



**FORTE**

Forskningsrådet för  
hälsa, arbetsliv och välfärd

# **SVENSKA EFFEKT- UTVÄRDERINGAR AV BETEENDEMÄSSIGA, PSYKOLOGISKA OCH SOCIALA INSATSER**

1990-2019

Text: Knut Sundell och Tina Olsson

Extern granskare: Terje Ogden

Foto: Scandinav

ISBN: 978-91-88561-38-1

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Box 38084, 100 64 Stockholm

Telefon: 08-775 40 70, e-post: [forte@forte.se](mailto:forte@forte.se)

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

# Förord

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte, driver sedan 2017 ett nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning på uppdrag av regeringen. Visionen för programmet är att genom forskning bidra till en mer evidensbaserad socialtjänst som bättre kan möta utmaningarna i samhället, inom socialtjänsten och för de personer och närstående som berörs av socialtjänstens insatser. Syftet med programmet är att främja långsiktig kunskapsuppbyggnad och utveckling inom socialtjänstens verksamhetsområden genom att stärka praktik- och klientnära forskning, inklusive interventionsstudier.

Programmet finansierar forskning inom åtta prioriterade forskningsområden. Områdena identifierades och prioriterades i samband med framtagandet av programmets strategiska agenda 2019<sup>1</sup>, genom omfattande diskussioner med forskare, representanter för socialtjänsten, brukar- och intresseorganisationer samt andra relevanta samhällsaktörer. Ett av de åtta prioriterade forskningsområdena är effekter av interventioner. Det finns många beteendemässiga, psykologiska och sociala interventioner/insatser som används i Sverige men vi vet lite om effekterna av dessa. Den här typen av forskning har ökat över tid men utifrån en tidigare låg nivå. Samtidigt har det kommit in få renodlade effektutvärderingar i programmets utlysningar, vilket visar på ett glapp mellan forskningsbehov och den forskning som genomförs. Det finns således ett stort behov av mer forskning samt en ökad metodkunskap och metodutveckling.

Stockholm den 19 oktober 2020



Jonas Björck  
Generaldirektör, Forte

För att få en bättre bild av kvaliteten och omfattningen av svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser, samt förslag på hur forskning om sociala interventioner i Sverige kan stärkas, gav Forte i december 2019 två forskare uppdraget att kartlägga svenska effektutvärderingar som publicerats mellan 1990–2019. Resultatet av arbetet presenteras i denna rapport.

Författarna till rapporten är docent Knut Sundell (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) och docent Tina Olsson, Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete. Terje Ogden, senior forskare, Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU), Norge, har granskat rapporten.

Forte är en myndighet under Socialdepartementet med huvuduppdrag att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap. Inom ramen för det uppdraget ska Forte bland annat också vara rådgivande organ åt regeringen i forskningsfrågor, och samordna forskning om barn och ungdomar, äldre, funktionshinder, socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning samt internationell migration och etniska relationer. Den forskning som stöds av Forte ska, förutom att hålla högsta vetenskapliga kvalitet, vara av hög samhällsrelevans. Vi uppmuntrar att brukare, professionella och praktiker involveras i forskningsprocesserna för att öka nyttiggörandet.



Stella Jacobson  
Programansvarig

1 <https://forte.se/publikation/forskningsagenda-tillampad-valfard/>

# Innehåll

Förord.....	3
<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>7</b>
Definition av begreppet effektutvärdering .....	7
Effektutvärdering .....	8
Syfte .....	9
Frågeställningar .....	9
<b>Metod</b>	<b>10</b>
Inklusions- och exklusionskriterier .....	10
Sökprocedur .....	10
Dataextrahering och kodning.....	11
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
Antal svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser publicerade under åren 1990–2019 .....	13
Hur många forskare har utfört effektutvärderingarna och vad vet vi om dem?..	14
Antal forskare som medverkat i effektutvärderingarna.....	14
Vilka vetenskapliga discipliner tillhörde försteförfattarna? .....	14
Vid vilka universitet och högskolor var försteförfattarna verksamma?.....	15
Vilka tillstånd och sakområden har utvärderats? .....	16
Målgrupper och tillstånd .....	16
Vilka sakområden omfattar utvärderingarna? .....	17
Forskarnas ämnestillhörighet och de sakområden de utvärderat .....	18
Vilka insatser har utvärderats och med vilka primära utfallsmått? .....	19
I vilka vetenskapliga tidskrifter har utvärderingarna publicerats? .....	21
Hur finansierades utvärderingarna? .....	22
Vad har utvärderingarna för metodologisk kvalitet? .....	25
Hur många insatser var effektiva och hur stark var effekten? .....	27
<b>Diskussion</b>	<b>30</b>
Sammanfattning av resultaten.....	30
Urval och tillförlitlighet .....	32
Förutsättningar för flera effektutvärderingar .....	33
<b>Referenser</b>	<b>36</b>
Bilaga 1. Information som extraerades för att beskriva metodologisk kvalitet .....	39
Bilaga 2. Bedömar-överensstämmelse baserat på 40 slumpvis valda utvärderingar .....	42
Bilaga 3. Tillstånd som undersökts (ICF-koder) .....	44

# SAMMANFATTNING

Det är viktigt att veta om socialtjänstens och psykiatrins insatser, för att bistå och hjälpa personer i behov av stöd, har avsedd effekt, om de saknar effekt eller till och med är skadliga. För att ta reda på det kan framför allt två typer av forskningsstudier ge tillförlitlig vetenskaplig kunskap om en insats effekter: randomiserade kontrollerade utvärderingar och icke-randomiserade kontrollerade utvärderingar, som båda inkluderar jämförelsegrupp och före respektive eftermätning. Få av insatserna som socialtjänsten och psykiatrin erbjuder är dock utvärderade genom kontrollerade studier vilket gör att det är oklart om de är effektiva eller inte.

Syftet med den här rapporten är att beskriva utvecklingen av svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser, både när det gäller antal och vetenskaplig kvalitet. Syftet är också att ge förslag om hur flera och metodologiskt bättre effektutvärderingar kan komma till stånd i Sverige för att bidra till större kunskap om de insatser som genomförs inom socialtjänsten och psykiatrin.

Undersökningen baseras på svenska effektutvärderingar som publicerats mellan 1990–2019 och deras innehåll och metodologiska kvalitet. Studien är en uppdatering av tidigare undersökningar för perioden 1990–2014 (Sundell & Åhsberg, 2014; 2016). Det har inte varit möjligt att hitta effektutvärderingar med hjälp av specifika sökord, som är det vanligaste förfarandet. Exempelvis är det endast en mindre andel artiklarna som har "Sweden" eller "Scandinavia" som sökord. Sökningen för perioden 2015–2019 utgick istället från de forskare som publicerat effektutvärderingar före 2015 samt medförfattare som tillkommit, kompletterat med en sökning efter svenska forskare som beviljats

forskningsmedel för en effektutvärdering eller som publicerat ett protokoll om en kommande effektutvärdering. Det innebär att det kan finnas effektutvärderingar som inte har identifierats.

## RESULTAT I KORTHET:

1. Antalet svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser har ökat kraftigt mellan 1990 och 2019. Sammanlagt har 528 effektutvärderingar identifierats som publicerats i vetenskapliga tidskrifter med kollegial granskning.
2. Totalt 1 561 forskare har deltagit i utvärderingarna, men av dessa har majoriteten endast deltagit i en utvärdering. Endast en mindre grupp (83 forskare) har medverkat i minst fem utvärderingar.
3. Forskare från allt flera vetenskapliga discipliner och universitet har publicerat effektutvärderingar. De vetenskapliga discipliner som författarna till publikationerna främst kommer ifrån är psykologi och hälsovetenskap.

4. De tillstånd som flest utvärderingar behandlat är psykiska funktioner och de vanligaste sakområdena är vuxenpsykiatri (204 utvärderingar) samt somatisk hälso- och sjukvård (113 utvärderingar). Socialtjänstområdets olika verksamhetsområden omfattar tillsammans 134 utvärderingar.
5. Även om forskningen har ökat snabbt saknas det vetenskaplig kunskap om tillstånd och sakområden som berör några av samhällets mest utsatta och högprioriterade grupper. Exempel på områden där det finns få insatser som utvärderats är våld i nära relationer, stöd till barn i social dygnsvård, stöd till föräldrar som brister i omsorgsförmåga, insatser för att förhindra hemlöshet och arbetslöshet. Exempel på områden där det helt saknas effektutvärderingar är familjerätt (till exempel adoptionsutredningar) och flyktingmottagning.
6. De flesta insatser har endast utvärderats i en studie. Det försvårar bedömningen av resultatens tillförlitlighet eftersom det normalt sett behövs samstämmiga resultat från minst två effektutvärderingar för att bedöma en insats effekt. Jämförelser mellan utvärderingar försvåras också av att få utvärderingar använt samma mått för att mäta utfallet.
7. Undersökningen visar att det både går att göra effektutvärderingar inom alla undersökta sakområden och att studierna kan publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Det motsäger en uppfattning bland vissa forskare om att det inte skulle vara möjligt.
8. Knappt hälften av utvärderingarna har finansierats av forskningsråd. Det kan innebära att forskare har haft svårt att bli beviljade forskningsbidrag för effektutvärderingar i konkurrensen med andra typer av studier.
9. Den metodologiska kvaliteten på utvärderingarna har ökat över tid. Främst äldre utvärderingar riskerar att redovisa snedvridna resultat som beror på kvalitetsbrister. Eftersom även nyare utvärderingar har brister finns det ett behov av en förstärkt forskarutbildning i denna typ av studier.
10. Endast hälften av utvärderingarna redovisade statistiskt säkerställda effekter av den undersökta insatsen.
11. Två konsekvenser av bristen på vetenskaplig kunskap om insatsers effekter är dels att resurser används ineffektivt, dels att det riskerar att utsätta målgruppen för insatser som är skadliga eller saknar effekt.
12. Rapporten avslutas med en diskussion om tre faktorer som tillsammans kan öka antalet effektutvärderingar. Den första är att forskaren har metodkompetens att genomföra en effektutvärdering som ger tillförlitliga resultat. Den andra faktorn är att forskare har möjlighet att finansiera effektutvärderingar. Den tredje faktorn är att forskare är motiverade till att göra effektutvärderingar.

# BAKGRUND

I Sverige får årligen ungefär 800 000 personer insatser inom ramen för socialtjänsten och funktionshinderområdet<sup>2</sup> samt 1 800 000 inom psykiatrin.<sup>3</sup> Kommunernas kostnader för socialtjänst och funktionshinderområdet var 257 miljarder kronor år 2019 och regionernas kostnader för hälso- och sjukvård 328 miljarder kronor (varav specialiserad psykiatrisk vård 27 miljarder kronor)<sup>4</sup>. Insatser det handlar om kan vara till exempel rådgivning, omsorg, vård, stöd och annan hjälp till enskilda personer eller grupper.<sup>5</sup> Det handlar i vissa fall om insatser som inte är frivilliga och där målgruppen utgörs av samhällets mest utsatta.

Få av dessa insatser är utvärderade i Sverige eller andra länder. Exempelvis har Socialstyrelsen i en serie inventeringar visat att endast var femte insats inom socialtjänsten har ett visst vetenskapligt stöd (Socialstyrelsen, 2020<sup>5</sup>). Även om en insats har utvärderats i ett annat land är det inte självklart att resultaten är giltiga för Sverige eftersom kontext och lagstiftning kan påverka effekterna av en insats (se till exempel Burns och medarbetare, 2007). Bristen på forskning om insatsers effekter är inte ett trivialt problem eftersom det finns exempel på beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser som orsakat skada (Kennedy och medarbetare, 2002; Lilienfeld, 2007; Petrosino och medarbetare, 2013; Rozental och medarbetare, 2015; Welsh, & Rocque, 2014). Ett exempel på en skadlig metod som tidigare har använts i Sverige är *Scared straight* där kriminella ungdomar får åka på studiebesök

på fängvårdsanstalter för att inse vikten av ett hederligt liv. En systematisk översikt visade att metoden i genomsnitt ökade ungdomarnas kriminalitet (Petrosino och medarbetare, 2013).

## DEFINITION AV BEGREPPET EFFEKTUTVÄRDERING

Med *effektutvärdering* menas den forskning som undersöker vilka insatser som fungerar bäst för varje klient, patient och brukare och under vilka omständigheter. Denna kunskap är viktig eftersom den tillåter professionella att fatta välgrundade beslut baserade på vetenskapliga kunskap och ger professionella bättre förutsättningar att ge rätt behandling till rätt klient, vid rätt tillfälle och med hänsyn till klientens individuella egenskaper (Sundell & Ogdén, 2012).

2 Personlig kommunikation med Barbro Engdahl, Socialstyrelsen, 2015-06-29. Siffran avser antal personer som fått öppen- och slutenvårdsinsatser enligt SoL, LVU och LSS.

3 Personlig kommunikation med Peter Salmi, Socialstyrelsen 2020-10-26. I siffran ingår individer med en diagnos inom öppen- och slutenvård, registrerade besök utan diagnos samt förskrivning av läkemedel som används vid behandling av psykiatriska sjukdomstillstånd inom primärvård eller specialiserad vård.

4 Sektorn i siffror - SKR

5 SOU 2020:47.

Två typer av forskning ger tillförlitlig kunskap om effekter: randomiserade kontrollerade utvärderingar (RCT, randomised controlled trial) och icke-randomiserade kontrollerade utvärderingar (CT, controlled trial) som inkluderar jämförelsegrupp och mätning före respektive efter insats (Sundell, 2012). Även om det är allmänt accepterat inom forskarsamhället att RCT och CT är de bästa metoderna att använda för att bedöma en insats effektivitet kan dessa utvärderingar innehålla systematiska fel (snedvridna resultat, på engelska "bias"). Ett exempel är när undersökningsgrupperna inte är jämförbara vid utvärderingens start samt när många undersökningspersoner avbryter fortsatt medverkan. Det är med andra ord viktigt att granska risken för snedvridning av resultat.

### EFFEKTUTVÄRDERINGAR

- studerar insatsers effekter
- fokuserar på de berörda personernas förbättrade hälsa och beteendemässiga, psykologiska och sociala situation
- beskriver slutresultatet av dessa insatser
- är avsedda att användas som underlag för beslut som fattas av de som deltar i vård och omsorg

Det finns två andra närliggande begrepp till effektutvärderingar. Det första är *interventionsforskning* som är ett vidare begrepp än effektutvärdering (Sundell & Olsson, 2017). Interventionsforskning inkluderar aktiviteter som definierar ett problem, utvecklar en insats som behandlar problemet, studerar viktiga komponenter i insatsen, utvärderar insatsens effekter och studerar processer för implementering och hållbarhet över tid. Alla effektutvärderingar kan kallas interventionsforskning men all interventionsforskning är inte effektutvär-

deringar. Det andra begreppet är *uppföljning* som också handlar om att undersöka insatsers värde. Uppföljning handlar om att fortlöpande samla in information för att kontrollera hur en verksamhet genomförs. Underlaget kan vara information från administrativa register, exempelvis andelen barn och unga som varit föremål för social barnavård under ett år. Uppföljningar görs normalt av tjänstemän inom ramen för en ordinarie verksamhet och syftet är att kontrollera att verksamheten uppfyller sitt syfte. En skillnad mellan uppföljning och effektutvärdering är att uppföljning sker kontinuerligt medan effektutvärderingar är en tillfällig aktivitet. Datainsamlingen vid effektutvärdering är också i allmänhet mer djuplodande och baseras ofta på uppgifter som inte rutinmässigt samlas in av den verksamhet som utvärderas, till exempel olika former av standardiserade frågeformulär.

### SYFTE

Syftet med studien är att undersöka omfattningen av och kvalitet i svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser som publicerats i vetenskapliga tidskrifter med kollegial granskning (så kallad peer-review) mellan 1990 och 2019. Syftet är också att lämna förslag på hur effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser i Sverige kan stärkas i omfattning och metodologisk kvalitet. Studien är en uppdatering av en tidigare undersökning som omfattade perioden 1990–2014 (Sundell & Åhsberg, 2014; 2016).



## FRÅGESTÄLLNINGAR:

1. Hur många svenska effektutvärderingar (RCT eller CT) av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser har publicerats under åren 1990 – 2019?
2. Hur många forskare har utfört effektutvärderingarna och vilka är de?
3. Vilka tillstånd och sakområden har utvärderats?
4. Vilka insatser har utvärderats med vilka primära utfallsmått?
5. I vilka vetenskapliga tidskrifter har utvärderingarna publicerats?
6. Hur finansierades utvärderingarna?
7. Vad har utvärderingarna för metodologisk kvalitet?
8. Hur många insatser var effektiva och hur stark var effekten?

# METOD

Här beskrivs vilka effektutvärderingar som valts ut, hur de identifierats samt vilka data som analyserna baseras på.

## INKLUSIONS- OCH EXKLUSIONSKRITERIER

Effektutvärderingarna har inkluderats i granskningen om de uppfyllt följande kriterier:

- Utvärderingen omfattar beteendemässiga, psykologiska eller sociala insatser oberoende av vilket sakområde som berörs.
- Utvärderingen har genomförts i Sverige och där den vetenskapligt ansvarige tillhör ett svenskt universitet, högskola eller annan organisation verksam i Sverige.
- Utvärderingen är publicerad i en vetenskaplig tidskrift med kollegial granskning (eng. peer-review) mellan 1990 och 2019.
- Utvärderingen är en RCT eller CT där minst två alternativ har jämförts i försöksliknande eller ordinarie verksamhet.

Följande typer av studier har exkluderats:

- Utvärderingar som saknar utfallsmått på klienter, patienter eller brukare.
- Behandling av somatisk hälsa om det saknas beteendemässig, psykologisk eller social insats.
- Pedagogisk-didaktiska insatser (till exempel metoder för att lära barn matematik).<sup>6</sup>

## SÖKPROCEDUR

Sökningen efter svenska effektutvärderingar är komplicerad eftersom det saknas ett nationellt eller lokalt register över dem. Det hör även till undantagen att relevanta sökord (till exempel Sweden, Swedish eller Scandinavia) förekommer i titel eller sökord (i vårt fall endast i nio procent). Följande sökstrategier har använts:

- De drygt 200 svenska forskare som är medförfattare till någon av de 302 utvärderingarna som identifierades 1990 till 2014 (Sundell & Åhsberg, 2016) fick under december 2019 till februari 2020 ett mejl där vi efterfrågade information om effektutvärderingar de publicerat 2015–2019 (inklusive ”in press”, det vill säga artiklar som accepterats för publicering men som ännu inte tilldelats publikationsår).
- Sökning efter svenska forskare som beviljats medel av Forte, Formas, Europeiska Forskningsrådet (ERC), Vetenskapsrådet, Vinnova samt Brottsofferfonden under perioden 2015–2019. Sökord = utvärdering, randomiserad (ECR=evaluation, randomized).
- Sökning efter svenska forskare som publicerat protokoll på planerade effektutvärderingar i [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) (sökord = sweden + behavioural, psychological, social) och <http://www.isrctn.com> (sökord = sweden + mental and behavioural disorder).
- De forskare som identifierats enligt ovan och deras effektutvärderingar har därefter sökts i universitetsbibliotek (sökord = swed, random, effect, evaluat, RCT).
- I de fall flera artiklar publicerats från samma utvärdering har den först publicerade valts.

<sup>6</sup> För den som är intresserad av det området rekommenderas Pontoppidan med kollegor (2018) som beskriver förekomsten av nordiska randomiserade kontrollerade studier inom pedagogik/didaktik.

## DATAEXTRAHERING OCH KODNING

### **Dataextrahering**

Från varje artikel har information hämtats om studiens start- och publikationsår, författare, försteförfattarens hemvist (universitet och vetenskaplig disciplin), tillstånd/problematik och sakområde som berördes, ålder på undersökningsgruppen, insatser som utvärderades, jämförelsegrupp, primärt utfallsmått, studiens finansierare, vetenskaplig tidskrift som utvärderingen publicerats i samt om den utvärderade insatsen var effektiv. Dessutom kodades studiens metodologiska kvalitet.

Metodologisk kvalitet hos en given effektutvärdering vilar på dess design, genomförande och avrapportering (Schultz och medarbetare, 2010). Brister i design och genomförande kan leda till snedvridna resultat (bias) och brister i avrapportering kan leda till svårigheter med att bedöma effektutvärderingens metodologiska kvalitet. På grund av det har några standarder för avrapportering av effektutvärderingar utvecklats. Dessa standarder är beskrivna i CONSORT-statement (Moher och medarbetare, 2010), TREND-statement (Des Jarlais och medarbetare, 2004) och Prevention Science (Flay och medarbetare, 2005). Dessa standarder är utvecklade som checklistor över den information som i regel ska rapporteras i olika delar av en effektutvärdering såsom abstrakt, introduktion, metod och så vidare. För att granska den metodologiska kvaliteten hos effektutvärderingarna har en egen mall konstruerats med utgångspunkt i ovan nämnda checklistor. Svartalternativen på flertalet frågor i granskningsmallen var antingen ja (den efterfrågade informationen fanns), nej (den efterfrågade informationen fanns inte), ej tillämpligt och osäker (där det var oklart om den efterfrågade informationen fanns redovisad). För en beskrivning av måtten som användes se Bilaga 1.

### **Bedömaröverensstämmelse**

Bedömaröverensstämmelse beskriver i vilken utsträckning som två eller flera kodare oberoende av varandra kodar samma innehåll lika. Den informationen är viktig för att kunna värdera tillförlitligheten i ett kodat resultat. Bedömaröverensstämmelsen har mätts med hjälp av Cohen's Kappa, som är ett statistiskt mått.

Sammanlagt har 40 slumpmässigt valda utvärderingar dubbelkodats. Överensstämmelsen är med ett undantag "bra", "mycket bra" eller "perfekt". Undantaget är startår för utvärderingen där överensstämmelse kan beskrivas som "måttligt bra". En förklaring till den lägre överensstämmelsen för startår är att informationen om projektstart sällan var explicit, framför allt i äldre studier, utan blev en tolkningsfråga. Vid kodningen har en av kodarna missat att använda informationen på datum för godkänd etikansökan som startår.

För en närmare beskrivning av överensstämmelsen, se Bilaga 2.

### **Statistiska analyser**

För att undersöka skillnader i frekvenser användes  $\chi^2$ -analys och variansanalys för skillnader i medelvärden mellan två eller flera grupper. Den statistiska testningen i Tabell 9 har korrigerats för multipla test med hjälp av Bonferroni's metod.

För statistiskt säkerställda skillnader användes traditionella nivåer, det vill säga  $p < .05$  (mindre än fem procents risk att slutsatsen om en verklig skillnad är fel och att den observerade skillnaden beror av slumpen),  $p < .01$  (en procents risk),  $p < .001$  (en risk på tusen) respektive,  $p < .0001$  (en risk på tiotusen).

# RESULTAT

## ANTAL SVENSKA EFFEKTUTVÄRDERINGAR AV BETEENDEMÄSSIGA, PSYKOLOGISKA OCH SOCIALA INSATSER PUBLICERADE UNDER ÅREN 1990-2019

Sammanlagt identifierades 528 publicerade och kollegialt granskade effektutvärderingar, varav 456 (86 procent) var RCT och 72 CT. Som framgår av Figur 1 har antalet ökat påtagligt sedan millennieskiftet. Under den första femårsperioden 1990–1994 publicerades 11 effektutvärderingar, det vill säga ungefär två per år. Under den senaste femårsperioden 2015 till 2019 publicerades 196 effektutvärderingar. Det motsvarar i genomsnitt 39 effektutvärderingar per år.<sup>7</sup>

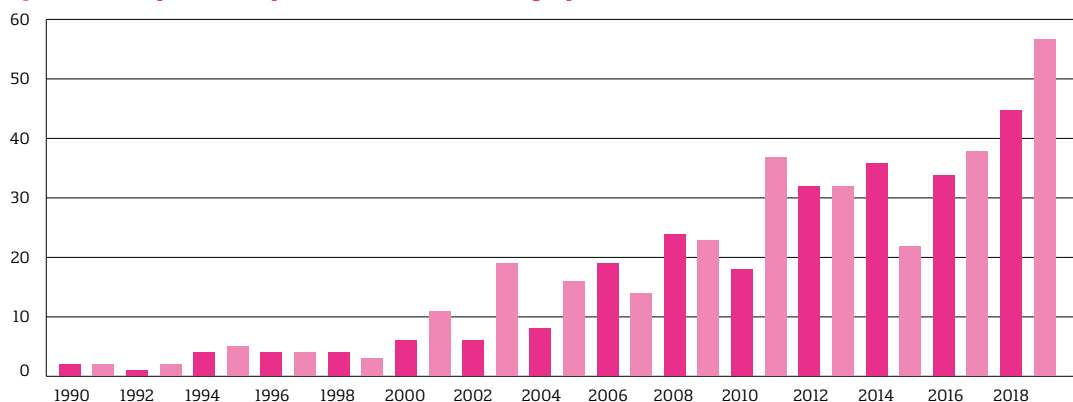
I 340 effektutvärderingar (64 procent) framgick vilket år projektet startade (i allmänhet när datainsamlingen påbörjats). Den äldsta utvärderingen startade 1975. De avrapporterade utvärderingarna tog i genomsnitt 66 månader från start till publicerad artikel.<sup>8</sup> Tiden mellan utvärderingarnas start och publicering av

resultatet varierade från mindre än ett år till 31 år. Det fanns ett samband mellan startår och genomförandetid – ju äldre utvärdering, desto längre tid tog den att publicera.<sup>9</sup> Resultatet ska tolkas med försiktighet eftersom bortfallet av uppgifter är stort.

## HUR MÅNGA FORSKARE HAR UTFÖRT EFFEKTUTVÄRDERINGARNA OCH VAD VET VI OM DEM?

Här beskrivs forskarna som utfört effektutvärderingarna, deras vetenskapliga disciplin samt vilka universitet eller högskolor de tillhört. Resultaten baseras på uppgift om försteförfattaren till de publicerade utvärderingarna. Försteförfattaren är den som har gett det viktigaste vetenskapliga bidraget, oavsett författarnas relativa status.<sup>10</sup>

Figur 1. Svenska peer-review-publicerade effektutvärderingar per år



7 För år 2019 inräknas även artiklar "in press". En del av dem kommer att få 2020 som slutgiltigt publikationsår.

8 Baserat på 333 utvärderingar och efter att sju extremvärdena (15 - 31 år) exkluderats.

9  $r(n=340) = -0.85, p < .0001$

10 <https://www.apa.org/science/leadership/students/authorship-paper>

## ANTAL FORSKARE SOM MEDVERKAT I EFFEKTUTVÄRDERINGARNA

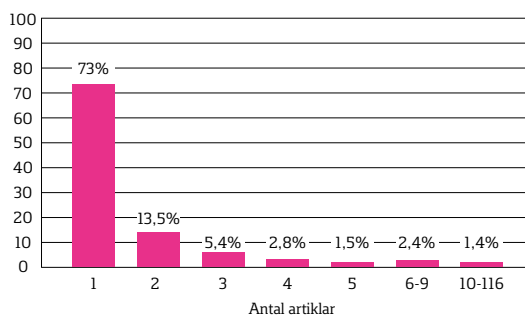
Sammanlagt medverkande 1 561 forskare i de 528 utvärderingarna. De flesta forskare hade endast medverkat i en utvärdering (1 139, 73 procent) eller två (210, 13,5 procent) (Figur 2).

Det var 22 forskare (1,4 procent) som hade medverkat i tio eller flera utvärderingar. Forskaren med flest utvärderingar var medförfattare till 116 effektutvärderingar. Av de 22 forskare med tio eller flera publicerade effektutvärderingar hade 17 disputerat i psykologi och övriga fem i olika medicinska discipliner.

Majoriteten av de med flest publikationer förefaller fortfarande vara aktiva. Av de 82 forskarna som publicerat minst fem effektutvärderingar hade 58 stycken (71 procent) publicerat en artikel under de senaste tre åren. För de 22 med tio eller flera artiklar var det 19 stycken (86 procent) som gjort det.

Antalet författare per effektutvärdering var i genomsnitt 5,3 (standardavvikelse, SD=2,8) och antalet har ökat sedan 1990-talet till 2019 från 3,4 författare per utvärdering till 6,3 (med en variation mellan ett och 16).<sup>11</sup>

Figur 2. Antal effektutvärderingar som forskarna medverkat i



<sup>11</sup>  $F(4,527)=18,58, p > .0001$

## VILKA VETENSKAPLIGA DISCIPLINER TILLHÖRDE FÖRSTEFÖRFATTARNA?

Kodningen av vetenskaplig disciplin gjordes med hjälp av Höskoleverkets standard för klassificering av forskningsämnen (Universitetskanslersämbetet, 2016). Utgångspunkten har varit den institution försteförfattaren tillhört. Flest effektutvärderingar har genomförts av försteförfattare inom psykologi (221 forskare), hälsovetenskap (125 forskare), psykiatri (79 forskare) samt klinisk medicin exklusive psykiatri och odontologi (75 forskare) (Tabell 1).

Ett mindre antal effektutvärderingar kommer från sociologi, inklusive socialt arbete (sju forskare), odontologi (fem forskare), ekonomi (tre forskare) och juridik (tre forskare) (Tabell 1). Slutligen har sex effektutvärderingar publicerats av forskare som angett myndigheter som sin hemvist (Kriminalvården i två fall och ett vardera för Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse, Polismyndigheten i Stockholm samt Stockholms stad). Med tiden återfinns allt fler discipliner bland de publicerade effektutvärderingarna.

Tabell 1. Försteförfattarens vetenskaplig disciplin och antal effektutvärderingar per tidsperiod

Vetenskaplig disciplin	1990-94 (n=11)	1995-99 (n=20)	2000-04 (n=50)	2005-09 (n=96)	2010-14 (n=155)	2015-19 (n=196)	Samtliga (n=528)
Psykologi	3	8	20	35	69	86	221
Hälsovetenskap	1	7	17	27	37	36	125
Psykiatri	6	3	6	11	24	29	79
Klinisk medicin (exklusive psykiatri + odontologi)	1	1	3	19	16	35	75
Sociologi (inklusive socialt arbete)	0	0	2	1	3	1	7
Odontologi	0	0	1	0	1	3	5
Annan medicin (till exempel rättsmedicin)	0	0	0	1	2	1	4
Ekonomi	0	0	0	1	2	0	3
Juridik (inklusive kriminologi)	0	0	0	0	1	2	3
Myndigheter	0	1	1	1	0	3	6
<i>Antal discipliner</i>	4	4	7	8	9	9	10

n=antal effektutvärderingar.

## VID VILKA UNIVERSITET OCH HÖGSKOLOR VAR FÖRSTEFÖRFATTARNA VERKSAMMA?

Av Sveriges 50 universitet och högskolor var 20 representerade bland försteförfattarna till utvärderingarna (Tabell 2). Karolinska institutet samt Uppsala och Linköpings universitet stod för mer än hälften av alla effektutvärderingar. En tydlig majoritet av utvärderingarna utfördes vid de sju universitet<sup>12</sup> som existerade före 1990 (465 utvärderingar) medan de 13 nyare universiteten och högskolorna<sup>13</sup> står för en mindre andel (63 utvärderingar). Med tiden återfinns allt fler universitet och högskolor bland de med

forskare som publicerat effektutvärderingar. Den första femårsperioden 1990–1994 var det fyra universitet, framför allt Uppsala universitet, som försteförfattarna hade anknytning till. Under perioden 2015–2019 fanns 19 universitet och högskolor representerade.

12 Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Stockholms universitet, Umeå universitet och Uppsala universitet.

13 Ersta Sköndal Bräcke högskola, Högskolan i Gävle, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Kristianstad, Högskolan i Skövde, Högskolan i Väst, Jönköping högskola, Karlstad universitet, Linnéuniversitetet, Malmö högskola, Mittuniversitetet, Mälardalens högskola och Örebro universitet.

Tabell 2. Antal effektutvärderingar som publicerades inom respektive tidsperiod och baserat på försteförfattarens universitets- eller högskoleanknytning

Universitet / högskola	1990-94 (n=11)	1995-99 (n=20)	2000-04 (n=50)	2005-09 (n=96)	2010-14 (n=155)	2015-19 (n=196)	Samtliga (n=528)
Karolinska institutet (inklusive Karolinska sjukhuset)	1	5	8	26	43	66	149
Uppsala universitet	8	5	14	16	19	13	75
Linköpings universitet	0	0	2	13	32	27	74
Lunds universitet	1	1	11	10	15	20	58
Göteborgs universitet (inklusive Sahlgrenska)	0	0	1	8	11	20	40
Umeå universitet	0	2	6	8	13	7	36
Stockholms universitet	1	4	5	5	5	13	33
Örebro universitet	0	1	1	6	10	9	27
Karlstads universitet	0	0	0	0	0	5	5
Linnéuniversitetet	0	0	0	0	2	2	4
Mittuniversitetet	0	1	0	1	0	2	4
Högskolor <sup>a</sup>	0	0	1	2	5	9	17
Myndigheter <sup>b</sup>	0	1	1	1	0	3	6
<i>Antal universitet / högskolor</i>	4	7	10	12	13	19	20

a=Ersta Sköndal Bräcke högskola, Högskolan i Gävle, Högskolan i Halmstad, Högskolan i Kristianstad, Högskolan i Skövde Högskolan i Väst, Jönköping högskola, Malmö högskola och Mälardalens högskola. b=Kriminalvården (två utvärderingar), Polismyndigheten, Skellefteå sjukhus, Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse, Stockholms stad. n=antal effektutvärderingar.

## VILKA TILLSTÅND OCH SAKOMRÅDEN HAR UTVÄRDERATS?

I det här avsnittet beskrivs de klienter, patienter och brukare som undersökts, de tillstånd som behandlats samt de sakområden som berörts.

## MÅLGRUPPER OCH TILLSTÅND

Av de insatser som utvärderats i de 528 utvärderingarna vände sig 72 (14 procent) till en universell grupp av personer (de som inte har något specifikt problemtillstånd eller befinner sig i riskzonen för att utveckla en problematik), 71 (13 procent) riktade sig till en selekterad målgrupp (personer som är i riskzon för att utveckla en given problematik,

till exempel ett missbruk) och övriga 385 insatser (73 procent) riktade sig till en indikerad grupp (de som har utvecklat ett givet problem, till exempel uppmärksamhetssvårigheter). Fokus i majoriteten av effektutvärderingarna är med andra ord på att rehabilitera eller behandla tillstånd.

Målgruppen var i 391 utvärderingar (73 procent) i huvudsak vuxna, i 102 utvärderingar (19 procent) främst barn och ungdomar, och i 35 utvärderingar (sju procent) 65 år eller äldre. Andelarna är ungefärliga eftersom åldersavgränsningarna är mycket varierade (till exempel omfattar barn i olika studier åldrarna 5–8, 10–14 eller 13–21 år).

Antalet inkluderade undersökningspersoner ökade i genomsnitt över tid, från 55 per utvärdering 1990–1994 till 250 för perioden 2015–2019. Av de fyra områdena av socialtjänst var det endast funktionshinderområdet som avvek med genomsnittligt lägre antal undersökta (i genomsnitt 80 undersökningspersoner i de totalt åtta utvärderingarna under hela perioden).

De tillstånd som insatserna syftat till att behandla har kodats med hjälp av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och smärta (ICF) (Socialstyrelsen, 2020<sup>b</sup>). Sammanlagt förekom 52 ICF-koder som hör till 14 övergripande nivåer (Bilaga 3). Det som flest utvärderingar berörde är:

- *psykiska funktioner* (289 utvärderingar, till exempel behandling av alkoholmissbruk)
- *sinnesfunktioner och smärta* (63 utvärderingar, till exempel behandling av långvarig smärta efter whiplashskada)
- *allmänna uppgifter och krav* (50 utvärderingar, till exempel träningsprogram för det dagliga livet för äldre personer)
- *mellanmänskliga interaktioner och relationer* (38 utvärderingar, till exempel insats för att förhindra fortsatt ungdomskriminalitet).

Mindre vanligt var exempelvis *matsmältnings-, och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner* (21 utvärderingar, till exempel internetbaserad behandling av stress-relaterad inkontinens) och *viktiga livsområden* (23 utvärderingar, till exempel träning för att återgå i arbete). Övriga tillstånd var mindre vanliga.

## VILKA SAKOMRÅDEN OMFATTAR UTVÄRDERINGARNA?

Med sakområden avses de samhälleliga institutioner som ansvarar för att behandla eller förebygga olika tillstånd. En kategorisering av sakområden kompliceras av att olika organisationer ibland be-

handlar samma tillstånd/målgrupp. Två exempel är missbruksbehandling och föräldrastödsprogram för utagerande barn som både socialtjänst och psykiatri arbetar med. När missbruksbehandling skett inom psykiatri, akutsjukvård eller primärvård (11 utvärderingar) har det kodats som vuxenpsykiatri. Utvärderingar av föräldrastödsprogram har kodats som socialtjänst om de behandlat en universell eller selekterad grupp, i annat fall barn- och ungdomspsykiatri.

Vuxenpsykiatri är det sakområde som flest utvärderingar behandlade (204 utvärderingar, 38 procent) (Tabell 3). Somatisk hälso- och sjukvård omfattade 113 utvärderingar (21 procent). I det rymms både primärvård och hälso- och sjukvård, inklusive behandling av varaktig smärta i exempelvis rygg.

Socialtjänstområdet omfattar fyra delområden och totalt 134 utvärderingar (25 procent). Av de som berörde socialtjänstens barn- och familjeomsorg handlade de allra flesta om barn och ungas beteendeproblem (23 utvärderingar) eller missbruk (16 utvärderingar). Effekttutvärderingar inom socialtjänstens individomsorg handlade främst om vuxnas missbruk och beroende (46 utvärderingar). Av de 33 utvärderingarna om äldreomsorg fanns ett brett spektrum av utvärderade insatser, till exempel fallprevention, kognitiv träning och stöd till anhöriga. Åtta utvärderingar berörde funktionshinderområdet och då främst olika stöd till personer med neuropsykiatriska diagnoser.

Områden som berör många socialtjänstklienter eller som brukar betraktas som prioriterade grupper är mindre ofta studerade. Exempel är insatser mot våld i nära relationer (tre utvärderingar), social dygnsvård och försörjning/arbetslöshet (två utvärderingar vardera) samt hemlöshet respektive föräldrars omsorgsförmåga (en utvärdering vardera). Områden som helt saknades i denna inventering är effekttutvärderingar av insatser för att säkra att barn i dygnsvård får sin hälsa undersökt, familjerätt (till exempel adoptionsutredningar) samt flyktmottagning.



Tabell 3. Antal utvärderingar per sakområde över tid

Sakområden	1990-94 (n=11)	1995-99 (n=20)	2000-04 (n=50)	2005-09 (n=96)	2010-14 (n=155)	2015-19 (n=196)	Samtliga (n=528)
Vuxenpsykiatri	5	10	20	31	58	80	204
Somatisk hälso- och sjukvård	6	8	15	21	33	30	113
Socialtjänst/individomsorg	0	0	5	13	16	15	49
Socialtjänst/barn och familj	0	1	4	9	11	19	44
Barn- och ungdomspsykiatri	0	0	2	7	8	20	37
Socialtjänst/äldreomsorg	0	1	3	7	13	9	33
Arbetsrehabilitering	0	0	0	6	7	11	24
Socialtjänst/funktionshinder	0	0	0	0	2	6	8
Kriminalvård	0	0	0	1	3	3	7
Tandvård	0	0	1	1	1	1	4
Övrigt (fysisk träning, antimobbings-program, minnesträning)	0	0	0	0	3	2	5
<i>Antal sakområden</i>	2	4	7	10	13	13	14

### FORSKARNAS ÄMNESTILLHÖRIGHET OCH DE SAKOMRÅDEN DE UTVÄRDERAT

Resultaten visar att ämnesdisciplin sällan avgör vilket forskningsområde som forskarna (försteförfattarna till publikationerna) studerat (Tabell 4).

De rutor som är gråfärgade i Tabell 4 är de sakområden som hör ihop med en viss disciplin. Exempelvis, av de 113 utvärderingar som berörde somatisk hälso- och sjukvård tillhörde 62 försteförfattare (55 procent) klinisk medicin eller hälsovetenskap. Av de 241 utvärderingar som handlade om barn- eller vuxenpsykiatri hade 188 försteförfattare (78 procent) sin hemvist inom psykiatri eller psykologi. Men av de 134 som berörde socialtjänstens verksamheter hade fem försteförfattare (fyra procent) en bakgrund i sociologi, inklusive socialt arbete.

De discipliner med försteförfattare som till störst del forskat inom sakområden utanför deras traditionella område var hälsovetenskap och psykologi.

Tabell 4. Forskarnas institutionstillhörighet och sakområden som de studerat i effektutvärderingarna

Sakområde	Ämnesdiscipliner								Totalt (n=528)
	Klinisk medicin <sup>a</sup> (n=75)	Hälsövetenskap (n=125)	Rättsmedicin (n=4)	Odontologi (n=5)	Psykiatri (n=79)	Psykologi (n=221)	Sociologi (n=7)	Övriga (n=12) <sup>b</sup>	
Somatisk hälso- och sjukvård	21	41	0	0	7	44	0	0	113
Socialtjänst - barn- och familj	9	5	0	0	5	17	4	4	44
Socialtjänst - funktionshinder	2	1	0	0	5	0	0	0	8
Socialtjänst - individomsorg	7	22	1	0	11	5	1	2	49
Socialtjänst - äldre	9	21	1	0	0	2	0	0	33
Arbetsrehabilitering	2	7	0	0	1	12	0	2	24
Vuxenpsykiatri	18	22	0	1	43	119	0	1	204
Barn- och ungdomspsykiatri	5	3	0	1	7	19	1	1	37
Kriminalvård	2	0	2	0	0	1	0	2	7
Tandvård	0	0	0	3	0	1	0	0	4
Övrigt (fysisk träning, antimobbningsprogram, minnesträning)	0	3	0	0	0	1	1	0	5

a=Exklusive psykiatri och odontologi. b=Juridik, ekonomi och anställda på myndigheter.  
Grå rutor=de sakområden som hör ihop med en viss disciplin.

## VILKA INSATSER HAR UTVÄRDERATS OCH MED VILKA PRIMÄRA UTFALLSMÅTT

### Jämförelsegrupp i utvärderingarna

De två vanligaste jämförelsegrupperna var en annan namngiven insats (210 utvärderingar, 40 procent av utvärderingarna) och det som brukar beskrivas som standardinsats, ”treatment-as-usual” (121 utvärderingar, 23 procent), vilket oftast innebär en kombination av olika insatser. Dessa insatser är vanligen inte konkret

beskrivna. Väntelista eller ingen behandling alls (inklusive ”attention-control”<sup>14</sup>) förekom i 197 utvärderingar (37 procent).

### Utvärderade insatser

I de 528 utvärderingarna har sammanlagt 426 olika insatser utvärderats antingen som experiment eller jämförelsegrupp (Tabell 5). I det senare medräknas inte standardbehandling eftersom det inte specificerats. I tabellen

<sup>14</sup> Patienten/klienten får samma intensitet av personlig kontakt men utan de komponenterna som förekommer i den utvärderade insatsen.

presenteras antalet insatser som utvärderats för respektive sakområde samt varje sakområdes vanligaste utvärderade insats.

Dessa 426 utvärderade insatserna bestod både av allmänna insatser som kognitiv beteendeterapi (KBT) och av behandlingsprogram som till exempel Treatment Foster Care Oregon. Till en del handlar utvärderingarna om jämförelser mellan att ge en insats i olika omfattning (till exempel exponeringsbaserad terapi med en respektive fem sessioner) eller insatser som utvärderats med eller utan tillägg av någon ytterligare komponent, till exempel

internetbaserad KBT i kombination med en mobilapplikation. Den enskilt vanligaste insatsen i utvärderingarna var internet-KBT, vilket motsvarade 20 procent av samtliga insatser. De allra flesta insatser hade bara utvärderats i en enda utvärdering (377 utvärderingar, 88 procent).

Antalet insatser som utvärderats varierade mellan sakområdena (Tabell 5). Flest utvärderade insatser fanns inom vuxenpsykiatri (163 utvärderingar) och somatisk hälso- och sjukvård (101 utvärderingar).

Tabell 5. Antal utvärderade insatser per sakområde och den vanligast utvärderade insatsen inom respektive sakområde.

Sakområde	Antal utvärderingar	Antal utvärderade insatser	Vanligast utvärderade insats
Vuxenpsykiatri	204	163	Internetbaserad KBT (n=57)
Somatisk hälso- och sjukvård	113	101	Internetbaserad KBT (n=16)
Socialtjänst - individomsorg	49	47	Ansvarsfull krogservering (n=3)
Socialtjänst - barn och familj	44	42	Komet (n=5)
Barn- och ungdomspsykiatri	37	33	Internetbaserad KBT (n=9)
Socialtjänst - äldreomsorg	33	27	Case manager (n=4)
Arbetsrehabilitering	24	23	Yoga respektive Yomi (n=3 vardera)
Socialtjänst - funktionshinder	8	9	Social skills group training (n=2)
Kriminalvård	7	9	Yoga (n=2)
Tandvård	4	6	Ingen var mer vanlig
Övrigt (fysisk träning, antimobbingsprogram, minnesträning)	5	7	Ingen var mer vanlig
<i>Totalt antal</i>	528	426	Internetbaserad KBT (n=86)

### Primära utfallsmått

Sammanlagt redovisades 296 olika mått som använts för att mäta det primära utfallet. Av dem har 72 mått (24 procent) använts i två eller flera studier. Några exempel är *Audit* som använts i 14, *Insomnia severity index* som

använts i 12 studier och *ADL staircase* som använts i åtta studier.

I vissa fall har flera olika mått använts för att utvärdera samma utfall. Exempelvis har totalt 15 mått använts av olika forskare för att beskriva

alkoholkonsumtion i olika utvärderingar (till exempel antal standardglas per dag, alkoholkonsumtion beräknat enligt "timeline follow back", antal dagar med "heavy drinking", screeninginstrumentet Audit).

## I VILKA VETENSKAPLIGA TIDSKRIFTER HAR UTVÄRDERINGARNA PUBLICERATS?

De 528 utvärderingarna var publicerade i 248 olika vetenskapliga tidskrifter. Sex av de tidskrifterna är nedlagda (där åtta studier hade publicerats). Det följande avsnittet baseras därför på 242 tidskrifter och 520 artiklar. Tidskrifternas vetenskapliga anseende undersöktes dels med det etablerade måttet *Journal impact factor (JIF)* som hämtats från respektive tidskrift, dels med en nyare norsk modell<sup>15</sup> som har en tregradig skala. Vi har valt att använda JIF trots att det är kritiserat<sup>16</sup>. Detta eftersom JIF dels styr många forskares val av tidskrift att sända ett manus till, dels används som ett av flera kriterier av universitet för intern resursfördelning och bedömning av vetenskaplig kvalitet.

JIF anger det genomsnittliga antalet citeringar som artiklar i en viss tidskrift får under en tvåårsperiod. Tidskrifter med högre JIF antas ha en högre påverkan på forskarsamhället än de med lägre. Information om JIF noterades under våren 2020. Den genomsnittliga JIF för inkluderade tidskrifterna var 3,08 ( $sd=2,36$ , variation 0 – 22,67). Det motsvarar att artiklarna i genomsnitt har blivit citerade tre gånger under 2018 respektive 2019. En mindre grupp (12 procent) hade JIF under 1, medan 45 procent hade JIF mellan 1–2,99 och 42 procent hade JIF 3 eller högre.

Det saknas kriterier för vad som ska anses som ett högt värde för JIF. Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad<sup>17</sup> i JIF för de sju sakområden som hade minst 20 utvärderingar som underlag (Tabell 6).<sup>18</sup>

Den norska modellen använder tre nivåer. Den högsta, nivå 2, innebär att tidskriften måste vara vägledande för ämnet, publicera studier från hela världen och täcka minst 20 procent av ämnets vetenskapliga produktion. För att uppnå en rankning på nivå 1 ska tidskriften ha kollegialt granskningssystem (peer-review) och ha internationell täckning där en enda institution inte står för mer än två tredjedelar av publikationerna i tidskriften. Tidskrifter som inte uppnår ovanstående, eller inte är rankad, har fått en rankning 0. Exempel på det senare i vårt material är skandinaviska tidskrifter som publicerar på svenska eller andra nordiska språk.

Av de 520 artiklarna hade 152 (29 procent) rank 2, medan 358 artiklar (68 procent) hade rank 1 och resterande 10 (två procent) publicerades i tidskrifter med rank 0. Det var statistiskt sett något fler artiklar i prestigefyllda tidskrifter om barn- och ungdomspsykiatri (38 procent) jämfört med socialtjänst, äldreomsorg respektive arbetsrehabilitering (13 respektive 14 procent) (Tabell 6).

Kopplingen mellan de två metoderna är statistiskt säkerställd<sup>19</sup>: genomsnittlig JIF för nivå 2 för den norska modellen var 5,0, för nivå 1 var JIF 2,4 och för nivå 0 var JIF 0,82. Skillnaden mellan varje nivå i en norska modellen var också statistiskt säkerställd (test av enkla huvudeffekter).

15 <https://dbh.nsd.uib.no/index.action>

16 [sfdora.org](http://sfdora.org)

17  $F(7, 519) = 1,48, p > .05$

18  $\chi^2(7) = 16,09, p < .05$  (baserat på de sakområden med minst 20 utvärderingar)

19  $F(2,519) = 95,24, p < .0001$

Tabell 6. Tidskrifternas vetenskapliga anseende

Sakområden	Antal studier	Medelvärde och median JIF (minimum respektive maximum)	Andel prestigefyllda tidskrifter enligt den norska modellen (nivå 2) (%)
Odontologi	4	2,38 - 2,44 (1,57-3,06)	75
Socialtjänst - funktionshinder	8	2,45 - 2,90 (0,39-6,03)	63
Barn- och ungdomspsykiatri	37	3,14 - 2,74 (0,59-12)	38
Vuxenpsykiatri	201	3,31 - 3,10 (0-16,54)	33
Somatisk hälso- och sjukvård	112	3,19 - 2,86 (0,48-22,67)	32
Kriminalvård	7	1,46 - 1,21 (0,69-2,39)	29
Socialtjänst - individomsorg	49	3,24 - 2,69 (0-20,8)	20
Socialtjänst - barn och familj	43	2,50 - 2,39 (0-6,85)	20
Arbetsrehabilitering	22	2,22 - 2,23 (1,10-3,10)	14
Socialtjänst - äldreomsorg	32	2,81 - 1,99 (0-21,32)	13
Övrigt (fysisk träning, antimobbingsprogram, minnesträning)	5	2,19 - 2,15 (0,83-3,88)	20
<i>Totalt</i>	<i>520</i>	<i>3,08 - 2,74 (0-22,67)</i>	<i>29</i>

## HUR FINANSIERADES UTVÄRDERINGARNA?

Här beskrivs vilka som bidragit med finansiering av utvärderingarna. Det ska noteras att det saknas information om hur stora summor som det handlar om samt att flera finansierare kan ha finansierat samma studie.

I 430 av de 528 (81 procent) utvärderingarna angavs finansierare av utvärderingarna. I genomsnitt hade utvärderingarna 1,8 finansieringskällor (mellan 1 och 17). Närmare hälften (228 utvärderingar, 43 procent) hade minst två finansieringskällor och 101 utvärderingar (19 procent) hade tre eller fler finansieringskällor. Som framgår av Tabell 7 ökar antalet finansieringskällor över tid.

Tabell 7. Finansieringskällor över tid och antal studier som de finansierat över tid (en utvärdering kan ha flera finansieringskällor)

	1990-94 (n=11)	1995-99 (n=20)	2000-04 (n=50)	2005-09 (n=96)	2010-14 (n=155)	2015-19 (n=196)	Samtliga (n=528)
Landsting/regioner	0	1	10	19	35	58	123
Forte	2	4	14	15	42	33	110
Vetenskapsrådet	0	0	2	21	30	39	92
Universitet	1	0	5	13	28	43	90
Stiftelser <sup>a</sup>	1	3	5	26	16	38	89
Regeringen och statliga myndigheter	0	2	8	18	27	27	82
Vårdalstiftelsen	0	0	10	10	9	9	38
Medicinska forskningsfonder <sup>b</sup>	5	7	4	2	2	14	34
Övriga forskningsfonder <sup>c</sup>	0	2	1	10	6	12	31
Allmänna arvsfonden	2	2	1	2	3	5	15
Kommuner	0	0	1	1	7	3	12
Utländska forskningsfonder	0	0	0	3	0	6	9
Vinnova	0	0	0	1	1	5	7
Formas	0	0	0	0	0	4	4
Genomsnittligt antal finansieringskällor	1,0	1,1	1,4	1,9	1,6	2,1	1,8

a=AFA försäkringar, Cancerfonden, hjärt-och lungfonden, diabetesfonden, Oticon, Trafikskadefonden med flera. b=Medicinska forskningsrådet, regionala medicinska forskningsråd, Svenska läkaresällskapets stiftelser och fonder med flera. c=Systembolagets forskningsfond, Svenska Spels forskningsfond, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR), Stiftelsen för strategisk forskning, Forskningsrådsnämnden. n=antal effektutvärderingar som publicerades inom respektive tidsperiod.

De enskilt vanligaste finansörerna av utvärderingarna var landsting och regioner (123 utvärderingar), följt av Forte (110 utvärderingar), Vetenskapsrådet (92 utvärderingar), universitet (90 utvärderingar), privata stiftelser (89 utvärderingar) samt regeringen och statliga myndigheter (82 utvärderingar).

De fyra statliga forskningsråden (Forte, Vetenskapsrådet, Formas och Vinnova) har ensamma eller tillsammans finansierat 186 utvärderingar (35 procent). De medicinska forskningsfonderna<sup>20</sup> har finansierat 69 utvärderingar (13 procent) och övriga forskningsråd<sup>21</sup> har finansierat 24 utvärderingar (fem procent). Tillsammans har alla dessa forskningsråd finansierat 239 utvärderingar (45 procent). Det kan jämföras

20 Medicinska forskningsrådet, Vårdalstiftelsen, regionala medicinska forskningsråd, Svenska läkaresällskapets stiftelser och fonder med flera.

21 Systembolagets forskningsfond, Svenska Spels forskningsfond, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR), Stiftelsen för strategisk forskning, Forskningsrådsnämnden

med antalet studier som helt eller delvis finansierats av kommuner, landsting/regioner samt statliga myndigheter som normalt sett inte direkt finansierar forskning. Tillsammans har de finansierat en dryg tredjedel av utvärderingarna (193 stycken, 37 procent). Det ska noteras att flera finansierare kan ha finansierat samma studie.

### Finansiering av olika sakområden

Finansieringen av olika sakområden undersöktes för de sju vanligaste finansierarna i Tabell 7.

Med ett undantag är det svårt att se att någon finansierare prioriterat ett visst sakområde. Undantaget är att den vanligaste finansieraren av effektutvärderingar inom socialtjänstens verksamhetsområden är regeringen och myndigheter, som finansierat 60 av 134 utvärderingar (Tabell 8). Det kan jämföras med Forte (33 utvärderingar), landsting/regioner (30 utvärderingar) samt Vetenskapsrådet (23 utvärderingar). Observera att en och samma studie kan ha flera finansierare.

Tabell 8. Finansierare av forskning om olika sakområden

	Forte (n=110)	Veten- skapsrådet (n=92)	Medicinska forsknings- fonder <sup>a</sup> (n=69)	Univer- sitet och högskolor (n=90)	Stiftelser (n=89)	Lands- ting och regioner (n=123)	Statliga myndig- heter (n=82)
Socialtjänst - barn och familj	5	1	0	0	0	8	29
Socialtjänst - funktionshinder	1	3	1	2	3	6	1
Socialtjänst - individomsorg	18	9	3	4	4	10	24
Socialtjänst - äldre	9	10	13	15	9	6	6
Arbetsrehabilitering	6	4	0	4	6	5	0
Somatisk hälso- och sjukvård	26	16	11	22	29	31	3
Barn- och ungdomspsykiatri	6	6	5	2	5	7	3
Vuxenpsykiatri	39	42	36	39	32	47	9
Kriminalvård	0	0	0	0	0	0	6
Tandvård	0	0	0	0	1	2	0
Övrigt (fysisk träning, antimobbingsprogram, minnesträning)	0	1	0	2	0	1	1

a=Medicinska forskningsrådet, Vårdalstiftelsen, regionala medicinska forskningsråd, Svenska läkaresällskapets stiftelser och fonder med flera.  
n=antal finansierade utvärderingar för respektive finansieringskälla under åren 1990-2019

## VAD HAR UTVÄRDERINGARNA FÖR METODOLOGISK KVALITET?

Transparens är vetenskapens främsta kännetecken; det ska tydligt framgå vilken frågeställning som forskaren undersökt samt hur data samlats in och analyserats. Nedan beskrivs artiklarnas metodologiska kvalitet både vad gäller 17 enskilda mått och ett samlat index (se även Bilaga 1). I Tabell 9 redovisas andel effektutvärderingar med dessa mått per femårsperiod. För utvärderingar publicerade under 1990-talet presenteras resultaten sammanslagna på grund av lågt antal utvärderingar mellan 1990–1994. Förekomsten av förändring över tid undersöktes statistiskt med  $\chi^2$ -analys för förekomst och variansanalys (f) för det samlade indexet.

### **Protokoll och intressekonflikt**

Två mått har använts för att undersöka om forskarna varit tydliga med hur studien ska genomföras och eventuella intressekonflikter. Det första handlar om ifall forskarna publicerat ett protokoll över en planerad studie. I genomsnitt hade endast 31 procent av utvärderingarna publicerat ett protokoll i förväg (i huvudsak i [ClinicalTrials.gov](http://ClinicalTrials.gov)<sup>22</sup>). Det andra måttet handlar om ifall forskarna informerat om eventuella intressekonflikter. Det fanns i hälften av artiklarna. I båda fallen ökade förekomsten över tid (Tabell 9).

### **Undersökningsgrupp**

I majoriteten (94 procent) av utvärderingarna beskrevs vilka deltagare som hade valts ut med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier. Något mindre vanligt var att beskriva sociodemografiska och kliniska variabler för undersökningsgruppen (78 procent). Statistisk styrka (*eng. power*) hade beräknats i 42 procent av fallen före utvärderingen startade. Förekomsten för de två senare variablerna ökade över tid (Tabell 9).

### **Datainsamling**

I 49 procent av artiklarna redovisades vilket utfallsmått som var primära och i 61 procent av artiklarna beskrevs de psykometriska egenskaperna för bedömningsinstrument som använts för att mäta det primära utfallsmåttet. I båda dessa fall ökade förekomsten över tid.

Om möjligt bör datainsamlare sakna förkunskap om vilken grupp som får insatsen och vilken som utgör jämförelsegrupp, så kallad blindning. I denna genomgång var 38 procent av utvärderingarna blindade. I den siffran ingår de utvärderingar där undersökningspersonerna besvarat frågor själva via internet eftersom datainsamlarna knappast kan påverka svaren. Redovisning av eventuella oönskade utfall (till exempel ökad stress när behandlingen inte fungerat) förekom endast i 13 procent av artiklarna. Båda dessa två senare mått ökade inte i förekomst över tid (Tabell 9).

### **Metodtrohet**

En förutsättning för att kunna värdera en insats effekter är att insatsen använts som avsett. I drygt hälften av utvärderingarna (55 procent) redovisades information om i vilken utsträckning insatsen använts så som det var tänkt. Det förekom ungefär lika ofta över tid (Tabell 9).

### **Studiedesign**

Av de 528 effektutvärderingarna var 456 (86 procent) genomförda som randomiserade kontrollerade (RCT) och 72 som icke-randomiserade kontrollerade (CT) utvärderingar (Tabell 9). Proportionen RCT varierade inte över tid. Proportionen RCT var högre för vuxenpsykiatri (94 procent) och somatisk hälso- och sjukvård (90 procent) och lägst för socialtjänstens familjevård (61 procent).

<sup>22</sup> En databas där forskare kan publicera studieprotokoll före datainsamlingen påbörjas.



I de 456 randomiserade utvärderingarna beskrevs i 51 procent av fallen att fördelningen av undersökningsspersoner varit dold för forskare och behandlare. Det ökade i förekomst över tid. I de 72 icke-randomiserade utvärderingarna hade forskarna i 39 procent av utvärderingarna statistiskt justerat för olikheter vid förmätningen. Det senare är särskilt viktigt i icke-randomiserade utvärderingar där det kan förväntas finnas en selektion vid förmätningen (till exempel har individer ofta olika kunskap och motivation som styr deras val av insats).

### ***Hantering av bortfall***

Antalet personer som fördelats till undersökningsgrupperna redovisades i 91 procent av utvärderingarna. Information om antalet individer som avbröt medverkan i utvärderingarna, respektive hur många individer vars data analyserades, förekom i 83 respektive 91 procent av artiklarna. Information om samtliga dessa tre delar är central och förekom i genomsnitt i 79 procent av artiklarna. Andelen ökade över tid.

Av de 528 utvärderingarna använde drygt hälften (54 procent) metoden ”intent-to-treat”, det vill säga att forskarna analyserade sina resultat baserat på hur deltagarna fördelades mellan interventions- och jämförelsegruppen vid utvärderingens start. De fall där bortfallet var högst tio procent kategoriserades i utvärderingen som att intent-to-treat förekom. Intent-to-treat har ökat i förekomst med tiden.

Oberoende av om det är en RCT eller CT så är det viktigt att kontrollera för skillnader som finns mellan grupperna vid förmätning. Det hade förekommit i 41 procent av studierna (Tabell 9).

### ***Redovisning av resultaten***

I majoriteten (80 procent) fanns beskrivande statistik av resultaten (till exempel medelvärden och standardavvikelse för- och eftermätning för respektive grupp). Det var lika vanligt över tid.

Däremot ökade information om effektstorlek från tre procent av utvärderingarna 1990–1999 till 66 procent 2015–2019. I genomsnitt handlade det om 51 procent av utvärderingarna (Tabell 9).

Tabell 9. Metodologisk kvalitet hos de inkluderade effektutvärderingarna.

Publikationsår	1990-99	2000-04	2005-09	2010-14	2015-19	$\chi^2(4)$
<b>Antal</b>	31	50	96	155	196	
<i>Protokoll och intressekonflikt</i>						
Forskningsprotokoll publicerat (%)	0	6	4	29	57	125,66 <sup>a</sup>
Redovisning av eventuell intressekonflikt (%)	0	4	21	53	83	190,08 <sup>a</sup>
<i>Undersökningsgrupp</i>						
Inklusions- och exklusionskriterier (%)	97	90	89	92	97	9,45
Demografiska och kliniska variabler (%)	45	62	68	78	91	52,52 <sup>a</sup>
Beräkning av statistisk styrka (%)	3	22	22	37	67	96,71 <sup>a</sup>
<i>Datainsamling</i>						
Primärt utfallsmått (%)	6	18	27	52	72	103,68 <sup>a</sup>
Psykometri för bedömningsinstrument (%)	29	40	55	57	79	50,68 <sup>a</sup>
Blindad bedömare (%)	19	34	31	45	39	10,69
Oönskade utfall (%)	6	14	4	13	19	13,57
<i>Metodtrohet</i>						
Om insatsen använts som avsett (%)	48	50	53	63	52	5,48
<i>Studiedesign</i>						
Randomiserad kontrollerad utvärdering (%)	81	78	79	90	90	12,07
<i>Vid randomisering<sup>b</sup></i>						
Dold fördelning till betingelser (%)	4	31	41	54	64	43,89 <sup>a</sup>
<i>Vid icke-randomisering<sup>c</sup></i>						
Försök att minska snedvridning (%)	d	d	30	d	40	5,88
<i>Analys</i>						
Redovisat bortfall mm (%)	42	58	71	82	93	67,11 <sup>a</sup>
Intent-to-treat (%)	6	34	49	63	63	47,91 <sup>a</sup>
Justerat statistiskt för baslinjeskillnader (%)	32	32	47	31	51	6,89
<i>Redovisning av resultaten</i>						
Beskrivande statistik (%)	65	78	78	82	83	6,66
Effektstorlek (%)	3	16	42	57	66	75,88 <sup>a</sup>
Genomsnittligt kvalitetsindex	4,8	6,8	7,6	9,8	11,6	F(4,527)=63,16 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>p <.0001; <sup>b</sup>n= 456; <sup>c</sup>n=72; <sup>d</sup>n < 20.

### Samlad bild av metodologisk kvalitet

Som ett samlat mått på den vetenskapliga kvaliteten hos de inkluderade utvärderingarna summerades de 17 kriterierna. Det genomsnittliga kvalitetsindexet var 9,5 (SD=3,0) av 17 möjliga poäng. En så kallad variansanalys visade att detta samlade mått ökade över tid;

den första femårsperioden 1990–1994 var det genomsnittliga måttet 4,8 medan det var 11,6 under perioden 2015–2019 (Tabell 9). Ökningen är statistiskt säkerställd. Även om det genomsnittliga måttet på metodologisk kvalitet ökade så finns det ett utrymme för förbättring även för utvärderingarna den senaste femårsperioden.

Det gäller bland annat mått på önskad utfall (19 procent), blindade bedömare (39 procent), information om ifall insatsen använts som avsett (52 procent), redovisning av intressekonflikter (53 procent), samt publicerat studieprotokoll i förväg (57 procent).

Figur 3 åskådliggör hur fördelningen av kvalitetsindexets poäng förändras över tid. För varje period ökar maxpoängen; åren 1990–99 var den maximala poängen 8, därefter 12, 13, 16 respektive 17 för perioden 2015–19. Samtidigt är det påtagligt många som inte ens samlar hälften av poängen; 100 procent 1990–99 och därefter 76, 57, 37 respektive 15 procent för den senaste femårsperioden.

### HUR MÅNGA INSATSER VAR EFFEKTIVA OCH HUR STARK VAR EFFEKTEN?

Här beskrivs resultatet av utvärderingarna dels vad gäller andel utfallsmått som var statistiskt säkerställda, dels effekternas styrka mätt som standardiserad medelvärdeskillnad (SMD), även benämnt som *Cohens d*.

### Insatsernas effektivitet på det primära utfallsmåttet

Drygt hälften av utvärderingarna (277 stycken, 52 procent) redovisade en säkerställd effekt av den undersökta insatsen jämfört med jämförelsegruppen, två utvärderingar redovisade en säkerställd effekt till jämförelsegruppens fördel och återstående 249 (47 procent) ingen säkerställd skillnad. Andelen statistiskt säkerställda effekter varierade inte över tid<sup>23</sup> men däremot mellan sakområdena<sup>24</sup> (Tabell 10). Högst andel säkerställda effekter fanns för barn- och ungdomspsykiatri medan de lägsta andelarna fanns för socialtjänstens individomsorg samt äldreomsorg.

Val av jämförelsegrupp kan förmodas påverka förekomsten av statistiskt säkerställda effekter; någon form av aktiv jämförelseinsats generar i allmänhet svagare effekt än om jämförelsegruppen inte får någon insats eller står på väntelista för behandling vid ett senare tillfälle. Säkerställda effekter var vanligare när jämförelsegruppen inte fått någon insats (68 procent) än när de fått en annan specificerad insats (48 procent) eller ”standardbehandling” (41 procent)<sup>25</sup>.

Figur 3. Metodologisk kvalitet för olika perioder



<sup>23</sup>  $\chi^2(4) = 4,62, p > .05$

<sup>24</sup>  $\chi^2(6) = 27,03, p < .0001$  (baserat på de sju sakområden som inkluderade 20 eller fler utvärderingar)

<sup>25</sup>  $\chi^2(2) = 26,30, p < .0001$

Tabell 10. Andel insatser med statistiskt säkerställd effekt

Sakområde	Andel effektiva (%)	Effektstorlek (SMD)
Barn- och ungdomspsykiatri (n=37)	70	0,70
Vuxenpsykiatri (n=202)	57	0,63
Arbetsrehabilitering (n=24)	67	0,59
Socialtjänst - funktionshinder (n=8)	63	0,50
Somatisk hälso- och sjukvård (n=113)	55	0,42
Socialtjänst - barn- och familj (n=44)	50	0,31
Socialtjänst - individ (n=49)	20	0,30
Socialtjänst - äldre (n=34)	33	0,30
Kriminalvård (n=7)	43	0,30
Odontologi (n=4)	75	0,26
Övriga (n=5)	80	0,31
Totalt (n=528)	53	0,50

SMD=Standardiserad medelvärdesskillnad.

### Effekternas styrka

Det finns olika sätt att beskriva hur stark en effekt är. Här används standardiserad medelvärdesskillnad (SMD, även kallat *Cohens d*) som är ett vanligt mått inom samhällsvetenskaplig forskning. Om SMD är 1,0 betyder det att 84 procent av individerna i experimentgruppen har ett bättre värde än genomsnittet hos individerna i jämförelsegruppen. Det motsvarar i genomsnitt att 2,8 personer behöver bli behandlade för att en ska bli hjälpt. Som tumregel betraktas SMD 0,2 som en svag effekt (drygt 16 personer behöver bli behandlade för att en ska bli hjälpt), 0,5 som medium (6 personer) och 0,8 som en stark effekt (3,5 personer).

Den genomsnittliga effektstorleken var 0,50 vilket kan beskrivas som måttligt stark. Mellan sakområdena varierade effektstorleken mellan 0,26 och 0,70 (Tabell 10) men varierade inte över tid<sup>26</sup>. Det var starkare effekt för insatser inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri och svagare för tre socialtjänstområden (barn- och familj, individ samt äldre)<sup>27</sup>.

<sup>26</sup>  $F(4,519) = 0,17, p > .05$  (analysen baseras på de 519 utvärderingar där de gick att bedöma SMD)

<sup>27</sup> Denna analys baserades enbart på de sju sakområden med minst 20 studier.

# DISKUSSION

## **SAMMANFATTNING AV RESULTATEN**

### ***Hur många svenska effektutvärderingar publicerades under åren 1990–2019 (frågeställning 1)?***

Denna undersökning visar på en påtaglig ökning av antalet svenska effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser under perioden 1990–2019 (Figur 1). Under den första femårsperioden 1990–1994 publicerades 11 effektutvärderingar (i genomsnitt två per år). Under den senaste femårsperioden 2015–2019 publicerades 196 effektutvärderingar (i genomsnitt 39 per år). Totalt identifierades 528 effektutvärderingar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter.

### ***Hur många var forskarna och vad vet vi om dem (frågeställning 2)?***

De forskare som först började göra effektutvärderingar under perioden 1990–1994 representerade ämnesområdena psykiatri och psykologi (Tabell 1) och kom främst från Uppsala universitet (Tabell 2). Med tiden har allt fler vetenskapliga ämnesdiscipliner och universitet tillkommit. Den senaste femårsperioden 2015–2019 representerade forskarna som genomfört effektutvärderingar nio ämnesdiscipliner och 19 universitet och högskolor.

Totalt finns 1 561 medförfattare till de 528 effektutvärderingarna. De flesta finns endast med på en eller ett fåtal effektutvärderingar. En mindre grupp om 82 forskare har publicerat minst fem effektutvärderingar, varav 58 också publicerat minst en effektutvärdering under de senaste tre åren 2017–2019. Det finns med andra ord en relativt stor grupp svenska forskare som kan leda effektutvärderingar.

### ***Vilka tillstånd och sakområden har utvärderats (frågeställning 3)?***

De områden som flest effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser berörde var vuxenpsykiatri (204 stycken, 39 procent) och somatisk hälso- och sjukvård (113 stycken, 21 procent) (Tabell 3). För socialtjänstområdet fanns 134 utvärderingar (25 procent). Med tiden har allt flera tillstånd, sakområden och insatser utvärderats. Mer specifikt har 52 tillstånd (mätt med ICF) utvärderats, varav psykiska funktioner dominerar (Bilaga 3).

Ett överraskande resultat är att få (5 av 134) effektutvärderingar inom socialtjänstområdet har utförts av forskare från sociologi eller socialt arbete<sup>28</sup> (Tabell 4). Det resultatet skiljer sig från effektutvärderingar av somatisk hälso- och sjukvård där 55 procent hade utförts av forskare som tillhörde klinisk medicin respektive hälsovetenskap och utvärderingar om barn- och vuxenpsykiatri där 78 procent hade utförts av forskare som tillhörde psykiatri eller psykologi. Eventuellt kan skillnaden förklaras av den tradition som finns inom sociologi och socialt arbete om att fokusera på grundforskning snarare än tillämpad forskning (Pickren, 2007), till skillnad från somatisk hälso- och sjukvård, psykiatri och psykologi där det finns en nära koppling mellan forskning och praktik.

Att socialtjänstområdets insatser utvärderas av forskare från andra discipliner än sociologi och socialt arbete kan ha oönskade konsekvenser eftersom de troligtvis har sämre kunskap om kontextuella faktorerens betydelse för socialt arbete. Det kan försvåra genomförandet av

<sup>28</sup> De som främst utfört dessa studier är forskare från hälsovetenskap (50 utvärderingar), klinisk medicin (27 utvärderingar), psykologi (24 utvärderingar) och psykiatri (21 utvärderingar).

utvärderingen liksom också spridningen av den kunskap som produceras. Det kan också ha konsekvenser för studenter och praktiker inom sociologi och socialt arbete eftersom det minskar möjligheten för dem att komma i kontakt med effektutvärderingar, vilket ökar risken att de kommer att sakna viktig information för praktiskt socialt arbete.

#### **Vilka insatser har utvärderats och med vilka primära utfallsmått (frågeställning 4)?**

I de 528 utvärderingarna har sammanlagt 426 olika insatser utvärderats antingen som experiment- eller jämförelsegrupp. Majoriteten (88 procent) hade endast utvärderats i en studie (Tabell 5). Flest utvärderade insatser fanns inom vuxenpsykiatri (163 insatser) och somatisk hälso- och sjukvård (101 insatser).

Det är också ett stort antal (296) olika mått som använts för att mäta det primära utfallet. Relativt få, 72 av 296 mått (24 procent) har använts i två eller flera studier. I vissa fall har flera olika mått använts för att utvärdera samma utfall. Exempelvis har totalt 15 olika mått använts för att beskriva alkoholkonsumtion i utvärderingar om alkoholmissbruk och beroende. Ett liknande resultat har identifierats i en systematisk översikt av missbruksforskning (Shorter och medarbetare, 2019). I 405 studier hade 2 641 utfall mätts på 1 560 olika sätt.

Både bristen på replikeringsstudier och bristen på standardisering av utfallsmått har oönskade konsekvenser. Normalt sett behövs det minst två effektutvärderingar av samma insats som använder samma utfallsmått för att säkrare kunna bedöma insatsens effekt. Det är således både viktigt att samma insats utvärderas av olika forskare och att de som forskar om samma tillstånd gemensamt kommer överens om en uppsättning

utfallsmått som alla bör prioritera för att skapa jämförbarhet (eng. *Core outcome set*).

#### **I vilka vetenskapliga tidskrifter publicerades utvärderingarna (frågeställning 5)?**

De 528 artiklarna är publicerade i 248 olika vetenskapliga tidskrifter. Det finns således ett stort antal tidskrifter som publicerar effektutvärderingar av beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser. Tidskrifternas vetenskapliga anseende undersöktes dels med måttet *Journal impact factor (JIF)*, dels med en norsk modell med en tregradig skala. De två måtten var starkt kopplade till varandra. Enligt den norska modellen är det en knapp tredjedel av tidskrifterna som var ledande inom sitt område. Det fanns inte någon statistiskt säkerställd skillnad i genomsnittlig JIF mellan olika sakområden. Däremot var det något fler artiklar i prestigefyllda tidskrifter om barn- och ungdomspsykiatri jämfört med socialtjänst/äldreomsorg respektive arbetsrehabilitering (Tabell 6).

#### **Hur finansierades utvärderingarna (frågeställning 6)?**

I genomsnitt hade utvärderingarna 1,8 finansieringskällor (variation mellan 1 och 17). Närmare hälften (228 utvärderingar, 43 procent) hade minst två finansieringskällor (Tabell 7). Den enskilt vanligaste finansören av utvärderingarna var landsting och regioner (23 procent), följt av Forte (21 procent) och Vetenskapsrådet (17 procent). Tillsammans har forskningsfonder och forskningsråd<sup>29</sup> finansierat 45 procent av effektutvärderingarna. Mer än hälften av utvärderingarna (55 procent) har således finansierats utanför forskningsråden genom stiftelser, kommuner, regioner och myndigheter.

Regeringen och statliga myndigheter som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har finansierat 16 procent av utvärderingarna, fram-

<sup>29</sup> Forskningsrådsnämnden, Forte, Formas, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR), Medicinska forskningsrådet, regionala medicinska forskningsråd, Stiftelsen för strategisk forskning, Svenska läkaresällskapets stiftelser och fonder, Svenska Spels forskningsfond, Systembolagets forskningsfond, Vetenskapsrådet, Vinnova, Vårdalstiftelsen m fl.

för allt effektutvärderingar om socialtjänstområdet (Tabell 8). Det kan möjligen tolkas som att regering och myndigheter upplevt att det fanns behov av flera effektutvärderingar för detta område.

### **Vilken metodologisk kvalitet har utvärderingarna (frågeställning 7)?**

Granskningen av effektutvärderingarna visade på en stor variation i metodologisk kvalitet (Tabell 9), där nyare artiklar har en högre metodologisk kvalitet. Av 17 undersökta kvalitetskriterier uppfyllde utvärderingarna under perioden 1990–1995 i genomsnitt 4,6 kriterier och 11,0 för perioden 2015–2019. Eftersom den maximala poängen var 17 finns det ett utrymme för förbättring. Utvärderingar med lägre metodologisk kvalitet riskerar att ge falsk vägledning till praktiken, vilket kan leda till att ineffektiva eller skadliga metoder används.

### **Hur många insatser var statistiskt säkerställda och hur stark var effekten (frågeställning 8)?**

I drygt hälften av utvärderingarna (52 procent) var den insats som utvärderades mer effektiv än det som jämförelsegruppen fick. Detta resultat varierade inte över tid men däremot mellan sakområden där barn- och ungdomspsykiatri hade den högsta andelen effektiva insatser medan socialtjänstens individomsorg hade den lägsta (Tabell 10). Ett snarlikt resultat finns för den genomsnittliga styrkan av effekterna, där barn- och ungdomspsykiatri hade den starkaste effekten medan socialtjänstens individomsorg hade den svagaste. Det saknas en förklaring till det resultatet. Att endast drygt hälften av insatserna gav en statistiskt säkerställd effekt visar emellertid på vikten av att göra effektutvärderingar och att det inte räcker att en insats endast är teoretiskt rimlig.

Även om forskningen ökar snabbt saknas det vetenskaplig kunskap om tillstånd och sakområden som berör några av samhällets mest utsatta och högprioriterade grupper.

Exempel på områden där det finns få insatser som utvärderats är våld i nära relationer, stöd till barn i social dygnsvård, stöd till föräldrar som brister i omsorgsförmåga samt insatser för att förhindra hemlöshet och arbetslöshet. Exempel på områden där det helt saknas effektutvärderingar är familjerätt (till exempel adoptionsutredningar) och flyktingmottagning. En möjlig förklaring till att insatser som vänder sig till dessa målgrupper inte är mer utforskade är att det handlar om svaga grupper som inte organiserat sig och krävt sin rätt. En annan förklaring är att forskare inte har kunskap om eller intresse av socialtjänstens målgrupper. En konsekvens av bristen på vetenskaplig kunskap om insatserns effekter är att de resurser som finns används ineffektivt och dessutom riskerar att utsätta målgrupper för insatser som saknar effekt eller är skadliga.

### **URVAL OCH TILLFÖRLITLIGHET**

Sökningen efter svenska effektutvärderingar komplicerades av att det saknas ett nationellt register över dem. Att använda normala procedurer för en systematisk sökning efter publikationer, till exempel att utgå från en tydlig frågeställning, har inte fungerat eftersom det saknas funktionella termer att söka efter. Ett annat exempel är att orden Sweden, Swedish eller Scandinavian endast användes i titeln eller bland sökorden i nio procent av artiklarna som vi identifierat. Sökningen för perioden 2015–2019 utgick istället från de forskare som publicerat effektutvärderingar före 2015 samt medförfattare som tillkommit, kompletterat med en sökning efter svenska forskare som beviljats forskningsmedel för en effektutvärdering eller som publicerat ett protokoll om en kommande effektutvärdering. Det innebär att det kan finnas effektutvärderingar som inte har identifierats.

Metodologisk kvalitet är ett komplext begrepp. Den information som extraherades från

utvärderingarna är således en kompromiss mellan vad som bedömdes som relevant och vad som är möjligt att tillförlitligt kategorisera från publicerade artiklar. Metodologisk kvalitet omfattar så mycket mer än det som granskats i denna studie. En faktor som är betydelsefull som vi valt att inte kategorisera är implementeringskvalitet, eftersom det saknas konsensus om hur det ska beskrivas. De kriterier som använts är inte heller utan förbehåll. En randomiserad utvärdering är exempelvis ingen garanti för trovärdiga resultat om många studiedeltagare väljer att avbryta medverkan i studien. Ett annat exempel är att användningen av bedömningsmetoder med goda psykometriska egenskaper inte är någon garanti för att bedömningsmetoderna använts på avsett sätt, eller för korrekt målgrupp.

Alla resultat bygger på information i artiklarna. Det är alltså möjligt att författarna inte har angett allt av betydelse för att kunna värdera den metodologiska kvaliteten, exempelvis eftersom det inte tidigare har krävts för att bli publicerad. Vi valde att inte kontakta författarna om eventuellt saknad information på grund av risken att författarna inte längre minns detaljer. Den äldsta studie startades 1975.

Transparens är vetenskapens främsta kännetecken; det ska tydligt framgå vilken frågeställning som forskaren undersökt samt hur data samlats in och analyserats. Även om all relevant information inte redovisas i artiklarna så är det den som redovisas som forskarsamhället i regel förhåller sig till. Det kan innebära att utvärderingar felaktigt bedöms ha lägre metodologisk kvalitet än de har och leda till att de inte medtas i systematiska översikter som underlag för vägledning till praktiken.

## FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FLERA EFFEKTUTVÄRDERINGAR

Även om antalet effektutvärderingar ökat så finns det många insatser som inte är utvärderade. Det innebär att vi inte vet om dessa insatser kan hjälpa. Även om det finns en utvärdering är det inte tillräckligt. Normalt behövs det minst två utvärderingar av god vetenskaplig kvalitet med samstämmiga resultat för att få säkrare kunskap. Resultaten visar att det bara skett i 12 procent av utvärderingarna. Det behövs således både utvärderingar av insatser som inte är utvärderade och att utvärderade insatser behöver replikeras i minst en ytterligare utvärdering.

Bara inom socialtjänstområdet finns det 100-tals beteendemässiga, psykologiska och sociala insatser som inte är utvärderade (se till exempel Socialstyrelsen 2020<sup>a</sup>). Även om det vore önskvärt är det inte rimligt att utvärdera alla insatser, bland annat av resursskäl. Prioriteringen av vilka insatser som ska utvärderas bör involvera de närmast berörda (klienter, brukare, patienter, närstående och vård- och omsorgsgivare). En metod som kan användas för prioritering och som involverar dem är framtagen av James Lind Alliance och som har framgångsrikt provats i Sverige (Forte och SBU, 2019; SBU 2018; SBU 2019, samt <https://www.jla.nihr.ac.uk/>).

Det är viktigt att inte starta effektutvärderingar för tidigt. Det finns exempel på effektutvärderingar som fått avbrytas (till exempel Kaunitz, 2017) och att undersökningsgruppen blivit väsentligt mindre än planerat, något som påverkat resultatens värde. Utvecklingen av en ny insats genomgår normalt flera faser som ger vägledning om när en insats är mogen att utvärdera (Fraser och medarbetare, 2009; Kriminalvården, 2016). Det första är att insatsen behöver tydlig förändringsteori som kan utvärderas. Insatsen ska också kunna användas i vardagligt arbete utan att förvanskas (god följsamhet) och ska kunna accepteras av både klienter och



behandlare (lågt bortfall/avhopp). Det är också önskvärt att det finns resultat som visar att klienters situation förbättrats efter insatsen (till exempel genom före- och eftermätning). I det här förberedande arbetet behövs kunskap från andra forskningsområden, till exempel hur problem utvecklas och hur vanligt förekommande de är, hur klienter kan motiveras till insatser och vad som underlättar implementering. Först med denna kunskap har en effektutvärdering förutsättning att genomföras framgångsrikt.

Enligt Michie och medarbetare (2011) finns det tre förutsättningar för att åstadkomma förändringar bland professionella (inklusive forskare): förmåga, möjlighet och motivation. Dessa förutsättningar beskrivs nedan.

### **Förmåga**

För att kunna utföra en tillförlitlig effektutvärdering av beteendemässiga, psykologiska eller sociala insatser behövs specifik metodkompetens (till exempel Nezu & Nezu, 2008; Sundell, 2012). Vår studie visar på en stor variation i metodologisk kvalitet bland svenska effektutvärderingar. Det gäller även studier som publicerats under de senaste åren. Som redan nämnts är en möjlig konsekvens av lägre metodologisk kvalitet att resultaten riskerar att ge falsk vägledning till praktiken, något som kan gå ut över klienterna. Det finns med andra ord ett behov av fortbildning av forskare.

Ett kanske allvarligare problem är att det inom vissa discipliner är få doktorander som doktorerar på avhandlingar som inkluderar effektutvärderingar (Olsson & Sundell, 2016). Därför är en förstärkt forskarutbildning med inriktning mot kvantitativ metodik en viktig förutsättning för att öka antalet effektutvärderingar (Gassne, 2010). Att inriktningen på forskarutbildningen har betydelse för doktorandernas fortsatta forskarverksamhet efter disputationen visas av denna studie; disciplinerna där få doktorander hade medverkat i en

effektutvärdering (Olsson & Sundell, 2016) var också de discipliner som i liten utsträckning finns representerade i vår inventering.

Förutsättningen för att utbilda doktorander är dock att det finns handledare som behärskar metodiken. En nyckeluppgift är således att fortbilda empiriskt verksamma forskare. Ett sätt att möta bristen på handledarkompetens är tvärvetenskapliga institutioner där forskare från discipliner med större erfarenhet av effektutvärderingar ingår. Mycket talar för att de mest framgångsrika forskarna inom området har haft handledare som prioriterat effektutvärderingar, något som genererat nya forskningsanslag och rekrytering av nya doktorander som fortsatt bedriver effektutvärderingar. Ett annat sätt är ett internationellt utbyte som ger svenska forskarstuderande möjlighet att utbildas i länder som har den efterfrågade kompetensen.

### **Möjlighet**

Finansiering är avgörande för att kunna genomföra en studie. Effektutvärderingar är ofta mer kostsamma och tidskrävande än en genomsnittlig studie (Socialstyrelsen, 2011). Vi vet inte hur många som har sökt finansiering för effektutvärderingar av psykologiska, beteendemässiga och sociala insatser hos de källor som den här kartläggningen omfattar, hur beviljandegraden för dessa studier ser ut eller vilka orsakerna är till att ansökningar inte beviljats. Däremot visar den här kartläggningen att många studier finansierats av minst två finansieringskällor vilket antyder att finansieringen inte alltid varit tillräcklig från en enskild finansieringskälla (det kan också bero på att olika finansiärer finansierat olika delar i en studie). Den högre kostnaden för att genomföra effektutvärderingar beror bland annat på att de är longitudinella och kräver flera mätillfällen, att det ofta saknas registerdata som kan användas för uppföljning, att det kan behövas resurser för att informera om studien bland de berörda samt att professionella kan behöva tränas i forskningsprocessen så att de inte avviker från studieprotokollet. Ett exempel på behovet av att förankra en

studie är en utvärdering av multisystemisk terapi som inkluderade 27 kommuner och stadsdelar (Gustle, 2006). Inför utvärderingen träffade forskargruppen politiker, chefer, utredare och andra vid sammanlagt hela 226 tillfällen. Inom socialtjänsten och funktionshinderområdet kan det därför kräva mer tid och resurser för att få till stånd ett samarbete eftersom forskning och praktik står längre ifrån varandra jämfört med exempelvis inom medicin och psykologi, där de som bedriver behandlingsarbete också ofta forskar (Olsson & Sundell, 2016). Det är vanligt att utlysningar hos de statliga forskningsråden har begränsningar kring hur mycket medel man kan söka för projektbidrag (till exempel fem miljoner kronor per projekt hos Forte) samt att projekten ska genomföras under tre år.

Den här kartläggningen visar att det finns flera olika källor till finansiering av effektutvärderingar. Den enskilt vanligaste finansieringskällan är landstingen (124 utvärderingar) via bland annat så kallade ALF-medel. Det handlar i huvudsak om forskning om psykiatri och somatisk hälso- och sjukvård (93 av 123 studier). Kommuner har endast delfinansierat 12 utvärderingar, varav åtta om socialtjänstverksamheter. Att kommuner skulle finansiera forskning i ökad utsträckning är knappast realistiskt ur ett kommunal-ekonomiskt perspektiv. Dessutom skulle det göra att forskningen skulle fokuseras till främst storstadsregioner som har bäst möjlighet att aggregera tillräckliga resurser för denna typ av utvärderingar.

De statliga forskningsråden har finansierat knappt hälften av utvärderingarna. Fortes program för tillämpad välfärdsforskning innebär en stor ökning av bidrag till forskning inom socialtjänstens verksamhetsområden. Programmet inkluderar interventionsforskning, vilket innebär en ökad möjlighet till finansiering av effektutvärderingar på området. Programmet erbjuder flera olika bidragsformer, bland annat planeringsbidrag

samt 4-åriga projektbidrag, för att underlätta för projekt som kräver längre tid, men även möjlighet att söka en högre budget. Dock har det i Fortes utlysningar inom programmet 2017–2020 inkommit få ansökningar om effektutvärderingar av sociala insatser<sup>30</sup>, vilket visar att det finns andra orsaker än enbart brist på finansiering som förklaring till att den här typen av studier inte är mer vanligt förekommande.

### **Motivation**

För forskare inom universitet och högskolor är det viktigt att publicera sig i vetenskapliga tidskrifter och bli citerade i andra publikationer, och på så sätt bidra till utvecklingen av vår förståelse för olika fenomen. Det har funnits en oro bland vissa forskare om att effektutvärderingar av socialtjänstens insatser är svåra att publicera vetenskapligt (Blomgren, 2009) och att kontrollerade utvärderingar inte är möjliga att genomföra inom socialtjänsten. Resultat från denna översikt visar att båda farhågorna är felaktiga eftersom svenska forskare från olika discipliner har kunnat genomföra och publicera 134 effektutvärderingar inom socialtjänstområdet (varav 76 procent var RCT). Antalet har successivt ökat för varje femårsperiod: Mellan 1990–1994 publicerades ingen effektutvärdering och därefter 2, 12, 29, 42 samt 49 effektutvärderingar den senaste femårsperioden 2015–2019. Av de 134 utvärderingarna har bland annat 29 procent publicerats i vetenskapligt prestigefyllda tidskrifter enligt den norska modellen.

Något som kan öka motivationen att bedriva effektutvärderingar är att nästan hälften av de utvärderade insatserna inte var mer effektiva än jämförelsegruppen. Det gäller även i de 32 procent av fallen när personerna i jämförelsegruppen inte fick någon insats alls. Utan effektutvärderingar ökar risken att klienter och brukare inte får en insats som är effektiv. För att öka möjligheten att hjälpa några av dessa samhällets mest utsatta behövs således fler effektutvärderingar.

30 Personlig kommunikation Stella Jacobson, Forte, 2021-02-28

# REFERENSER

- Blomgren, C. (2009). Forskning och praktik: två sidor av socialt arbete. *Sociomomen*, 1, 20-5.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336-340.
- Des Jarlais, D., Lyles, C., Crepaz, N., Group, T. (2004). Improving the reporting quality of non-randomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-6.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S. ... Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-75.
- Forte och SBU (2019). Prioriteringar för forskning om socialtjänsten – Perspektiv från brukare, policy och praktik [rapport]. <https://forte.se/publikation/prioriteringar-forskning-om-socialtjansten/> [2021-02-25].
- Fraser, M.W., Richman, J.M., Galinsky, M.J., & Day, S.H. (2009) *Intervention Research: Developing Social Programs*. Pocket Guides to Social Work Research Methods. Oxford University Press: New York.
- Gassne, J. (2010). *Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Gustle, L-H (2006). Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi. En svensk randomiserad multicenterstudie angående Multisystemisk terapi (akademisk avhandling). Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Kaunitz, C. (2017). Aggression Replacement Training (ART) i Sverige Spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering. Rapport i socialt arbete nr. 36. Stockholms universitet.
- Kennedy, S. S., Mercer, J., Mohr, W., & Huffine, C. W. (2002). Snake oil, ethics, and the First Amendment: What's a profession to do? *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 5-15.
- Kriminalvården (2016). Ackreditering av Kriminalvårdens behandlingsprogram. Norrköping: Kriminalvården. Nedladdat från: <https://www.kriminalvarden.se/globalassets/behandling/ackrediteringsordning.pdf>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- Mason, C. H., & Perreault, W. D. (1991). Collinearity, power, and interpretation of multiple regression analysis. *Journal of Marketing Research*, 28, 268-280. doi:10.2307/3172863
- Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42.

- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K., Monitori, V., Gøtzsche, P., Devereaux, P., ... Altman, D. (2010). CONSORT 2010 Explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340(c869): doi:10.1136/bmj.c869.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2008). Evidence-based outcome research. New York: Oxford university press.
- Olsson, T. M. & Sundell, K. (2016). Research that guides practice: outcome research in Swedish Ph.D. theses across seven disciplines 1997-2012. *Prevention science*, 17, 525-532.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., Hollis-Peel, M., Lavenberg, J. G. (2013). Scared Straight and Other Juvenile Awareness Programs for Preventing Juvenile Delinquency: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 5.
- Pickren, W. (2007). Tension and opportunity in post World War II American psychology. *History of Psychology*, 10, 297-299.
- Pontoppidan, M., Keilow, M., Dietrichson, J., Solheim, O. J., Opheim, V. Gustafson, S., & Calmar Andersen, S, (2018). Randomised controlled trials in Scandinavian educational research. *Educational research*, 60, 311-335.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 223-236,
- Schultz, K.F., Altman, D.G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *British Medical Journal*, 340, c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
- Shorter, G. W., Bray, J. W., Giles, E. L., O'Donnell, A. J., Berman, A. H., ... & Newbury-Birch, D. (2019). The Variability of Outcomes Used in Efficacy and Effectiveness Trials of Alcohol Brief Interventions: A Systematic Review. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80, 286-298.
- Socialstyrelsen (2009). *Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga – en nationell inventering av metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Svensk och internationell forskning om sociala interventioners effekter*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020<sup>a</sup>). Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2019. Den femte undersökningen om kommunala enhetschefers syn på evidensbaserad praktik Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020<sup>b</sup>). Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Svensk version 2020 av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa \(ICF\) \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/ICF)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2018). Prioriterade forskningsområden inom prevention, diagnostik och behandling av förlossningsskador (SBU 2017/109) [Prioriterade forskningsområden inom prevention, diagnostik och behandling av förlossningsskador \(sbu.se\)](https://www.sbu.se/rapporter/prioriterade-forskningsomraden-inom-prevention-diagnostik-och-behandling-av-forlossningsskador)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019). Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan. Prioritering baserat på James Lind Alliance metod (SBU 2018/406) [Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan \(sbu.se\)](https://www.sbu.se/rapporter/fordjupad-prioritering-av-forskningsfragor-om-forlossningsskador-hos-kvinnan)

Statens offentliga utredningar (2020). Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag (SOU 2020:47). <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/08/sou-202047/>

Sundell (red) (2012). Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Socialstyrelsen och Gothia förlag AB. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/evidensbaserad-praktik-att-gora-effektutvarderingar.pdf>

Sundell, K. & Olsson, T. (2017). Social intervention research. In Oxford Bibliographies in Social Work (Ed. Edward J. Mullen). New York: Oxford University Press. Last modified 26 July 2017. DOI: (21) Social Intervention Research | Request PDF (researchgate.net)

Sundell, K. & Åhsberg, E. (2014). Vetenskaplig kvalitet i publicerade effektutvärderingar. 169 svenska utvärderingar av psykologiska och sociala interventioner. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundell, K., & Åhsberg, E. (2016). Trends in methodological quality in Swedish controlled trials of psychological and social interventions. *Research on Social Work Practice*, 28, 568–576.

Universitetskanslersämbetet (2016). Standard för svensk indelning av forskningsämnen 2011. Uppdaterad augusti 2016. Universitetskanslersämbetet: Stockholm.

Welsh, B C., & Rocque, M. (2014). When crime prevention harms: a review of systematic reviews. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 245-266.

Universitetskanslersämbetet (2016). Standard för svensk indelning av forskningsämnen (scb.se).

# Bilaga 1. Information som extraherades för att beskriva metodologisk kvalitet

## **Protokoll och intressekonflikt**

*Undersökningsprotokoll publicerat.* Avser om undersökningsprotokollet publicerats i förväg i vetenskaplig tidskrift eller på exempelvis ClinicalTrials.gov. I det anges exempelvis vilken målgruppen är, vilka undersökningsalternativ som jämförs och vad som är primärt utfallsmått. Genom att i förväg publicera protokollet motverkas exempelvis att sekundära utfallsmått tillmäts för stor betydelse vid avrapportering.

## *Redovisning av eventuella intressekonflikter.*

Beskrivning av om det funnits ekonomiska eller andra intressekonflikter hos forsknings-  
teamet/författare.

## **Undersökningsgrupp**

*Inklusions- och exklusionskriterier.* Rapporteras vilka urvalskriterier som använts, till exempel individer, kliniker eller verksamheter. Bedömningen avsåg den nivå man randomiserat/fördelat på.

*Demografiska och kliniska variabler.* Avser om både demografiska och kliniska uppgifter redovisats vid förmätning, separat för undersökningsgrupperna.

*Statistisk styrka (eng. statistical power).* Vid planeringen av en utvärdering görs en beräkning som baseras på styrkevärdet, önskad signifikansnivå, och den förväntade effektstorleken. Beräkningen visar hur många deltagare utvärderingen behöver för man ska kunna hitta en statistiskt säkerställd effekt givet att en sådan finns.

*Tillstånd.* Problematik har kodats med hjälp av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och smärta (ICF) (Socialstyrelsen, 2020<sup>b</sup>).

*Sakområde.* Med sakområden avses de samhälleliga institutioner som ansvarar för att behandla eller förebygga olika tillstånd. En kategorisering av sakområden kompliceras av att olika organisationer ibland behandlar samma tillstånd/målgrupp. Två exempel är missbruksbehandling och föräldrastödsprogram för utagerande barn som både socialtjänst och psykiatri arbetar med. När missbruksbehandling skett inom psykiatri, akutsjukvård eller primärvård (11 utvärderingar) har det kodats som vuxenpsykiatri. Utvärderingar av föräldrastödsprogram har samtliga kodats som socialtjänst om de behandlat en universell eller indikerad grupp.

## **Datainsamling**

*Primärt utfallsmått.* Avser det mått som författarna angett som primärt för utvärderingen, eller det mått som motsvarade syftet i utvärderingen.

Om inget primärt utfallsmått angivits valdes det först beskrivna utfallsmåttet i artikelns metod-avsnitt som utgångspunkt för fortsatta bedömningar om psykometriska egenskaper mm.

*Psykometriska egenskaper hos eventuella bedömningsinstrument.* Psykometriska uppgifter visar om frågorna i ett instrument är tillförlitliga och adekvata för den målgrupp som avses. Psykometriska egenskaper kunde till exempel vara Cronbachs alfa för de studerade grupperna, eller ett generellt uttalande om reliabilitet/validitet samt hänvisning till en artikel som beskriver instrumentets psykometriska egenskaper. Om det primära utfallsmåttet utgjort av registerdata samt saknar

uppgift om datas trovärdighet har det kodats som att psykometriska egenskaper saknats.

*Blindade datainsamlare.* Här avses om datainsamlarna var ovetande (blinda) för deltagarnas grupptillhörighet. Om datainsamlingen genomförts i form av deltagarnas självrapporteringar via internet har det kodats som "blinda".

*Oönskade utfall.* Avser om forskarna beskriver om insatsen haft oönskade utfall eller medfört komplikationer för deltagarna. Att beskriva eventuella risker med en insats är viktigt för att kunna förstå hur ändamålsenlig insatsen är.

### **Metodtrohet**

*Metodtrohet.* Finns någon beskrivning av vad som anses utgöra "treatment completion" och rapporterat antal "completers", eller beskrivit antal sessioner etc. Till exempel kan det ha angetts att 76 procent genomfört insatsen som tänkt.

### **Design**

#### *Randomiserade utvärderingar*

*Dold fördelning till betingelser.* Rapporteras om man förhindrat att de som fördelade personer till betingelser kunde förutse vem som skulle hamna i respektive grupp (till exempel, genom att använda personer som var oberoende av projektet, eller i ordningsföljd numrerade, ogenomskinliga kuvert vid lottning).

#### *Kontrollerade utvärderingar utan randomisering*

*Försök att minska selektionsbias.* Rapporteras försök att minska risken för selektionsbias genom exempelvis matchning.

### **Inkluderade undersökningspersoner och hantering av bortfall**

*Intention to treat.* ITT-analys innebär att man vid analys av data från en effektutvärdering inkluderar samtliga deltagare som fördelats till grupperna och låter deltagarna behålla sin grupptillhörighet oavsett om de avbrutit insatsen eller fått annan insats än den avsedda.

*Statistisk justering för eventuella baslinjeskillnader.* Avser de skillnader som kunde finnas mellan undersökningsgrupperna vid förmätning. Om skillnader på mer än tio procent fanns, undersöktes om statistiska metoder använts för att justera för dessa skillnader när insatsens effekt på det primära utfallet beräknades. Om inga skillnader förelåg vid förmätning har artikeln kodats som att justering för baslinjeskillnader fanns.

### **Resultatredovisning**

*Beskrivande statistik.* Avser om till exempel, medelvärde, standardavvikelse eller antal händelser per grupp redovisades för det primära utfallsmåttet för samtliga mättillfällen. Denna typ av information är viktig dels för resultatens generaliserbarhet, dels för att resultat från en utvärdering ska kunna ingå i en metaanalys, dvs. sammanställas med andra liknande utvärderingar.

*Effektstorlek.* För beräkningen av effektstorlek har olika mått (t ex Cohens d, oddskvot eller riskkvot) omvandlats till Standardiserad medelvärdesskillnad, SMD. Där det saknats information om effektstorlek har denna beräknats med hjälp av tillgänglig information (till exempel medelvärde och standardavvikelse). För andra mått på effekter än SMD (till exempel, odds- eller riskkvoter, frekvenser, Fvärden)

genomfördes omräkning till SMD med hjälp av <https://www.campbellcollaboration.org/escalc/html/EffectSizeCalculator-SMD9.php> För utvärderingar med flera undersökningsgrupper användes den med minst teoretisk påverkan på undersökningspersonerna (till exempel, väntelista). I de fall artikelförfattarna endast angett att skillnaden inte var statistiskt

säkerställd men inte presenterat någon information som kunde användas för att beräkna effektstorleken har de tilldelats värde 0. För att undvika effekten av extremvärden ("outliers") undersöktes fördelningen av SMD med hjälp av ett låddiagram ("boxplot"). Sex värden som överskred 2,4 tilldelats värdet 2,4.



## Bilaga 2. Bedömar-överensstämmelse baserat på 40 slumpvis valda utvärderingar

Variabel	Överensstämmelse (%)	Kappa (K)	Omdöme
Publikationsår	98	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt
Startår angivet	80	0,58	Måttligt bra
Universitet/högskola	100	1	Perfekt
Institution	100	1	Perfekt
Experimentgrupp	100	1	Perfekt
Jämförelsegrupp	100	1	Perfekt
Typ av jämförelsegrupp (väntelista etc)	100	1	Perfekt
Ålder på undersökningsgrupp	100	1	Perfekt
Preventionstyp (indikerad etc)	85	0,64	Bra
Sakområde	83	0,68	Bra
Problematik (ICF)	85	0,63	Bra
Finansiärer	95 - 100	0,77 - 1	Bra
Publicerat protokoll	95	0,89	Mycket bra
Intressekonflikt	100	1	Mycket bra - perfekt
Etikprövat	98	0,93	Mycket bra
Beskrivande statistik	100	1	Perfekt
Effektstorlek presenterat	93	0,85	Mycket bra
Säkerställt utfall	100	1	Perfekt
Komplikationer undersökt	95	0,81	Mycket bra
Primärt utfallsmått beskrivet	98	0,95	Mycket bra
Psykometriska egenskaper	98	0,95	Mycket bra
Statistisk styrka beräknat i förväg	98	0,95	Mycket bra
Urvalskriterier beskrivna	90	0,79	Bra
Baslinjeinformation om population	93	0,82	Mycket bra
Intention to treat (ITT)	95	0,90	Mycket bra
Imputering	95	0,98	Mycket bra

## Bilaga 2. Bedömar-överensstämmelse baserat på 40 slumpvis valda utvärderingar forts.

Variabel	Överensstämmelse (%)	Kappa (K)	Omdöme
Blindade bedömare	83	0,67	Bra
Inkluderade personer	100	1	Perfekt
Bortfall av personer	100	1	Perfekt
Analyserade personer	100	1	Perfekt
Uppföljningstid månader	98	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt
Implementerad insats	90	0,79	Bra
Statistisk justering av baslinje	90	0,80	Mycket bra
Randomiserad studie	100	1	Perfekt
RCT: Möjligt att förutse tillhörighet <sup>a</sup>	81	0,63	Bra
CT: matchning etcb	100	1	Perfekt
Vetenskaplig tidskrift	100	Ej tillämpligt	Ej tillämpligt

<sup>a</sup>n=32; <sup>b</sup>n=8.

## Bilaga 3. Tillstånd som undersökts (ICF-koder)

ICF-koder	1990-94 (n=11)	1995-99 (n=20)	2000-04 (n=50)	2005-09 (n=96)	2010-14 (n=156)	2015-19 (n=195)	Samtliga (n=528)
B1 - Psykiska funktioner	5	12	26	47	86	113	289
B2 - Sinnesfunktioner och smärta (till exempel syn och hörsel)	3	4	12	12	19	13	63
B4 - Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings- immun-systems- och andningsfunktioner	1	2	1	4	3	2	13
B5 - Matsmältnings, och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	0	0	0	2	9	10	21
B6 - Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	0	0	0	1	1	3	5
B7 - Neuromuskulosketala och rörelserelaterade funktioner	1	0	2	1	1	3	8
B8 - Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	0	0	0	0	0	1	1
D2 - Uppgifter och krav	0	0	1	9	18	22	50
D5 - Personlig vård	0	0	2	5	2	4	13
D6 - Hemliv	0	0	0	0	0	1	1
D7 - Mellanmänskliga interaktioner och relationer	0	0	3	5	12	18	38
D8 - Viktiga livsområden	1	2	2	8	5	5	23
S6 - Strukturer som sammanhänger med köns- och urinorganens system	0	0	0	2	0	0	2
S8 - Hud och därmed sammanhängande strukturer	0	0	1	0	0	0	1
<i>Antal berörda kod-områden</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>10</i>	<i>12</i>	<i>14</i>

ICF-kod=internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och smärta



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