivån som accepteras inom samhällsvetenskapen för att ett statistiskt samband inte finns, det vill säga beror på slumpen (Bryman 2011, s. 334ff).

## 5.5 Operationaliseringar

### 5.5.1 Frågeställning 1

Frågeställningen lyder: *Hur grundligt utvärderar HVB för barn och unga de behandlingar som praktiseras i verksamheterna?*

Ordet *grundligt* används synonymt med noggrant, ingående et cetera (SAOB 2022).

Enkäten innehåller tre frågor om utvärdering som avspeglar de dimensioner som förekommer i Socialstyrelsens handbok *Att göra effektutvärderingar* (se Sundell & Ogden 2012, s. 22; Forster & Ogden 2012, s. 272f); nämligen F5 (enkätfråga nr 5) om behandlingseffekter, F6 om följsamhet och F7 om kompetens. Som vi beskrev i avsnitt 4.5 blir mätningen mer noggrann om man använder instrument. Hur noggrann en respondent är i sin utvärderingspraktik beror därför på *kombinationen* av svar i våra tre frågor.

Svarsalternativen är samma i de tre frågorna med undantag för S4:

- [S1] Ja, helt eller delvis med evidensbaserad/etablerade instrument.
- [S2] Ja, men *inte* med evidensbaserade/etablerade instrument.
- [S3] Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.
- [S4 i F5] Nej, eftersom vi inte har behov av det.
- [S4 i F6 & F7] Nej, eftersom behandlingseffekten beror på andra faktorer.
- [S5] Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.
- [S6] Nej, av andra skäl.

Anledningen till att vi har flera nekande svarsalternativ är att vi tycker att det kan vara intressant att se eventuella mönster i motiveringar. Även om alla nej är lika när det gäller grundlighet, tänker vi att flera alternativ tillför en dimension till analysen.

För att besvara frågeställningen har variablerna F5–F7 kodats och sedan lagts samman till ett index som anger ett medelvärde ( $\mu$ ) för varje respondent. Indexets interna reliabilitet (huruvida variablerna mäter samma fenomen) med Cronbach's alfa är  $\alpha = 0,69$ . Siffran 0,7 brukar anges som "tumregel" för vad som är en acceptabel nivå (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 104) och vår siffra är då att betrakta som acceptabel. Vi har kodat svarsalternativen så här:

- [S1] = 2,5 (mycket grundligt)



- [S2] = 1,5 (grundligt)
- [S3–S6] = 0 (inte grundligt)

Summan av värdena för varje respondent divideras med antalet variabler; till exempel  $(1,5+1,5+0) / 3 = 1$ . Vi tolkar medelvärdena så, att  $\mu \geq 1$  innebär att utvärderingspraktiken är grundlig,  $\mu < 1$  inte grundlig och  $\mu \geq 1,75$  mycket grundlig. Konkret innebär det att den är grundlig om respondenten har svarat jakande på minst två frågor, och mycket grundlig om man har svarat jakande på alla tre varav minst en med instrument.

Not: Vi är medvetna om att utvärdering är ett komplext område och att man kan definiera grundlighet på många olika sätt, till exempel så som vi använder det.

### 5.5.2 Frågeställning 2

Frågeställningen lyder: *Är HVB där praktiker själva söker och värderar forskning, grundligare i sin utvärdering än HVB där man huvudsakligen arbetar utifrån andra kunskapskällor?*

För att få fram en mått på i vilken utsträckning man söker och värderar forskning har vi frågat respondenterna: [F1] *Från vilken typ av källmaterial hämtas huvudsakligen information om vetenskaplig evidens för de metoder som används i verksamheten?*

Vi har kodat svaren (som här är nedkortade av utrymmesskäl) så här:

- [S1] Forskning... = 1 (söker och värderar själv)
- [S2] Riktlinjer... = 0 (vare sig söker eller värderar)
- [S3] Kollegiala m.m... *med* egen granskning = 0,5 (värderar själv)
- [S4] Kollegiala m.m... *utan* egen granskning = 0 (värderar inte själv)
- [S5] Söker *inte*... = 0 (vare sig söker eller värderar)

För att besvara frågeställningen jämför vi de kodade svaren med vårt ”utvärderingsindex”.

Om höga värden på den oberoende variabeln (de kodade svaren) korrelerar med höga värden på den beroende variabeln (vårt index) är svaret på vår frågeställning jakande.

Not: Vi är medvetna om att verksamheter inte läser forskning, och att det kan finnas några individer i en verksamhet som gör och andra som inte gör det. Vi tänker ändå, att den som

förestår en relativt liten verksamhet som ett HVB brukar vara, enkelt kan besvara vår fråga. Deras svar är en skattning, vilket är vanligt i alla undersökningar.

### 5.5.3 Frågeställning 3

Frågeställningen lyder: *Är HVB som har goda dokumentationsrutiner i förhållande till utvärdering, grundligare i sin utvärdering än de HVB vars rutiner är sämre?*

För att få ett mått på goda dokumentationsrutiner i förhållande till utvärdering, har vi ställt nedanstående tre frågor och kodat svaren (som är nedkortade av utrymmesskäl). Frågan om *IT-system* beror på att systematisk uppföljning kräver att det som mäts registreras i ett och samma IT-system med väl definierade variabler (Zimic 2019, s. 41ff); medan frågan om *egna bedömningar* handlar om hur professionella har tänkt kring valet av intervention, samt *klientfaktorer* om att klientens inställning och livssituation är sådant som en behandling kan behöva anpassas kring (SBU 2016, s. 17ff; Barber 2009). Båda måtten är dessutom viktiga för EBP (Avby 2015, s. 22). I samtliga fall behöver man mäta på ett tillförlitligt sätt och med lämpliga intervall (Zimic 2019, s. 41ff; Socialstyrelsen 2014, s. 13ff).

F2 om IT-dokumentationssystem kodar vi så här:

- [S1] Ja, med *grundligt* stöd... = 1
- [S2] Ja, *delvis*... = 0,5
- [S3] Nej = 0

F3 om egna bedömningar kodar vi så här:

- [S1] Ja, för varje uppdrag = 1
- [S2] Ja, vid behov = 0,5
- [S3] Nej = 0

F4 om klientfaktorer kodar vi så här:

- [S1] Ja, regelbundet och strukturerat = 1
- [S2] Ja, regelbundet men *utan* fast struktur = 0,25
- [S3] Ja, vid behov och strukturerat = 0,5
- [S4] Ja, vid behov men *utan* fast struktur = 0
- [S5] Nej = 0

För att få ett samlat mått, har vi lagt samman de kodade svaren till ett index som anger ett medelvärde ( $\mu$ ) för varje respondent. Indexets interna reliabilitet (huruvida variablerna mäter samma fenomen) med Cronbach's alfa är  $\alpha = 0,5$ . Siffran 0,7 brukar anges som nedre gräns för vad som är en acceptabel nivå (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 104) och vår siffra är då låg. Vi menar dock att de tre variablerna är lämpliga indikatorer på det vi avser att mäta och har gjort indexet i alla fall. Det låga värdet på koefficienten beror på att respondenterna har svarat olika i de olika frågorna, vilket i det här fallet inte påverkar reliabiliteten.

För att besvara frågeställningen jämför vi våra två index. Om höga värden på den oberoende variabeln ("dokumentationsindexet") korrelerar med höga värden på den beroende variabeln ("utvärderingsindexet") är svaret på vår frågeställning jakande.

#### 5.5.4 Frågeställning 4

Frågeställningen lyder: *Är HVB som huvudsakligen utför behandling, grundligare i sin utvärdering än de som huvudsakligen utför omsorg?*

I den sista enkätfrågan F8 ber vi respondenterna att kategorisera sina verksamheters huvudsakliga inriktning enligt alternativen:

- [S1] Behandling *huvudsakligen med* evidensbaserade metoder.
- [S2] Behandling med få inslag av evidensbaserade metoder.
- [S3] Omsorg, med inga eller få behandlingsinslag.

Vi har kodat svaren som  $S1 = 3$ ,  $S2 = 2$  och  $S3 = 1$ . Om höga värden på den oberoende variabeln (de kodade svaren) korrelerar med höga värden på den beroende variabeln (vårt "grundlighetsindex") är svaret på vår frågeställning jakande.

## 5.6 Etiska överväganden

Vår enkät innehåller inga personliga eller i övrigt känsliga uppgifter som skulle kunna vara integritetskränkande eller stigmatiserande för individer eller grupper. Undersökningen är uttalat frivillig och anonym, vilket innebär att man kan se i SUNET Survey *om* men inte *vad* någon har svarat (Artologik 2019, LU 2021b). Utskickslistan innehåller enbart ett namn och en e-postadress. Det är bara vi som har behörighet att se den, alla data lagras på en server i

Sverige inom ramarna för universitetets avtal och listan kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd. Vi har informerat respondenterna och eftersom de *måste* samtycka för att kunna besvara enkäten så vet vi att alla har gjort det (jfr Bilaga 3). Vidare så har vi informerat respondenterna om vad enkäten ska användas till samt vart uppsatsen kommer att publiceras (jfr Bilaga 2). Vi har inga personliga kopplingar till undersökningsobjektet och inga intressen som kan påverka oss att nyttja eller vinkla resultaten på något visst sätt.

Vi anser därför att vi har följt principer om god forskningssed och dataskyddsförordningen GDPR efter bästa förmåga (jfr Görman 2021; Vetenskapsrådet 2017).

## 5.7 Arbetsfördelning

Vi har skrivit uppsatsen gemensamt. Jonas har fokuserat mer på tidigare forskning, SPSS och analys och Leon på teoretiska grunder och slutdiskussion. Vi har dock diskuterat igenom alla delar kontinuerligt via telefon och Zoom, samt korrigerat och kompletterat varandras texter.

# 6 Resultat och analys

## 6.1 Utvärdering

Här analyserar vi svaren på enkätfrågorna F5–F7 i syfte att besvara uppsatsens första frågeställning: *Hur grundligt utvärderar HVB för barn och unga de behandlingar som praktiseras i verksamheterna?*

### 6.1.1 Behandlingseffekter

Den mest grundläggande formen av utvärdering handlar om behandlingseffekter, det vill säga i vilken utsträckning en behandling har åstadkommit planerad/önskad effekt.

**Tabell 6.1.1 Utvärdering av behandlingseffekter (frekvenstabell)**

[F5] Utvärderar verksamheten <i>effekter</i> av behandlingar?	n	%
<i>Kommentar: Med evidensbaserat/etablerat instrument menar vi ett standardiserat och beprövat sätt att mäta som utgår från aktuell teori och förståelse bakom metoden, till exempel Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS).</i>		
[S1] Ja, helt eller delvis med evidensbaserade/etablerade instrument.	53	43,8%
[S2] Ja, men <i>inte</i> med evidensbaserade/etablerade instrument.	36	29,8%
[S3] Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.	9	7,4%
[S4] Nej, eftersom vi inte har behov av det.	3	2,5%
[S5] Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.	4	3,3%
[S6] Nej, av andra skäl.	16	13,2%
Totalt	121	100%

Nära 3/4 (73,6%) av respondenterna uppger att de utvärderar behandlingseffekter. Många använder dock inte evidensbaserade instrument, vilket kan innebära att man har en svagare koppling till teorin bakom metoden och att mätningen blir mindre tillförlitlig och grundlig (Socialstyrelsen 2012, s. 11; Forster & Ogden 2012, s. 294). De som inte utvärderar har huvudsakligen uppgivit ”andra skäl” (som vi tror främst handlar om tid eller ekonomi) och att det saknas tillförlitliga instrument. Få har svarat att de är osäkra på hur man gör eller att de inte har behov av utvärdering.

## 6.1.2 Följsamhet

Följsamhet är en dimension av behandlingstrohet, som innebär att man faktiskt har utfört de moment eller tekniker som är specificerade inom en metod; eller med andra ord att man har följt manualen. Man behöver mäta följsamhet för att kunna utvärdera behandlingseffekter på ett tillförlitligt sätt och för att utveckla den egna praktiken (SBU 2016; Forster & Ogden 2012).

**Tabell 6.1.2 Utvärdering av följsamhet (frekvenstabell)**

	n	%
[F6] Utvärderar verksamheten <i>följsamhet</i> i behandlingar (hur nära man håller sig till den teori och de tekniker som är typiska för metoden)?		
<i>Kommentar: Med evidensbaserat/etablerat instrument menar vi ett standardiserat och beprövat sätt att mäta som utgår från aktuell teori och förståelse bakom metoden, till exempel YACS, CTACS för KBT, PACS-SE för PDT, MITI för MI, TAM för MST, et cetera.</i>		
[S1] Ja, helt eller delvis med evidensbaserade/etablerade instrument.	38	31,4%
[S2] Ja, men <i>inte</i> med evidensbaserade/etablerade instrument.	29	24,0%
[S3] Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.	13	10,7%
[S4] Nej, eftersom behandlingseffekten beror på andra faktorer.	9	7,4%
[S5] Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.	6	5,0%
[S6] Nej, av andra skäl.	26	21,5%
Totalt	121	100%

Över hälften (55%) av respondenterna utvärderar följsamhet. Cirka en fjärdedel använder dock inte evidensbaserade instrument, vilket kan innebära att mätningen blir mindre tillförlitlig och grundlig (Socialstyrelsen 2012, s. 11; Forster & Ogden 2012, s. 294). De som inte utvärderar har huvudsakligen uppgivit ”andra skäl”, vilket kan indikera att det saknas resurser eller rutiner. Det skulle också kunna vara så att en del behandlare har motstånd mot att bli utvärderade, vilket vi i efterhand har insett kunde ha varit ett spännande svarsalternativ. Få har svarat att de är osäkra.

## 6.1.3 Behandlingskompetens

Kompetens är en dimension av behandlingstrohet, som innebär att man har anpassat olika moment till det enskilda fallet (eller kontexten) på ett skickligt sätt; exempelvis flexibilitet i förhållande till klientens förutsättningar (SBU 2016; Forster & Ogden 2012). Man behöver

mäta kompetens för att kunna utvärdera behandlingseffekter på ett tillförlitligt sätt och för att utveckla den egna praktiken (ibid.).

**Tabell 6.1.3 Utvärdering av behandlingskompetens (frekvenstabell)**

[F7] Utvärderar verksamheten <i>kompetens</i> i behandlingar (t.ex. i vilken utsträckning avsteg från metoden beror på bristande färdigheter hos behandlaren)?	n	%
[S1] Ja, helt eller delvis med evidensbaserade/etablerade instrument.	23	19,0%
[S2] Ja, men <i>inte</i> med evidensbaserade/etablerade instrument.	35	28,9%
[S3] Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.	18	14,9%
[S4] Nej, eftersom behandlingseffekten beror på andra faktorer.	7	5,8%
[S5] Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.	5	4,1%
[S6] Nej, av andra skäl.	33	27,3%
Totalt	121	100%

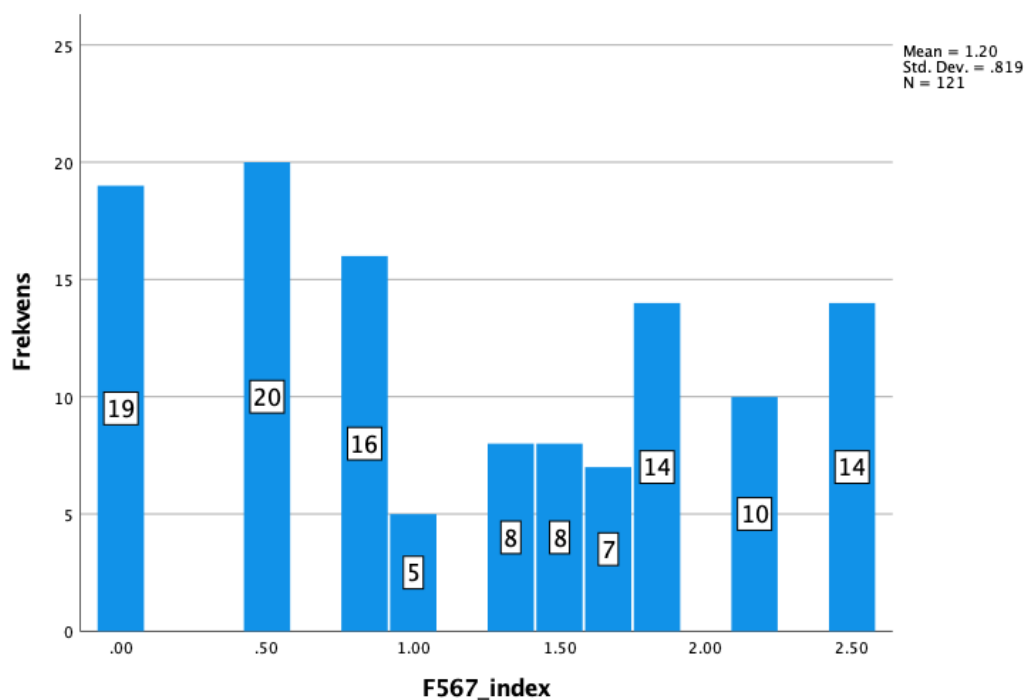
Nästan hälften (48%) av verksamheterna utvärderar behandlingskompetens, men återigen är det många som inte använder evidensbaserade/etablerade instrument och relativt många som menar att det saknas tillförlitliga sådana. Mer än en fjärdedel av dem som inte utvärderar har uppgivit ”andra skäl”, vilket kan indikera att det saknas resurser eller rutiner. Det skulle också kunna vara så att en del behandlare har motstånd mot att bli utvärderade, vilket vi i efterhand har insett kunde ha varit ett spännande svarsalternativ. Även här har få uppgivit att de är osäkra på hur man gör.

#### 6.1.4 Grundlighet

Som mått på grundlighet använder vi ett indexerat medelvärde för varje respondent (ett ”grundlighetsindex”) baserat på den kodning som redovisas i metodkapitlet. Svaret på vår frågeställning är medelvärdet för hela populationen.

Vi tolkar medelvärdena så, att vid  $\mu \geq 1$  är utvärderingen grundlig, vid  $\mu \geq 1,75$  mycket grundlig vid  $\mu < 1$  inte grundlig.

Figur 6.1.4 Medelvärden för hur grundligt respondenterna utvärderar behandlingar (histogram)



Medelvärdet 1,2 säger att den undersökta populationen i genomsnitt är grundlig när det gäller att utvärdera sin praktik, fast det kanske är mer korrekt att säga *mindre* grundlig då värdet ligger i den lägre delen av spannet 1–1,75 (som motsvarar grundlig utvärdering). Som histogrammet visar är variationen stor. Hela 55 respondenter ligger under gränsvärdet 1 och är därmed inte grundliga; medan 28 är att beteckna som grundliga och 38 som mycket grundliga.

## 6.2 Att läsa och värdera forskning

Uppsatsens andra frågeställning lyder: *Är HVB där praktiker själva läser och värderar forskning, grundligare i sin utvärdering än HVB där man huvudsakligen arbetar utifrån andra kunskapskällor?* För att besvara frågan jämför vi svaren från enkätfråga F1 med vårt ”grundlighetsindex”.

Bakgrunden till frågeställningen är vi tänker att den verksamhet som avsätter tid till att läsa och värdera forskning, kan ha särskilt goda förutsättningar (kunskaper och resurser) att göra grundliga utvärderingar. Vi vet dock inte om det är så, eftersom alla verksamheter kan ha både behov och tillräckliga kunskaper. Med utgångspunkt i det har vi undersökt vilka källor



verksamheterna använder för att inhämta aktuell information om evidens för de metoder man använder. Svartalternativen kan också kopplas till de modeller för EBP som vi tidigare diskuterat, dels den ursprungliga ”critical appraisal” (kritisk värdering) där praktiker själva söker och värderar forskning, dels riktlinjemodellen där man i större utsträckning förlitar sig på andras bedömningar.

## 6.2.1 Källmaterial

**Tabell 6.2.1 Att läsa och värdera forskning (frekvenstabell)**

[F1] Från vilken typ av <i>källmaterial</i> hämtas huvudsakligen information om vetenskaplig evidens för de metoder som används i verksamheten?	n	%
<i>Kommentar: Med vetenskaplig evidens menar vi resultat från forskning som ger anledning att förvänta sig vissa effekter av en metod. Med kollegor menar vi personer med samma/liknande utbildning.</i>		
[S1] <i>Forskning</i> ; det vill säga metastudier och kunskapssammanställningar från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Cochrane Collaboration och liknande, samt vetenskapliga publikationer med kollegial granskning (peer-review).	22	18,2%
[S2] <i>Riktlinjer</i> , utredningar och andra publikationer från myndigheter som Socialstyrelsen och intresseorganisationer som Sveriges kommuner och regioner (SKR).	85	70,2%
[S3] Dokument och andra texter <i>författade</i> av kollegor, utbildningsanordnare, m.m. <i>kombinerat med vår egen granskning</i> av (eller jämförelse med) forskningsunderlag.	9	7,4%
[S4] Dokument och andra texter <i>författade</i> av kollegor, utbildningsanordnare, m.m. <i>utan egen granskning</i> av (eller jämförelse med) forskningsunderlag.	2	1,7%
[S5] Vi söker <i>inte</i> information om vetenskaplig evidens.	3	2,5%
Totalt	121	100%

En dryg fjärdedel av respondenterna läser och värderar forskning i någon utsträckning (S1+S3), medan en tydlig majoritet i huvudsak arbetar enligt riktlinjemodellen (S2) och en låg andel antingen helt förlitar sig på kollegiala dokument (S4) eller söker inte alls information om evidens (S5). Resultaten överensstämmer till viss del med den forskning som presenterades i avsnitt 4.4 om kunskapsinhämtning bland enhetschefer inom socialtjänsten, där 20% uppgav att de besöker SBU och 21% att de läser vetenskapliga tidskrifter. Bland dem

var det dock hela 11% som uppgav att de (huvudsakligen på grund av tidsbrist) sällan eller aldrig söker information om aktuell forskning, medan bara 2,5% av respondenterna här uppger att de inte söker information om vetenskaplig evidens.

## 6.2.2 Samband

**Tabell 6.2.2.1 Samband mellan att läsa och värdera forskning och grundlig utvärdering (korstabell)**

		Medelvärde för [F1] Att läsa och värdera forskning						Total	
		.0		.5		1.0		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Medelvärde för [F5-F7] Hur grundligt behandlingar utvärderas	2.50	4	4.4%	3	33.3%	7	31.8%	14	11.6%
	2.17	8	8.9%	0	0.0%	2	9.1%	10	8.3%
	1.83	9	10.0%	1	11.1%	4	18.2%	14	11.6%
	1.67	6	6.7%	0	0.0%	1	4.5%	7	5.8%
	1.50	7	7.8%	1	11.1%	0	0.0%	8	6.6%
	1.33	5	5.6%	0	0.0%	3	13.6%	8	6.6%
	1.00	5	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.1%
	.83	12	13.3%	1	11.1%	3	13.6%	16	13.2%
	.50	16	17.8%	2	22.2%	2	9.1%	20	16.5%
	.00	18	20.0%	1	11.1%	0	0.0%	19	15.7%
<b>Total</b>		90	100.0%	9	100.0%	22	100.0%	121	100.0%

Det tycks finnas ett samband, eftersom de respondenter som har högst medelvärden när det gäller att läsa forskning överlag är grundligare i sin utvärdering än övriga. 13 (59%) av dessa 22 är mycket grundliga ( $\mu \geq 1,75$ ), medan 4 (18%) är grundliga ( $\mu \geq 1$ ) och 5 (23%) inte grundliga ( $\mu < 1$ ). Av de 9 som i mindre utsträckning läser forskning är fördelningen 4 (44,5%), 1 (11%) och 4 (44,5%); samt bland de 90 som i huvudsak *inte* läser forskning 21 (23%), 23 (26%) och 46 (51%).

**Tabell 6.2.2.2 Sambandsmått**

		Value	Asymptotic Standard Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.495			.041
	Cramer's V	.350			.041
Interval by Interval	Pearson's R	.335	.078	3.879	<.001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.324	.082	3.741	<.001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		121			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Eftersom vi testar två variabler med ordinal skalnivå läser vi Spearman's "rho", där koefficienten 0,324 indikerar ett ganska svagt–medelstarkt samband (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 151; Akoglu 2018).

**Tabell 6.2.2.3 Signifikanstest (chi<sup>2</sup>-test)**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.651 <sup>a</sup>	18	.041
Likelihood Ratio	34.585	18	.011
Linear-by-Linear Association	13.467	1	<.001
N of Valid Cases	121		

a. 21 cells (70.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .37.

P-värdet 0,041 innebär att sambandet är signifikant för vår population på 95%-nivån och att vi därmed kan svara jakande på vår frågeställning. Vi kan dock inte säga att sambandet är kausalt, alltså att ju mer praktiker inom en verksamhet läser och värderar forskning desto grundligare kommer de att utvärdera sin praktik. Många av de respondenter som svarade att de inte utvärderar sin praktik i frågorna F5–F7, motiverade det med "andra skäl" som vi tror kan avspegla prioriteringar kring tid och resurser. Om det är så, kan det samband (eller den samvariation) som vi har observerat här, avspegla en brist på tid och resurser såväl för att läsa och värdera forskning som för att utvärdera praktiken mera grundligt.

## 6.3 Dokumentation

Uppsatsens tredje frågeställning lyder: *Är HVB som har goda dokumentationsrutiner i förhållande till utvärdering, grundligare i sin utvärdering än de HVB vars rutiner är sämre?* För att besvara frågan jämför vi ett "dokumentationsindex" (baserat på enkätfrågorna F2–F4) med vårt "grundlighetsindex".

### 6.3.1 IT-dokumentationssystem

Systematisk utvärdering kräver att det som mäts registreras i ett och samma IT-system med väl definierade variabler (Zimic 2019, s. 41ff). Vi har därför frågat huruvida verksamheterna har ett sådant system.

**Tabell 6.3.1 IT-dokumentationssystem (frekvenstabell)**

[F2] Har verksamheten <i>IT-dokumentationssystem</i> med stöd för namngivna metoder och stöd för systematisk utvärdering av insatser/behandlingar?	n	%
[S1] Ja, med <i>grundligt</i> stöd för de metoder vi använder, även när det gäller utvärdering.	42	34,7%
[S2] Ja <i>delvis</i> , men vi saknar vissa funktioner.	65	53,7%
[S3] Nej.	14	11,6%
Totalt	121	100%

De flesta (88%) av respondenterna har IT-dokumentationssystem med stöd för metoder och systematisk utvärdering (S1+S2). En majoritet (54%) har dock system där stödet *inte* är att beteckna som grundligt (S2).

### 6.3.2 Egna bedömningar

Här frågar vi i vilken utsträckning verksamheterna dokumenterar professionella bedömningar när det gäller val av behandlingsmetoder et cetera. Tanken är att det vid en utvärdering ska vara tydligt vilka effekter man har önskat att uppnå, varför man ansett att valda metoder är lämpliga och vilka övriga bedömningar man gjort i det sammanhanget.

**Tabell 6.3.2 Egna bedömningar (frekvenstabell)**

[F3] Dokumenterar verksamheten <i>egna bedömningar</i> kring varför valda metoder kommer att ge positiva effekter?	n	%
[S1] Ja, för varje uppdrag.	44	36,4%
[S2] Ja, vid behov.	60	49,6%
[S3] Nej.	17	14,0%
Totalt	121	100%

Endast en dryg tredjedel av verksamheterna dokumenterar grundligt, det vill säga för varje uppdrag. Andelen som aldrig gör det är 14%, en relativt hög siffra om man betänker att man då har små möjligheter att utvärdera praktiken.

### 6.3.3 Klientfaktorer

Här är fokuserar vi istället på klienternas/brukarnas inställning till behandlingar och deras livssituation. Tanken är återigen att om man vill kunna utvärdera vad som har (eller inte har) fungerat i en behandling på ett meningsfullt sätt, så *måste* man dokumentera de här faktorerna på ett strukturerat sätt och med lämpliga intervall (SBU 2016, s. 17ff; Zimic 2019, s. 41ff).

**Tabell 6.3.3 Klientfaktorer (frekvenstabell)**

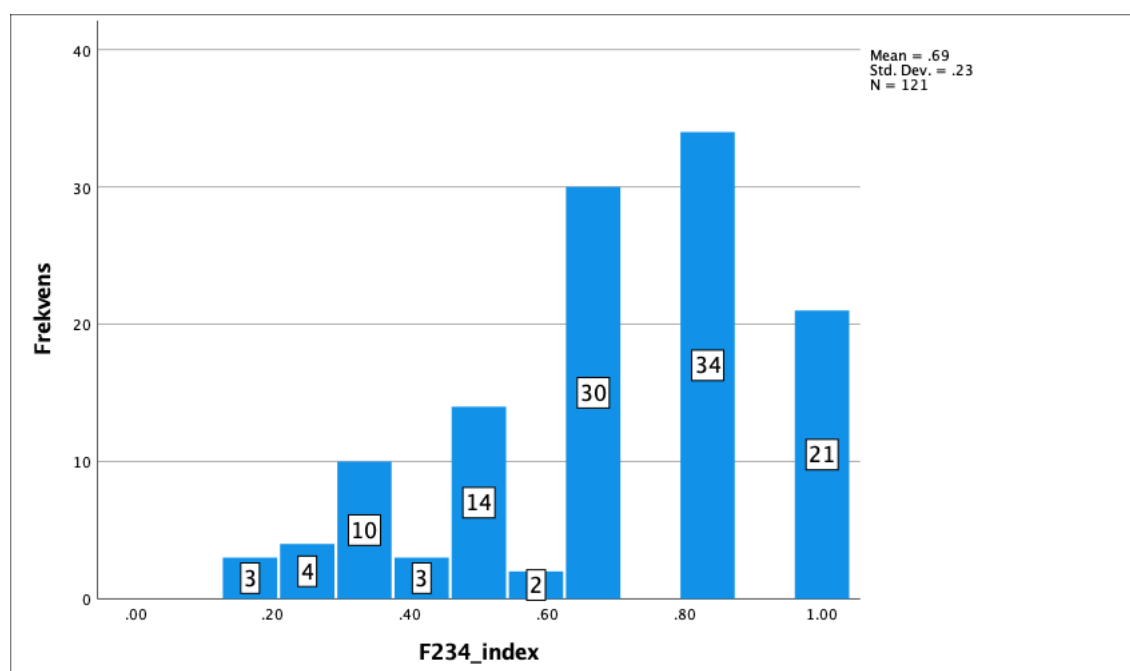
[F4] Dokumenterar verksamheten <i>klienters livssituation</i> och deras <i>inställning</i> till insatser/ behandlingar?	n	%
[S1] Ja, regelbundet och strukturerat.	96	79,3%
[S2] Ja, regelbundet men <i>utan</i> fast struktur.	9	7,4%
[S3] Ja, vid behov och strukturerat.	8	6,6%
[S4] Ja, vid behov men <i>utan</i> fast struktur.	5	4,1%
[S5] Nej.	3	2,5%
Totalt	121	100%

Så gott som alla (97,5%) dokumenterar klientfaktorer. Drygt 12% (14/121) har dock ingen fast struktur vilket kan göra det svårare att utvärdera praktiken, särskilt om man är osäker på vilka faktorer som bör dokumenteras. Vi gissar att den vanligaste strukturen är BBIC, ev. i kombination med strukturerade bedömningsinstrument. Oavsett vilket struktur man använder, är det också viktigt med rutiner som utgår från målet med insatsen/uppdraget. 87% (S1+S2) tycks ha sådana rutiner, medan 11% (S3+S4) dokumenterar vid behov.

### 6.3.4 Goda dokumentationsrutiner

Som mått på hur goda dokumentationsrutinerna är i undersökningspopulationen använder vi det sammanlagda medelvärdet ( $\mu$ ) per respondent, för enkätfrågorna F2–F4. Måttet baseras på den kodning som redovisas i metodkapitlet (avsnitt 5.5.3) och resulterar i ett värde mellan 1 (goda dokumentationsrutiner) och 0 (inte goda). Hur många som fått respektive medelvärde framgår av histogrammet.

Figur 6.3.4 Medelvärden för goda dokumentationsrutiner (histogram)



Dokumentationsrutinerna är i genomsnitt goda med medelvärdet 0,69 på skalan 0–1. Men som histogrammet visar har 34 (28%) av respondenterna ett medelvärde i den nedre halvan av skalan.

### 6.3.5 Samband

Figur 6.3.5.1 Samband mellan dokumentationsrutiner och grundlig utvärdering (korstabell)

	Medelvärde för [F2-F4] Hur goda dokumentationsrutinerna är																				
	.17		.25		.33		.42		.50		.58		.67		.83		1.00		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Medelvärde för [F5-F7] Hur grundligt behandlingar utvärderas	2.50	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	20.6%	7	33.3%	14	11.6%
	2.17	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	3	8.8%	3	14.3%	10	8.3%
	1.83	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	1	3.3%	7	20.6%	5	23.8%	14	11.6%
	1.67	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	3	10.0%	1	2.9%	2	9.5%	7	5.8%
	1.50	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	5	16.7%	2	5.9%	0	0.0%	8	6.6%
	1.33	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	3	8.8%	2	9.5%	8	6.6%
	1.00	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	2	6.7%	1	2.9%	0	0.0%	5	4.1%
	.83	1	33.3%	1	25.0%	0	0.0%	1	33.3%	2	14.3%	1	50.0%	4	13.3%	6	17.6%	0	0.0%	16	13.2%
	.50	1	33.3%	2	50.0%	2	20.0%	1	33.3%	4	28.6%	0	0.0%	6	20.0%	3	8.8%	1	4.8%	20	16.5%
	.00	1	33.3%	0	0.0%	7	70.0%	0	0.0%	4	28.6%	1	50.0%	4	13.3%	1	2.9%	1	4.8%	19	15.7%
Total		3	100%	4	100%	10	100%	3	100%	14	100%	2	100%	30	100%	34	100%	21	100%	121	100%

Vi är medvetna om att tabellen är svårläst, åtminstone i pappersformat. Den visar dock på ett tydligt samband där höga medelvärden vad gäller dokumentationsrutiner korrelerar med höga medelvärden för hur grundligt man utvärderar behandlingar.

**Tabell 6.3.5.2 Sambandsmått**

		Value	Asymptotic Standard Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.915			.013
	Cramer's V	.323			.013
Interval by Interval	Pearson's R	.600	.055	8.172	<.001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.610	.058	8.397	<.001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		121			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Eftersom vi testar två variabler med ordinal skalnivå läser vi Spearman's "rho", där koefficienten 0,610 indikerar ett starkt samband (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 151; Akoglu 2018).

**Tabell 6.3.5.3 Signifikanstest (chi<sup>2</sup>-test)**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	101.259 <sup>a</sup>	72	.013
Likelihood Ratio	109.677	72	.003
Linear-by-Linear Association	43.136	1	<.001
N of Valid Cases	121		

a. 88 cells (97.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

P-värdet 0,013 innebär att sambandet är signifikant för vår population på 95%-nivån och att vi därmed kan svara jakande på vår frågeställning.

## 6.4 Verksamhetsinriktning

Uppsatsens fjärde frågeställning lyder: *Är HVB som huvudsakligen utför behandling, grundligare i sin utvärdering än de som huvudsakligen utför omsorg?* För att besvara frågan jämför vi svaren från enkätfråga F8 med vårt "grundlighetsindex".

Vår frågeställning utgår från tanken, att olika verksamhetsinriktningar kan ha eller uppleva olika behov när det gäller utvärdering. Ett HVB vars verksamhet är inriktad på behandling

kan tänkas ha större behov eller intresse av att utvärdera behandlingseffekter, än ett HVB som är inriktat på omsorg. För att kunna undersöka eventuella samband har vi bitt respondenterna att skatta sina verksamheters huvudsakliga inriktning.

### 6.4.1 Självskattning

**Tabell 6.4.1 Respondenternas självskattning av verksamhetsinriktning (frekvenstabell)**

[F8] Vilken är verksamhetens huvudsakliga inriktning?	n	%
<i>Kommentar: Med omsorg menar vi praktik som fokuserar på trygghet, relationsskapande och praktiska färdigheter, till exempel ADL-träning och förhållningssätt som lågaffektivt bemötande.</i>		
[S1] Behandling huvudsakligen med evidensbaserade metoder.	73	60,3%
[S2] Behandling med få inslag av evidensbaserade metoder.	31	25,6%
[S3] Omsorg, med få eller inga behandlingsinslag.	17	14,0%
Totalt	121	100%

Hela 86% av respondenterna har svarat att de huvudsakligen arbetar med behandling, vilket delvis överensstämmer med den forskning som presenterades i avsnitt 4.7 där en liknande majoritet sade sig ha tillgång till psykosociala behandlingsmetoder.

### 6.4.2 Samband

**Tabell 6.4.2.1 Samband mellan verksamhetsinriktning och grundlig utvärdering (korstabell)**

		[F8] Verksamhetens självskattade inriktning						Total	
		[S3] Omsorg		[S2] Behandling utan EBI		[S1] Behandling med EBI		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Medelvärde för [F5-F7] Hur grundligt behandlingar utvärderas	2.50	0	0.0%	1	3.2%	13	17.8%	14	11.6%
	2.17	0	0.0%	3	9.7%	7	9.6%	10	8.3%
	1.83	0	0.0%	3	9.7%	11	15.1%	14	11.6%
	1.67	0	0.0%	0	0.0%	7	9.6%	7	5.8%
	1.50	1	5.9%	3	9.7%	4	5.5%	8	6.6%
	1.33	0	0.0%	3	9.7%	5	6.8%	8	6.6%
	1.00	0	0.0%	2	6.5%	3	4.1%	5	4.1%
	.83	1	5.9%	3	9.7%	12	16.4%	16	13.2%
	.50	5	29.4%	8	25.8%	7	9.6%	20	16.5%
	.00	10	58.8%	5	16.1%	4	5.5%	19	15.7%
<b>Total</b>		17	100.0%	31	100.0%	73	100.0%	121	100.0%

Samtliga av de 38 verksamheter som är mycket grundliga i sin utvärdering ( $\mu \geq 1,75$ ) arbetar huvudsakligen med behandling (S1+S2), varav 31 (82%) tillhör den kategori (S1) som svarat



att de huvudsakligen arbetar med evidensbaserade metoder (i tabellen har vi av utrymmesskäl skrivit EBI, evidensbaserade interventioner). Bland de 17 som huvudsakligen arbetar med omsorg (S3) är 16 (94%) inte grundliga ( $\mu < 1$ ). Det tycks alltså finnas ett samband.

**Tabell 6.4.2.2 Sambandsmått**

		Value	Asymptotic Standard Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.647			<.001
	Cramer's V	.457			<.001
Interval by Interval	Pearson's R	.511	.064	6.490	<.001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.497	.072	6.242	<.001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		121			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Eftersom vi testar två variabler med ordinal skalnivå läser vi Spearman's "rho", där koefficienten 0,497 indikerar ett medelstarkt–starkt samband (Barmark & Djurfeldt 2020, s. 151; Akoglu 2018).

**Tabell 6.4.2.3 Signifikanstest (chi<sup>2</sup>-test)**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	50.633 <sup>a</sup>	18	<.001
Likelihood Ratio	53.696	18	<.001
Linear-by-Linear Association	31.369	1	<.001
N of Valid Cases	121		

a. 23 cells (76.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .70.

P-värdet < 0,001 innebär att sambandet är signifikant för vår population på 99,9%-nivån och att vi därmed kan svara jakande på vår frågeställning.

## 7 Diskussion

Undersökningen har visat en relativt stor variation i hur grundliga HVB för barn och unga är när det gäller att utvärdera sin praktik. Generellt sett är de HVB som huvudsakligen arbetar med behandling grundligare än de som huvudsakligen arbetar med omsorg, varav de som huvudsakligen använder evidensbaserade metoder är mest grundliga. Men resultaten visar också att hela 45% av verksamheterna i den senare kategorin *inte* är grundliga, vilket innebär att de bara har svarat jakande på 1 av våra 3 enkätfrågor om utvärdering.

Bland de som svarat nekande har relativt få verksamheter uppgivit att de är osäkra på hur man utvärderar, vilket kontrasterar något med de rapporter som nämndes i inledningen och som påvisar brister i kunskap och kompetens (Forte & SBU 2019; Socialstyrelsen 2020b). Det är också få som menar att de saknar behov av utvärdering eller anser att behandlingseffekter beror på andra faktorer än de vi efterfrågat. Det stora flertalet nekande svar har istället angivit antingen ”andra skäl”, eller att det saknas tillförlitliga instrument framför allt när det gäller behandlingskompetens och följsamhet.

Vi har spekulerat kring om andra skäl kan handla om tid och/eller resurser, eftersom detta då och då nämns i forskning (till exempel IVO 2020a; Nykänen 2017). Vi menar själva att det är en brist i undersökningen att den saknar ett uttryckligt sådant svarsalternativ, och vi har också i efterhand tänkt att det kunde vara intressant att veta i vilken utsträckning behandlare har motstånd mot att bli utvärderade. När det gäller avsaknad av tillförlitliga instrument tänker vi att så mycket väl kan vara fallet, till exempel när behandlingar baseras på kombinationer av metoder eller delar av metoder (SBU 2016). Samtidigt bygger ju alla program på teori och borde därför vara möjliga att utvärdera (jfr Bergström 2020; Forster & Ogden 2012).

En möjlig förklaring till våra resultat, är att de avspeglar hur begrepp som *evidensbaserade metoder* har blivit institutionaliserade inom socialt arbete och används av många HVB som en marknadsstrategi som anspelar på professionella och professionsetiska logiker, trots att knappast någon av metoderna har blivit effektutvärderad (Bergström 2020; Hjärpe 2020; Lundström *et al.* 2020; Vårdanalys 2016). Där är alltså inte nödvändigtvis så, att de respondenter som har skattat verksamheternas inriktning som huvudsakligen behandlande

med evidensbaserade metoder faktiskt använder metoder med vetenskapligt stöd, eller har ambitioner att höja kvaliteten på sina verksamheter med hjälp av utvärdering.

Undersökningen visade också på samband mellan grundlighet i utvärdering och å ena sidan i vilken utsträckning verksamheterna läser och värderar forskning, samt å andra sidan hur goda dokumentationsrutiner i förhållande till utvärdering verksamheterna har.

I det första fallet bekräftade våra resultat tidigare forskning från Socialstyrelsen (2020b) som visat att cirka 20% läser vetenskapliga publikationer och att Socialstyrelsens webbplatser är den dominerande källan för kunskapsinhämtning (i vår studie uppgav 70% av respondenterna att de huvudsakligen hämtar information om evidens från myndighetspublikationer). Att riktlinjemodellen är så dominerande kan bero på att verksamheterna saknar den kompetens och/eller de resurser som krävs för att själva värdera ofta tvetydiga forskningsresultat (Bergmark & Lundström 2011; Nykänen 2017).

Vår undersökning visar att de som arbetar enligt ”critical appraisal” utvärderar sina praktiker grundligare än de som följer riktlinjemodellen. Detta trots att myndighetspublikationer ofta är tydliga med behovet av utvärdering (jfr Socialstyrelsen 2020a). Resultaten kan dock avspegla att sådana publikationer kommer från auktoritativa avsändare, vilket kan leda till minskad kontroll av forskningsresultat och till minskat utrymme för praktikers expertis, samt för brukares kunskaper och erfarenheter (Finne 2021; Bergmark 2007).

När det gäller dokumentationsrutiner är det största problemet i förhållande till utvärdering sannolikt att många HVB saknar IT-system med heltäckande stöd (Zimic 2019; Vårdanalys 2016). Svärd & Zimic (2021) uppger att det är vanligt att HVB för barn och unga har omoderna IT-system och menar att det kan avspegla att HVB-föreståndare lägger större vikt vid erfarenhetsbaserad kunskap kring metoder än vid teoretisk kunskap. I vår undersökning har dock så många som 54% av respondenterna svarat att de saknar vissa funktioner i förhållande till utvärdering, vilket kan tyda på att de upplever behov av bättre stöd för bland annat utvärdering i sina IT-system. Det kan eventuellt vara så att det saknas sådana IT-system på marknaden tänker vi, vilket i så fall är en ”käpp i hjulet” i förhållande till utvärdering.

Avslutningsvis vill vi säga att det har varit mycket spännande och lärorikt att fördjupa oss i det här ämnet. Uppsatsens styrka, som vi ser det, är antalet respondenter och att det nu finns

någon form av statistik kring utvärderingspraktiker inom HVB för barn och unga. Vi hade absolut velat ställa fler frågor och hade vi bara vetat att vi skulle få så många svar så hade vi också vågat lite mer. Vi är trots det nöjda med uppsatsen och mycket tacksamma för all den hjälp vi fått på vägen.

## 7.1 Förslag på vidare forskning

Forskning visar att det finns ett stort intresse för den här typen av frågor (Forte & SBU 2019; Socialstyrelsen 2020b) och vi har i ljuset av detta tänkt att uppsatsen kan tjäna som referens för framtida undersökningar för att visa på utvecklingstendenser. Den har emellertid också sina begränsningar, varav vi redan nämnt några. Skulle vi undersöka det här ämnet igen, hade vi dels fördjupat oss mer i teoretiska perspektiv kring dokumentation och utvärdering, dels ställt betydligt fler frågor och sannolikt kombinerat dem med ett antal intervjuer.

# Referenslista

- Akoglu, H (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3): 91–93. <https://doi.org/10.1016%2Fj.tjem.2018.08.001>
- Artologik (2019). *GDPR – personuppgifter i Artologik Survey&Report*. Växjö: Artologik.
- Avby, G (2015). *Evidence in Practice: On Knowledge Use and Learning in Social Work* [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, pedagogik och sociologi. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-117912>
- Barber, J (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy research*, 19(1): 1–12. <https://doi.org/10.1080/10503300802609680>
- Barmark, M & Djurfeldt, G (2020). *Statistisk verktygslåda 0: Att förstå och förändra världen med siffror*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, A (2007). Riktlinjer och den evidensbaserade praktiken – en kritisk granskning av de nationella riktlinjerna för missbrukarvård i Sverige. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 24(5): 519–529. <https://doi.org/10.1177/145507250702400514>
- Bergmark, A & Lundström, T (2011). Guided or independent? Social workers, central bureaucracy and evidence-based practice. *European Journal of Social Work*, 14(3): 323–337. <https://doi.org/10.1080/13691451003744325>
- Bergström, M (2020). Om vikten av att socialarbetare kan värdera en insats för barn i social dygnsvård. I L Harrysson & G Andersson (Red.), *Barn och socialt arbete: Socialhögskolans årsbok 2019*, ss. 65–72. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan. <https://portal.research.lu.se/sv/publications/barn-och-socialt-arbete-socialhögskolans-årsbok-2019>
- Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2 uppl.). Stockholm: Liber.
- Denvall, V & Johansson, K (2012). Kejsarens nya kläder: Implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 19(1): 26–45. <https://doi.org/10.3384/SVT.2012.19.1.2453>
- Drisko, J & Grady, M (2015). Evidence-Based Practice in Social Work: A Contemporary Perspective. *Clinical Social Work Journal*, 43: 274–282. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0548-z>
- Finne, J (2021). Evidence-based practice in social work: Who are the critics? *Journal of Social Work*, 21(6): 1433–1449. <https://doi.org/10.1177/1468017320955131>
- Forster, M & Ogden, T (2012). Behandlingstrohet. I K Sundell (Red.), *Att göra effektutvärderingar*, ss. 271–312. Stockholm: Socialstyrelsen och Gothia. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/evidensbaserad-praktik-att-gora-effektutvarderingar.pdf>

- Forte & SBU (2019). *Prioriteringar för forskning om socialtjänsten – Perspektiv från brukare, policy och praktik*. Stockholm: Granath. <https://forte.se/publikation/prioriteringar-forskning-om-socialtjansten/>
- Gambrill, E (2006). Evidence-Based Practice and Policy: Choices ahead. *Research on Social Work practice*, 16(3): 338–357. <http://doi.org/10.1177/1049731505284205>
- Gottfredsson, D, Cook, T, Gardner, F, Gorman-Smith, D, Howe, G, Sandler, I & Zaffit, K (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prevention Science*, 16: 893–926. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x>
- Gušić, S, Gunge, I & Andersson, J (2019). *En viktig bok om omsorg: Metodhandbok i att stötta ensamkommande unga*. Malmö: Region Skåne. <https://vardgivare.skane.se/patientadministration/vard-av-personer-fran-andra-lander/migration-asyll/ensamkommande-barn-ungdomar/en-viktig-bok-om-omsorg/>
- Görman, U (2021). *Vägledning för etikprövning av forskning inom HT-fakulteterna*. Lund: Lunds universitet. [https://www.ht.lu.se/fileadmin/user\\_upload/ht/dokument/Fakulteterna/policydok\\_planer/Etikvaegledning\\_2021\\_WEBB.pdf](https://www.ht.lu.se/fileadmin/user_upload/ht/dokument/Fakulteterna/policydok_planer/Etikvaegledning_2021_WEBB.pdf)
- Hjärpe, T (2020). *Mätning och motstånd: Sifferstyrning i socialtjänstens vardag* [Doktorsavhandling]. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan. <https://lup.lub.lu.se/record/40a723ea-da90-4435-ab45-e373d0b12c9a>
- IVO (2018). *Får barn som bor på HVB tillräckligt stöd av socialtjänsten? Nationell tillsyn av socialtjänstens uppföljningar gällande vården av barn som bor i HVB*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO). <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/far-barn-som-bor-pa-hvb-tillrackligt-stod-av-socialtjansten/>
- IVO (2020). *Sociala barn- och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården S2019/01922/FST*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO). <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/sociala-barn--och-ungdomsvarden/>
- IVO (2021a). *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO). [https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/ivo\\_vhis-2020.pdf](https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/ivo_vhis-2020.pdf)
- IVO (2021b). *Digital tjänst för information om HVB och stödboenden för barn och unga*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO). <https://publik-statistik.ivo.se/PBIRS/powerbi/HVB/Förteckning%20HVB%20och%20stödboenden>
- Konkurrensverket (2017). *Marknaden för hem för vård eller boende för ensamkommande och andra barn och unga*. Stockholm: Konkurrensverket. <https://www.konkurrensverket.se/informationsmaterial/rapportlista/marknaden-for-hem-for-vard-eller-boende-for-ensamkommande-och-andra-barn-och-unga/>

- Levinsson, M (2013). *Evidens och existens: Evidensbaserad undervisning i ljuset av lärares erfarenheter* [Doktorsavhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för didaktik och pedagogisk profession. <http://hdl.handle.net/2077/32807>
- Lind, Rolf (2019). *Vidga vetandet: Teori, metod och argumentation i samhällsvetenskapliga undersökningar* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- LU (2021a). *SUNET Survey* (Medarbetarwebben). Lund: Lunds universitet. <https://www.medarbetarwebben.lu.se/forska-och-utbilda/stod-till-utbildning/utbildningsadministration/studieadministrativa-system/sunet-survey-enkatverktyg>
- LU (2021b). *Information till forskare* (SUNET Surveys utbildningssida i Canvas). Lund: Lunds universitet. <https://canvas.education.lu.se/courses/13166>
- Lundström, T & Shanks, E (2013). Hård yta men mjukt innanmäte: Om hur chefer inom den sociala barnvården översätter evidensbaserat socialt arbete till lokal praktik. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 20(2): 108–126. <https://doi.org/10.3384/SVT.2013.20.2.2436>
- Lundström, T, Sallnäs, M & Shanks, E (2020). Stability and change in the field of residential care for children: On ownership structure, treatment ideas and institutional logics. *Nordic Social Work Research*, 10(1): 39–50. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1541016>
- Nykänen, P (2017). Critical appraisal: Riktlinjer och praktikerns dilemma. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 24(3–4): 219–237. <https://doi.org/10.3384/SVT.2017.24.3-4.2386>
- Olsson, M, Hansson, K & Cederblad, M (2008). A follow-up study of adolescents with conduct disorder: can long-term outcome be predicted from psychiatric assessment data? *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2): 121–129. <http://doi.org/10.1080/08039480801960321>
- Pålsson, David (2018). *The Prerequisites and Practices of Auditing Residential Care: On the Licensing and Inspection of Residential Homes for Children in Sweden* [Doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholms universitet, Socialhögskolan. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-151624>
- Rasmusson, B (2009). *Analys, bedömning och beslut i utredningar enligt BBIC*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/5607643/1363851.pdf>
- Regenthal, J (2021). *Hem för vård eller boende och evidensbaserad praktik: en kartläggning av verksamheternas likheter och egenheter* [Självständigt arbete på avancerad nivå]. Uppsala: Uppsala universitet, Centrum för socialt arbete (CESAR). <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-444854>
- Sackett, D, Rosenberg, W, Gray, M, Haynes, B & Richardson, S (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(0): 71–2. <http://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- SAOB (2022). Uppslagsordet *grundlig* i Svenska Akademiens ordbok (onlineversionen); [https://svenska.se/saob/?id=G\\_0889-0233.Rplo&pz=7](https://svenska.se/saob/?id=G_0889-0233.Rplo&pz=7)

- Satterfield, J, Spring, B, Brownson, R, Mullen, E, Newhouse, R, Walker, B & Whitlock, E (2009). Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. *The Milbank Quarterly*, 87(2): 368–390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>
- SBU (u.å.). *Ordförklaringar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/sv/metod/ordforklaringar/>
- SBU (2016). *Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård: En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/252>
- SBU (2018). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon: En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/279>
- SBU (2019). *Risk- och behovsbedömning av ungdomar avseende återfall i våld och annan kriminalitet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/303>
- SBU (2020a). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/metodbok>
- SBU (2020b). *Utsatta barn och unga: Bättre metoder för stöd och hjälp*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). <https://www.sbu.se/401-20>
- Socialstyrelsen (2012). *Om standardiserade bedömningsmetoder*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-12-9.pdf>
- Socialstyrelsen (2014). *Systematisk uppföljning: Beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-6-25.pdf>
- Socialstyrelsen (2018). *Om nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-nationella-riktlinjer/>
- Socialstyrelsen (2020a). *Att arbeta evidensbaserat: Ett stöd för praktiskt arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6930.pdf>
- Socialstyrelsen (2020b). *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2019. Den femte undersökningen om kommunala enhetschefers syn på evidensbaserad praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/publicerat/>
- Socialstyrelsen (2020c). *Placerade barn och unga: Handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2020-3-6640.pdf>



- Socialstyrelsen (2020d). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-8-6871.pdf>
- Socialstyrelsen (2021). *Fler öppna jämförelser inom socialtjänstlagen: Möjligheter och former för fler öppna jämförelser för HVB*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2021-3-7199.pdf>
- SOU (2014:3). *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga*. Stockholm: Socialdepartementet. <https://www.sou.gov.se>
- SOU (2015:71). *Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU*. Stockholm: Socialdepartementet. <https://www.sou.gov.se>
- SOU (2020:47). *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet. <https://www.sou.gov.se>
- Sundell, K & Ogden, T (2012). Introduktion. I K Sundell (Red.), *Att göra effektutvärderingar*, ss. 19–46. Stockholm: Socialstyrelsen och Gothia. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/evidensbaserad-praktik-att-gora-effektutvarderingar.pdf>
- Svärd, P & Zimic, S (2021). *Slutrapport: Innovativ och samskapande informationshantering för uppföljning av Hem för Vård eller Boende (HVB): I samverkan mellan Mittuniversitetet och Örnsköldsviks och Härnösands Kommun*. Sundsvall: Mittuniversitetet, Institutionen för informationssystem och –teknologi. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:miun:diva-43998>
- Topor, A (2006). Vetenskaplighetens dunkla subjektivitet: Om en kunskapsöversikt från Socialstyrelsen. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13(3): 195–211. <https://doi.org/10.3384/SVT.2006.13.3.2602>
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Vårdanalys (2016). *Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). <https://www.vardanalys.se/rapporter/hittar-vi-hem/>
- Vårdanalys (2018). *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). <https://www.vardanalys.se/rapporter/lika-lage-for-alla/>
- Värdforetagarna (2021). *Privat värd fakta 2021: Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*. <https://www.vardforetagarna.se/vardfakta/individ-och-familj/>
- Yoon, S, Speyer, R, Cordier, R, Aunio, P, & Hakkarainen, A (2021a). A Systematic Review Evaluating Psychometric Properties of Parent or Caregiver Report Instruments on Child

- Maltreatment: Part 1: Content Validity. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5): 1013–1031. <https://doi.org/10.1177/1524838019898456>
- Yoon, S, Speyer, R, Cordier, R, Aunio, P & Hakkarainen, A (2021b). A Systematic Review Evaluating Psychometric Properties of Parent or Caregiver Report Instruments on Child Maltreatment: Part 2: Internal Consistency, Reliability, Measurement Error, Structural Validity, Hypothesis Testing, Cross-Cultural Validity, and Criterion Validity. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5): 1296–1315. <https://doi.org/10.1177/1524838020915591>
- Zimic, S (2019). *Mätandets logik i fronesis land: Om systematisk uppföljning och idén om en kunskapsbaserad socialtjänst – en studie i Västernorrland*. Härnösand: Kommunförbundet FoU Västernorrland. <https://www.fouvasternorrland.se/publicerat.html>
- Örn, P (2017). *Vanligt med negativa behandlingseffekter* (artikel). Psykologtidningen. Hämtad 2022-01-02 från <http://psykologtidningen.se/2017/02/07/vanligt-med-negativa-behandlingseffekter/>

# Bilaga 1: Enkät

## 1. Från vilken typ av *källmaterial* hämtas huvudsakligen information om vetenskaplig evidens för de metoder som används i verksamheten?

*Kommentar: Med vetenskaplig evidens menar vi resultat från forskning som ger anledning att förvänta sig vissa effekter av en metod. Med kollegor menar vi personer med samma/liknande utbildning.*

- Forskning*; det vill säga metastudier och kunskapssammanställningar från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Cochrane Collaboration och liknande, samt vetenskapliga publikationer med kollegial granskning (peer-review).
- Riktlinjer*, utredningar och andra publikationer från myndigheter som Socialstyrelsen och intresseorganisationer som Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- Dokument och andra texter *författade* av kollegor, utbildningsanordnare, m.m. *kombinerat med vår egen granskning* av (eller jämförelse med) forskningsunderlag.
- Dokument och andra texter *författade* av kollegor, utbildningsanordnare, m.m. *utan egen granskning* av (eller jämförelse med) forskningsunderlag.
- Vi söker *inte* information om vetenskaplig evidens.

## 2. Har verksamheten *IT-dokumentationssystem* med stöd för namngivna metoder och systematisk utvärdering av insatser/behandlingar?

- Ja, med *grundligt* stöd för de metoder vi använder, även när det gäller utvärdering.
- Ja *delvis*, men vi saknar vissa funktioner.
- Nej.

## 3. Dokumenterar verksamheten *egna bedömningar* kring varför valda metoder kommer att ge positiva effekter?

- Ja, för varje uppdrag.
- Ja, vid behov.
- Nej.

## 4. Dokumenterar verksamheten *klienters livssituation* och deras *inställning till insatser/behandlingar*?

- Ja, regelbundet och strukturerat.
- Ja, regelbundet men *utan* fast struktur.
- Ja, vid behov och strukturerat.
- Ja, vid behov men *utan* fast struktur.
- Nej.

#### 5. Utvärderar verksamheten *effekter* av behandlingar?

*Kommentar: Med evidensbaserat/etablerat instrument menar vi ett standardiserat och beprövat sätt att mäta som utgår från aktuell teori och förståelse bakom metoden, till exempel Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS).*

- Ja, helt eller delvis med evidensbaserade/etablerade instrument.
- Ja, men *inte* med evidensbaserade/etablerade instrument.
- Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.
- Nej, eftersom vi inte har behov av det.
- Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.
- Nej, av andra skäl.

#### 6. Utvärderar verksamheten *följsamhet* i behandlingar (hur nära man håller sig till den teori och de tekniker som är typiska för metoden)?

*Kommentar: Med evidensbaserat/etablerat instrument menar vi ett standardiserat och beprövat sätt att mäta som utgår från aktuell teori och förståelse bakom metoden, till exempel YACS, CTACS för KBT, PACS-SE för PDT, MITI för MI, TAM för MST, et cetera.*

- Ja, helt eller delvis med evidensbaserade/etablerade instrument.
- Ja, men *inte* med evidensbaserade/etablerade instrument.
- Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.
- Nej, eftersom behandlingseffekten beror på andra faktorer.
- Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.
- Nej, av andra skäl.

#### 7. Utvärderar verksamheten *kompetens* i behandlingar (t.ex. i vilken utsträckning avsteg från metoden beror på bristande färdigheter hos behandlaren)?

- Ja, helt eller delvis med evidensbaserade/etablerade instrument.
- Ja, men *inte* med evidensbaserade/etablerade instrument.
- Nej, eftersom det saknas tillförlitliga instrument.
- Nej, eftersom behandlingseffekten beror på andra faktorer.
- Nej, eftersom vi är osäkra på hur man gör.
- Nej, av andra skäl.

#### 8. Vilken är verksamhetens huvudsakliga inriktning?

*Kommentar: Med omsorg menar vi praktik som fokuserar på trygghet, relationsskapande och praktiska färdigheter, till exempel ADL-träning och förhållningssätt som lågaffektivt bemötande.*

- Behandling *huvudsakligen* med evidensbaserade metoder.
- Behandling med få inslag av evidensbaserade metoder.
- Omsorg, med få eller inga behandlingsinslag.

## Bilaga 2: Missivbrev

Utskick 2021-12-07 kl. 11:00

Hej,

Vi är två studenter vid Socialhögskolan i Lund som skriver en kandidatuppsats om evidensbaserad praktik inom HVB. Om du har **2–3 minuter till övers för att svara på en kort anonym enkät** så skulle det verkligen hjälpa oss.

Enkäten kommer ni till om ni klickar på länken under denna text. Vi använder universitetets eget enkätverktyg och vi garanterar att era uppgifter samt svar kommer att vara anonyma och inte användas för något annat än uppsatsen.

`$SurveyURLWithLoginIncluded$`

Bästa hälsningar,

Jonas Nilsson

Leon Mansfeld

Påminnelse 2021-12-14 kl. 00:00

Hej,

För en vecka sedan skickade vi en förfrågan till er om att delta i en kort anonym enkätundersökning om evidensbaserad praktik vid HVB. Det här mailet är en automatisk påminnelse som skickas till alla som inte har besvarat enkäten. Vi vill inte vara påflugna och respekterar naturligtvis om man inte vill delta, det är bara det att vi försöker få så bra dataunderlag som möjligt. Vi söker svar från alla typer av HVB för barn och unga, även verksamheter som inte huvudsakligen arbetar med behandling. Om du inte vill delta men tänker att det kan finnas någon annan i er verksamhet som kan vilja, skulle vi vara jättetacksamma om du vidarebefordrar meddelandet. Undersökningen stänger på fredag den 17/12 kl. 23:59.

Vi är två studenter vid Socialhögskolan i Lund som skriver en kandidatuppsats om evidensbaserad praktik inom HVB. Om du har **2–3 minuter till övers för att svara på en kort anonym enkät** så skulle det verkligen hjälpa oss.

Enkäten kommer ni till om ni klickar på länken under denna text. Vi använder universitetets eget enkätverktyg och vi garanterar att era uppgifter samt svar kommer att vara anonyma och inte användas för något annat än uppsatsen.

`SurveyURLWithLoginIncluded`

Bästa hälsningar,  
Jonas Nilsson  
Leon Mansfeld

## Tackbrev 2021-12-17 23:59

Hej,

Tusen tack för er medverkan i vår enkätundersökning!

Uppsatsen kommer att publiceras via universitetet under våren. Om ni är intresserade kan ni hitta den via den här länken <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/organization/V1000688>

Om ni vill att vi kontaktar er när den är tillgänglig så maila till

[jo6814ni-s@student.lu.se](mailto:jo6814ni-s@student.lu.se)

Bästa hälsningar,  
Jonas Nilsson  
Leon Mansfeld

# Bilaga 3: Samtycke

## Samtyckesformulär

Bäste respondent,

Följande enkätundersökning samlar in underlag till vår kandidatuppsats om evidensbaserad praktik som vi skriver vid Socialhögskolan i Lund. För att besvara enkäten behöver du lämna samtycke.

Undersökningen genomförs med universitets enkätverktyg Sunet Survey och är anonym, vilket innebär att vi har gjort vad vi kan för att följa GDPR (EU:s dataskyddsförordning) och att ansvaret för datasäkerheten vilar på universitetet. Respondenternas namn och e-postadress läggs in i en distributionslista där man kan se svarsstatus, men själva enkätsvaren kan inte kopplas till någon specifik respondent. Efter examination kommer listan att förstöras, vilket innebär att enbart de anonyma svaren blir kvar.

Med vänliga hälsningar,

Jonas Nilsson

Leon Mansfeld

## Meddelande vid nekat samtycke

Du har nekad samtycke. Tack ändå för att du tog dig tid! / Jonas & Leon

# Bilaga 4: Indikatorer på EBP

Följande indikatorer är hämtade från Gambrill (2006, s. 343) och en tabell med titeln *Indicators of the Choice of a Systemic View of Evidence-Based Practice (EBP)*:

## Researchers

- Focus on questions that arise most often at the coal face.
- Use rigorous tests of questions; for example, use guidelines described in the CONSORT statement.
- Prepare systematic reviews.
- Clearly describe methodological limitations and conceptual controversies.
- Clearly and accurately describe well-argued, alternative views. Seek client input regarding valued outcomes (e.g., quality of life). Avoid inflated claims of knowledge (methods used do not warrant them).

## Practitioners

- Pose well-structured answerable questions related to information needs.
- Critically appraise different kinds of practice-related research. Search effectively and efficiently for research findings related to important questions.
- Decrease common errors in integrating data.
- Purchase services from agencies that offer practices shown to help clients.
- Do not purchase services from agencies that provide ineffective or harmful programs.
- Involve clients as informed participants.
- Report errors made and suggest causes.
- Form journal clubs to select and answer questions that arise.
- Raise questions about agency practices and policies.
- Be involved as informed participants; be accurately informed regarding the evidentiary status of services used.
- Accurately evaluate the effects of their services.
- Consider values and preferences in selecting assessment, intervention, and evaluation methods.

## Supervisors

- Model EBP skills.
- Provide timely corrective feedback to staff.
- Advocate on behalf of staff to administrators for resources needed for EBP.



## Administrators

- Provide needed training for staff on key EBP skills.
- Provide tools required for EBP.
- Arrange and maintain incentive systems that promote EBP.
- Model critical appraisal (e.g., avoid propaganda strategies and welcome questions from staff).
- Arrange a user-friendly way to gather errors and information about related causes and design ways to minimize avoidable errors. Arrange a user-friendly complaint and compliment system for clients and use collected data to improve services.
- Arrange an environment that provides corrective feedback allowing staff to learn how to improve services.

## Professional Educators

- Accurately describe biases and knowledge limitations.
- Clearly describe negative findings and conceptual controversies regarding preferred views.
- Clearly describe well-argued alternative views and related positive effects.
- Use formats shown to be effective in helping students acquire EBP knowledge and skills.
- Provide critical feedback in a supportive environment that allows students to “educate their intuition” (Hogarth, 2001).

## Clients

- Offer feedback regarding services.
- Get access to clear, accurate descriptions of services offered and alternatives including their risks and benefits in readily available brochures and/or user-friendly computer programs.
- Receive on-going feedback based on specific, relevant progress indicators.