

EVIDENSBASERAD PRAKTIK I SOCIALTJÄNSTEN

Utvecklingen av socialtjänstens kunskapsstyrning

- VIKTIGA DELAR ÅTERSTÅR

Förord

Rapporten, är framtagen inom ramen för överenskommelse 2016 - Stöd till utvecklingen av en evidensbaserad praktik – för god kvalitet i socialtjänsten. Den har tagits fram inom ramen av ett projekt som har handlat om att ta fram en modell för samverkan mellan regionala samverkans- och stödstrukturer och nationell nivå efter 2016.

I början av 2016 gavs Ulf-Johan Olson, Utvecklingspartner i Stockholm AB i uppdrag att ta fram en underlagsrapport om förutsättningar för kunskapsstyrning inom socialtjänsten med fokus på nationell och regional nivå. I uppdraget ingick att beskriva utvecklingen sedan 2011 då samma konsult tog fram en liknande studie.

Rapporten redovisar flera organisatoriska och styrningsmässiga förändringar av betydelse för socialtjänstens kunskapsstyrning sedan 2011, men ganska små förändringar har genomförts i det som rör rättsliga och praktiska förutsättningar för att tillämpa en evidensbaserad praktik.

De förslag som lämnas av konsulten handlar främst om behovet av att stärka infrastrukturen kring systematisk uppföljning av individuella ärenden vilket är en avgörande faktor för att arbeta kunskapsbaserat, liksom för att stärka det samlade systemet för kunskapsstyrning. Den andra nyckelfaktorn som lyfts fram är behovet att bygga upp den beprövade erfarenheten, d v s att aggregera den systematiskt dokumenterade erfarenheten så att den – i frånvaro av väl genomförda vetenskapliga studier – kan bidra till ett pålitligare kunskapsunderlag än vad som finns idag.

Delprojektet har följts av en styrgrupp bestående av Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen, företrädare för regionala samverkans- och stödstrukturer och för kommunernas socialtjänst. Konsulten ansvarar för innehåll och förslag.

Stockholm mars 2017



Hans Karlsson

Avdelningschef Vård och omsorg SKL tillika ordförande i styrgruppen

Innehåll

1. Sammanfattning och förslag	6
Bakgrund.....	10
1.1 Uppdraget.....	10
2. Arbetet för att utveckla kunskapsstyrningen och EBP inom socialtjänsten sedan 2011	11
2.1 Konsultens kartläggning och analys 2010/2011.....	11
2.1.1 Slutsatser och förslag 2011.....	12
2.2 Förändringar sedan 2011.....	13
2.2.1 Överenskommelser mellan staten och SKL.....	13
2.2.2 Myndighetsorganisation.....	13
2.2.3 Myndighetssamordning.....	14
2.2.4 Regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (RSS).....	15
2.2.5 Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S) 17	
2.2.6 Nationell informationsstruktur och teknisk infrastruktur.....	18
2.2.7 Konkreta utvecklingsarbeten inom vård- och omsorg.....	19
2.3 Utvärderingar av överenskommelser och om förändringar i den statliga styrningen.....	20
2.4 Reflektioner om Socialtjänstlagen, LSS och yrkesgruppernas roll.....	21
3. Samlad diskussion och reflektion kring nuvarande system för kunskapsstyrning	23
3.1. Begrepp.....	23
3.2 Systematisk uppföljning och utvärdering är grunden för förbättringsarbete och innovation.....	24
3.2.1 Stöd till systematisk uppföljning.....	26
3.2.2 Socialtjänstens verksamhetssystem.....	27
3.2.3 Öppna jämförelser.....	27
3.2.4 Lagstiftning som sätter gränser.....	29
3.2.5 Uppföljning och kritisk analys.....	29
3.3 Forskning och vetenskapligt stöd för utveckling.....	30
3.3.1 Forskningsfinansiering.....	30
3.3.2 FoU-miljöer.....	32
3.3.3 Dokumenterad beprövad erfarenhet kan bli systematisk beprövad erfarenhet.....	33
3.4 Bedömningar av kunskapsunderlag.....	33
3.4.1 SBU.....	34
3.5 Riktlinjer och kunskapsvägledning.....	35
3.6 Implementering och kunskaps-spridning.....	37
3.6.1 Kunskapsguiden.se.....	38
3.6.2 Förvaltning av metoder och arbetssätt.....	38
3.6.3 Nationella kompetenscentrum (NKC).....	39

3.6.4 Nationella registercentrum	40
3.7 Utbildning	40
4. Bilagor	42
4.1 Intervjupersoner	42
4.2 Källförteckning.....	43

1. Sammanfattning och förslag

Denna rapport försöker sammanfatta kunskapsstyrningens utveckling inom socialtjänsten de senaste fem åren, med utgångspunkt från främst rapporten [På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – kartläggning, analys och förslag](#) från 2011. Beskrivningarna har baserats på styrdokument och rapporter inom området samt på 20 intervjuer med nyckelpersoner från i huvudsak myndigheter, SKL och huvudmännens representanter i nationella och regionala organ (källförteckning redovisas i bilaga).

Rapporten redovisar flera organisatoriska och styrningsmässiga förändringar av betydelse för socialtjänstens kunskapsstyrning sedan 2011, men ganska små förändringar har genomförts i det som rör rättsliga och praktiska förutsättningar för att tillämpa en evidensbaserad praktik (EBP). Reflektioner och bedömningar utgår från utvecklad definition av **kunskapsstyrning** i förhållande till den som gjordes i ovanstående rapport.

Kunskapsstyrning består av alla styr- och ledningsstrategier/åtgärder som:

- Implementerar metoder och arbetssätt som baseras på bästa tillgängliga kunskap.
- Skapar och upprätthåller nödvändiga strukturer och processer för kunskapsbildning och kunskapsutveckling, d v s för uppföljning, utvärdering, förbättringsarbete, forskning, kunskapsvärdering, framtagande av riktlinjer, implementering och kunskaps-spridning samt för yrkesutbildningar som tar sin utgångspunkt i det förhållningssätt som beskrivs av evidensbaserad praktik (EBP).

Kunskapsstyrning sker på alla nivåer i systemet där såväl lokala och nationella aktörer agerar utifrån sina förutsättningar. T ex är lokala riktlinjer för uppföljning och utvärdering lika viktiga som nationella policys för kunskapsöversikter och riktlinjer i det brukarnära förbättringsarbetet.

Vad har skett de senaste fem åren?

De mest synliga förändringarna under de senaste fem åren är

- Tillkomsten av regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling (i rapporten förkortat till RSS).
- En ny struktur för Nationell samordningsgrupp för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S).
- Förändringar inom myndighetsstrukturen.
- Uppbyggnaden av Kunskapsguiden.
- Effekterna av olika konkreta projekt/utvecklingsarbeten.

RSS är ingen enhetlig struktur utan kan skifta i organisation, omfattning och stabilitet. I de flesta fall har de dock fått en tydlig roll på länsnivån som viktiga aktörer i det samlade systemet för kunskapsutveckling och kunskapsstyrning. RSS har inneburit betydande fördelar för kommunerna i respektive län genom att det har blivit enklare att kommunicera med den nationella nivån och planera och genomföra utvecklingsarbeten med nationell stödfinansiering. NSK-S ombildades hösten 2014 och har nu goda förutsättningar att stärka den lokala nivån i det samlade systemet för kunskapsstyrning, framför allt genom de nationella

programråden. Genom *programrådet för ADHD* och *strategigruppen för Psykisk hälsa* (gemensamma med NSK) har den kommunala verksamhetens yrkesutövare fått en naturlig representation i råden.

Det blev ingen radikal myndighetssammanslagning med en kunskapsstyrningsmyndighet i enlighet med förslaget i betänkandet *Gör det enklare!* (SOU 2012:33). I stället har de kunskapsstyrande myndigheternas samordning formulerats genom *Rådet för styrning med kunskap*. Inspel till *Rådet för styrning med kunskap* kommer bl. a från politiker i *Huvudmannagruppen*, som tidigt klargjorde att socialtjänsten var deras högst prioriterade område. Socialstyrelsens samordningsansvar har förstärkts och myndigheternas uppdrag har förtydligats ytterligare. Dessutom har nya myndigheter tillkommit.

Kunskapsguiden har etablerats för kunskapsspridning och ger tillgång till samlad kunskap om olika behovsgrupper och (bedömnings)metoder samt vägledning och verktyg inom främst EBP, systematisk uppföljning och implementeringsstöd.

Konkreta utvecklingsarbeten som *Kunskap till praktik*, *Program för en god äldreomsorg* och *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*, som initierats i de årliga överenskommelserna mellan regeringen och SKL, har haft ett tydligt EBP-perspektiv och varit framgångsrika i flera avseenden. Detta har även gällt PRIO-satsningen som samordnats via Socialdepartementet och SKL.

Utvecklingen sedan 2011 har i stora delar präglats av organisations- snarare än processutveckling. Det indikerar att utvecklingen ligger i en tidig fas. Såväl utvärderingar som intervjuer förmedlar en frustration kring utvecklingstakten och en oro för en ”ryckighet” i statens kunskapsstyrning med många olika mål och projekt. Förhoppningen är att staten ska bidra till att skapa en bättre infrastruktur för kunskapsstyrning, både genom lagstiftningsinstrumentet och fortsatt nära samarbete mellan myndigheter och huvudmän. Nedan redovisas viktiga områden som inte har hanterats med den beslutsamhet och energi som krävts.

De största utmaningarna

Det finns viktiga och nödvändiga komponenter i socialtjänstens kunskapsstyrning som idag är mycket svaga. Om dessa inte hanteras framgångsrikt är risken stor att hittillsvarande satsningar på EBP och den ökade kunskapsbaserade socialtjänstens arbete inte kan växlas in i större brukarnytta. De viktigaste utmaningarna för staten och huvudmännen har bedömts vara:

- systematisk uppföljning av insatsernas nytta för brukarna.
- lagstiftning
 - som möjliggör systematisk uppföljning, jämförelser och integritets-skyddad datalagring av uppföljningsdata i register.
 - som stadgar att arbetssätt och metoder som används inom socialtjänsten och för insatser utifrån LSS, ska vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- yrkesgruppernas delaktighet i utvecklingen av EBP.

Medan tyngdpunkten i hälso- och sjukvårdens nationella kunskapsstyrning huvudsakligen legat på kunskapsvärdering, riktlinjer och implementering, behöver socialtjänsten prioritera och utveckla systemen för kunskapsbildning och kunskapsutveckling, eftersom de vetenskapliga underlagen oftast inte räcker för att ta fram substantiella riktlinjer. Grundbulten i detta är *resultatuppföljning*, d v s brukarnas nytta av socialtjänstens olika insatser/åtgärder.

Denna typ av uppföljning är fortfarande både ovanlig och osystematisk. Den stöds ännu inte av en nationell informationsstruktur och sällan eller inte alls av kommunens verksamhetssystem. Dessutom finns restriktioner i lagstiftningen för att samla och bearbeta uppföljningsdata i register (motsvarande hälso- och sjukvårdens kvalitetsregister). Det saknas sålunda en solid grund för socialtjänstens kunskapsstyrning, eftersom alla de andra delarna – utvärdering, förbättringsarbete, forskning, kunskapsvärdering, riktlinjer och implementering – är alla beroende av en fungerande *systematisk uppföljning* som inte låses in i de enskilda kommunernas system. Dessa förhållanden påverkar såväl brukarnytta som yrkesidentitet och utvecklingsmöjligheter.

På övergripande nivå saknas lagstiftningsstöd inom åtminstone två områden. Det första handlar om att stärka socialtjänstens förutsättningar för uppföljning och att ta bort nuvarande hinder för att samla, jämföra och bearbeta data på lokal och nationell nivå. Viktiga förslag kring detta finns i betänkandet [Rätt information på rätt plats i rätt tid](#) (SOU 2014:23). Här återfinns också förslaget om en sammanhållen journal när både hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar med samma patient/brukare. Förslagen har inte realiserats och ingen information har lämnats om den framtida inriktningen.

Det andra området gäller Socialtjänstlagen (SoL) och LSS. Ingen av dessa kräver att använda arbetssätt och metoder ska vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagarna har förbättrats med avseende på att verksamheten ska vara av god kvalitet samt att den fortlöpande och systematisk ska utvecklas och säkras. En kunskapsbaserad verksamhet som förväntas fungera utifrån principerna om EBP behöver dock, precis som hälso- och sjukvården, ett tydligt lagstöd för detta. SoL:s och LSS:s bestämmelse om kvalitetssäkring förutsätter – paradoxalt nog - en uppföljning som går långt utöver vad som nu är möjlig, både praktiskt och lagenligt.

Till skillnad från utvecklingen av evidensbaserad medicin (EBM) har EBP i Sverige till stora delar präglats av ett top-down-perspektiv där Socialstyrelsen/staten och SKL varit pådrivande. För akademierna blev propåerna om EBP och kunskapsstyrning i början mest underlag till nya policyanalyser och inte, som avsikten var, att de insatser som används inom socialt arbete i större grad ska bygga på bättre och säkrare kunskapsunderlag. Socialhögskolorna integrerar visserligen EBP i större grad i utbildningen än för fem år sedan, men fortfarande inte i samma grad som andra akademiska utbildningar där utvecklingen mot EBP/EBM varit mer självklar. En accelererad utveckling kräver att socialtjänstens yrkesgrupper i större utsträckning blir ”ägare” av dessa frågor.

Socialtjänstlagen kom till i en tid av stora visioner och präglas av utopiska ideal. Såväl praktiker och brukare som forskare är betjänta av tydligare och mer rimliga mål som kan utvärderas. Det sistnämnda gäller inte minst nyttan av använda insatser. Det skulle bidra till att EBP i större grad blir en angelägenhet för alla aktuella yrkesgrupper, liksom ett skarpare fokus på brukarnytta.

Förslag

De reflektioner och bedömningar som gjorts i denna rapport av socialtjänstens kunskapsstyrning visar på ett mycket stort behov av att stärka infrastrukturen kring *systematisk uppföljning*. Utan *systematisk uppföljning* faller även övriga förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat, liksom systemet för kunskapsstyrning. Den andra nyckelfaktorn som lyfts fram är behovet att bygga upp den beprövade erfarenheten, dvs att *aggregera den systematiskt dokumenterade erfarenheten* så att den – i frånvaro av väl genomförda studier – kan bli ett pålitligt kunskapsunderlag än idag.

Nedan redovisas de viktigaste förslagen:

1. Prioritera satsningarna på *systematisk uppföljning* av åtgärdernas nytta för brukarna.
 - a. Skapa nödvändigt lagstöd för *systematisk uppföljning* som möjliggör systematisk uppföljning, jämförelser och integritetsskyddad datalagring av uppföljningsdata i register inom socialtjänsten.
 - b. Komplettera bestämmelserna i SoL och LSS så att insatser som genomförs utifrån dessa ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.
 - c. SKL bör i sitt pågående arbete med att ta fram en *Strategi för hälsa, vård, omsorg och socialtjänst*, lyfta fram EBP som utgångspunkt i socialtjänstens arbete.
 - d. Framtida gemensamma satsningar mellan staten och SKL bör bli mer fokuserade på *systematisk uppföljning* och lokal kunskapsutveckling/utvärdering. Rätt kompetens och betydande medel bör avsättas för detta.
 - e. Forte eller annan aktör bör ha medel för lokal kunskapsutveckling som kan sökas av kommuner eller RSS. Medelstillelning förutsätter ett formellt samarbete med högskola, universitet eller FoU. Det kräver även tydliga kvalitetskriterier som projekten och parterna behöver leva upp till.
 - f. Implementeringen av den gemensamma informationsstrukturen bör organiseras gemensamt av huvudmännen och Socialstyrelsen. Även någon typ av överenskommelse mellan regeringen och SKL är troligen nödvändig.
 - En viktig del i implementeringen av informationsstrukturen är att stödja huvudmännens *kravställning* gentemot leverantörer av verksamhetssystem.
 - g. Ge berörda aktörer, främst eHälsomyndigheten, ett tydligt uppdrag och en tidsram i arbetet med utvecklingen av den tekniska infrastrukturens interoperabilitet¹ och säkerhet, d v s de övergripande krav som ska ställas på IT-systemen.
2. Satsa på att *aggregera den systematiska uppföljningen/beprövade erfarenheten*.
 - a. Samla uppföljningsdata i nationella register i syfte att utveckla arbetssätten utifrån jämförelser och analyser av skillnader. Involvera de olika yrkesgrupperna i detta arbete.
 - b. Nationella resurser bör styras till ett befintligt Registercentrum och en representativ styrgrupp. Resurser för lokalt och regionalt genomförande styrs till RSS. Socialstyrelsens uppföljningsstöd och FoU används som stödresurser på nationell respektive regional nivå.

Inuti rapporten diskuteras även andra förslag och reflektioner.

¹ IT-systemens förmåga att samverka och kommunicera.

Bakgrund

Inom ramen för överenskommelsen mellan Staten och SKL 2016 om *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten*, ska SKL, Socialstyrelsen och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) i samverkan med andra centrala aktörer ta fram en plan för hur arbetet ska fortsätta från 2017 och framåt. Denna plan ska innehålla:

- Konkreta förslag på form för framtida arbete gällande ansvar och rollfördelning och hur andra myndigheter involveras
- Konkreta förslag på kopplingen till Rådet för styrning av kunskap och huvudmannagruppen
- Gemensam styrning och ledning
- Ett konkret förslag på hur planen ska följas upp

En arbetsgrupp med personer från de olika intressenterna arbetar på detta och ska senast 2016-12-31 lämna sitt förslag. Arbetet kräver olika typer av underlag och bedömningar om bl. a av de nya strukturer som skapats nationellt och regionalt och hur övriga satsningar som gjorts inom överenskommelserna har fungerat. Även övriga förändringar inom området behöver beaktas liksom de generella förutsättningarna för utveckling i rådande styrmiljöer. Föreliggande rapport utgör ett samlat underlag för arbetsgruppens arbete.

Konsulten genomförde på uppdrag av SKL och Socialstyrelsen en kartläggning och analys av socialtjänstens kunskapsstyrning under 2010– [På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – kartläggning, analys och förslag](#) (2011-03-01). Denna ger en historisk referenspunkt för arbetet.

1.1 Uppdraget

Uppdraget har inneburit att:

- Ge en sammanhängande bild av kunskapsstyrningens utvecklingsnivå inom socialtjänsten, där såväl svårigheter som möjligheter har belysts.
- Göra en bedömning av hur socialtjänstens kunskapsstyrning har utvecklats sedan den första överenskommelsen om *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten* gjordes 2011 samt peka ut områden som har förbättrats respektive de där utvecklingen inte tagit fart.

Arbetet har inkluderat information/underlag om nationella såväl som regionala initiativ (läs regionala samverkans- och stödstrukturer) som tagits för att stärka kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. Perspektiv från såväl myndigheter och SKL som den regionala nivån har beaktats.

Informationsinsamlingen har skett genom inläsning av relevanta dokument och utvärderingsrapporter samt intervjuer. Sammantaget har 20 personer intervjuats vid myndigheter, huvudmän och SKL.

Konsultens preliminära rapport har underställts uppdragsgivaren/arbetsgruppen för faktagranskning och synpunkter. Därefter har den slutliga konsultrapporten lämnats

2. Arbetet för att utveckla kunskapsstyrningen och EBP inom socialtjänsten sedan 2011

I början av 2000-talet hade arbetet med EBP inom socialtjänsten fortfarande eldsjälstatus, för att mot slutet av decenniet omslutas i olika utvecklingsprocesser inom myndigheter, SKL, kommunerna och på senare år RSS. Motsvarande aktiviteter har inte skett inom akademierna som initialt reste många invändningar mot EBP eller sätter att arbeta med området. På nationell nivå blev startskottet Kerstin Wigzells betänkande *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU 2008:18).

2.1 Konsultens kartläggning och analys 2010/2011

I mars 2010 fick konsulten SKL:s och Socialstyrelsens uppdrag att kartlägga och analysera kommunernas organisation för kunskapsstyrning och deras syn på det nationella och regionala stödet till en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. I den rapport som presenterades året efter – [På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten](#) – identifierades flera svårigheter och utvecklingsområden. Definitioner var inte sällan oklara och EBP sammanblandades ofta med kunskapsstyrning.

Observerade svagheter fanns i såväl processerna för kunskapsstyrning som i dess organisation:

- Svag och mycket outvecklad uppföljning, inklusive anpassat IT-stöd.
- Svaga lokala och regionala stödprocesser för EBP, inklusive begränsade resurser för implementering av ny kunskap.
- Förbättringsarbetet försvåras både av den outvecklade uppföljningen och av bristen på kvalitetssäkrad kunskap.
- Små möjligheter att påverka lärosätenas galler utbildningens inriktning.
- Forskningen var i begränsad grad praktisknära och inriktad på metoder och brukarnytta, utan hade främst ett socialpolitiskt fokus.

Det var inte så att det saknades kreativitet och förbättringsarbete, utan snarare att kunskapsbasen var svag och systematiken för att stärka den likaså. Kommunerna var generellt beroende av nationellt stöd för implementering som t ex genom utvecklingsarbetet [Kunskap till praktik](#).

Det konstaterades också att bl.a. socionomernas yrkesidentitet var svag och stöddes varken av ett yrkesansvar genom legitimation eller genom en lång tradition. Den akademiska socionomutbildningen startade först 1977.

De förväntningar som uttrycktes i enkät och gjorda intervjuer var att:

- Den nationella nivån borde bidra mer med riktlinjer, kunskapsöversikter, arbetsinstrument och handböcker/manualer samt enkla metoder för uppföljning. Myndigheterna förväntades också initiera och finansiera stödjande kunskapsdokument för att användas vid implementering och utbildning inom verksamheterna. SKL förväntades bidra till samordning av implementeringsaktiviteter.

- Högskolor och universitet förväntades lyssna mer på och samarbeta med kommunerna både då det gällde utbildningens inriktning och den praktiska forskningen.
- Statliga satsningar tillsammans med SKL för att utveckla verksamhetsuppföljningen, inklusive verksamhetssystemen för handlägningsstöd och uppföljning.
- Statliga satsningar borde vara långsiktiga och åtföljas av pengar.

2.1.1 Slutsatser och förslag 2011

Konsultens slutsatser 2011 var att regering, myndigheter, universitet/högskolor, SKL, region- och kommunförbund samt huvudmän tillsammans borde inrikta sig på ett långsiktigt arbete med att bygga och utveckla den nödvändiga infrastrukturen socialtjänstens kunskapsstyrning, d v s att bygga strukturer och processer för:

- Verksamhetsnära uppföljning som stöds i enheternas verksamhetssystem.
- Stödja och stimulera arbetet med lokal utvärdering för att i större grad dokumentera den beprövade erfarenheten.
- Undanröja hinder i lagstiftningen för att samla uppföljningsdata i kvalitetsregister. Stödja kommunerna att utveckla verksamhetssystem som stödjer arbetet och möjliggör uppföljning.
- Öka forskningsanslagen till utvärdering av socialtjänstens metoder och arbetssätt, alternativt att kommunerna själva får dessa resurser för att finansiera angelägna praktiska utvärderingsprojekt.
- Universitetens och högskolornas dialog med huvudmännen kring undervisningens inriktning och tydligare betona EBP som en viktig del i utbildningar inom socialtjänstens olika områden.
- En fungerande HTA-verksamhet².
- Riktlinjer och vägledningar som bygger på bästa tillgängliga kunskap och behoven i verksamheterna. Socialstyrelsen behöver även ta ställning till hur beprövad erfarenhet ska användas när denna är bästa tillgängliga kunskap.
- SKL bör tillsammans med Socialstyrelsen och huvudmännen skapa en nationell samordningsgrupp för kunskapsstyrning inom socialtjänsten.
- Länsorganisationerna bör genom de regionala plattformarna för kunskapsstyrning samordna och stödja länets kommuner i arbetet med att utveckla systematik i uppföljning, förbättringsarbete och implementering av bästa tillgängliga kunskap. Samtidigt bör alla nuvarande projektbaserade ad hoc-organisationer för kunskapsutveckling och implementering samlas under den nya regionala plattformen. De regionala plattformarna bör också kunna användas som en stödresurs när nationella stimulansmedel ska fördelas.
- Kommunerna bör ta fram en strategi för en kunskapsbaserad socialtjänst och fastställa den i socialnämnden (motsvarande).

² Health Technology Assessment, d v s bedömningar av vilket vetenskapligt stöd som finns för olika medicinska och sociala teknologier (metoder, behandlingar etc).

- Kommunerna bör förtydliga kraven på privata utförare att medverka i implementeringen av EBP inom socialtjänsten i upphandlingsunderlag och auktorisationskrav samt avsätta större resurser för uppföljning av dessa krav och förväntningar.

2.2 Förändringar sedan 2011

De förslag som formulerades av konsulten 2010/11 var en produkt av den samlade analysen och baserades på dåvarande nuläge, intressenternas idéer och bedömningar samt de krav som kan ställas på ett fungerande system för kunskapsbildning och kunskapsstyrning.

Socialtjänstens kunskapsstyrning har utvecklats på olika sätt under de senaste fem åren. Det finns goda exempel, men också områden som inte har hanterats med den beslutsamhet och energi som hade krävts. Utvecklingen har i stora delar präglats av organisations- snarare än processutveckling. Det krävs dock organisationer, strukturer och personer som tar hand om och ansvarar för att utveckla och driva olika processer, vilket indikerar att utvecklingen ligger i en tidig fas.

2.2.1 Överenskommelser mellan staten och SKL

Statens/regeringens kunskapsstyrning har å ena sidan skett genom överenskommelser med SKL och å andra sidan en förändrad myndighetsorganisation, en ny samordningsstruktur och förändrade uppdrag till myndigheterna.

Efter Kerstin Wigzells betänkande följde ett antal överenskommelser mellan regeringen och SKL:

- Överenskommelse om Stöd till implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården för 2009 och 2010 (Kunskap till praktik).
- Överenskommelse om att utarbeta en plattform för en evidensbaserad praktik i framtida avtalslösningar, maj 2009 och Program för en god äldreomsorg i december 2009 där delar av plattformsarbetet lyftes in såsom de regionala stödstrukturerna.
- Överenskommelse om Nya former för att utveckla en evidensbaserad praktik inom Socialtjänsten juni 2010 (Plattformen). Därefter årliga överenskommelser kring sjuka äldre, psykisk hälsa etc. som också inkluderade detta perspektiv.
- Överenskommelsen 2011 om Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten blev ett långsiktigt åtagande som innefattade utvecklingen av en regional struktur för att åstadkomma en bättre samverkan mellan den nationella nivån och huvudmännen. Därefter har parterna ingått årliga överenskommelser inom området till och med 2016, vilket är sista året för denna programsatsning.

2.2.2 Myndighetsorganisation

Regeringen beslutade år 2011 att tillsätta en särskild utredare som skulle se över hur staten, genom sina myndigheter, borde verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem. Bl.a. skulle utredningen se över kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och den kunskapsgenerering som myndigheterna bedrev samt lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kunde effektiviseras. I slutbetänkandet (SOU 2012:33 - *Gör det enkla!*) fastslogs bl.a. att kunskapsstyrning ”är en nyckelfaktor för att kunna hantera många av de utmaningar och frågor som sektorn står inför”.

Förslaget innebar att fyra nya myndigheter skulle ersätta de befintliga: en kunskapsmyndighet, en inspektionsmyndighet, en myndighet som tillsammans med övriga aktörer förvaltar och utvecklar sektorns IT- och kommunikationslösningar samt en myndighet som följer den övergripande utvecklingen av hälsa, funktionshinder, vård och omsorg.

Regeringen accepterade inte den radikala omstöpningsen av aktuella myndigheter för att stärka statens förutsättningar för strategisk styrning. Delar av utredarens förslag genomfördes dock. I ett första steg bröts tillsynen loss från Socialstyrelsen och *Inspektionen för vård och omsorg* skapades (IVO). Därefter omvandlades Apotekens service AB till *eHälsomyndigheten* 2014-01-01. I det tredje steget fördes uppgifter från Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut till den nya *Folkhälsomyndigheten*. Den nya *Myndigheten för delaktighet* (MFD) är en sammanslagning av Handisam och delar av Hjälpmedelsinstitutet. Uppdraget är att verka för att funktionshinderspolitiken får genomslag i hela samhället.

2.2.3 Myndighetssamordning

I det fjärde steget fortsatte renodlingen av uppgifter mellan myndigheterna. Dessutom skapades en ny struktur för myndigheternas samordning av sin kunskapsstyrning, i stället för utredarens förslag att tillskapa en samlad kunskapsmyndighet.

Socialstyrelsen lämnade över sin HTA-verksamhet till SBU vars fullständiga namn nu blev *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*. Ansvaret för smittskyddsfrågor flyttades till Folkhälsomyndigheten. Dessutom skulle Vårdanalys uppdrag omfatta socialtjänsten och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det nya myndighetsnamnet blev därmed *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*.

Genom de fyra stegen blev det således inte färre myndigheter utan fler, varför det var naturligt för regeringen att lägga stor kraft på samordningen av de kunskapsstyrande myndigheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I Ds 2014:9 *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst* utvecklades formerna för detta.

Redan Ansvarskommittén föreslog att Socialstyrelsen skulle få ett samordningsansvar för sektorns kunskapsstyrning, eftersom myndigheten hade en bred roll i kunskapsstyrningen som inkluderade:

- Nationella riktlinjer och vägledningar.
- Uppföljning, inklusive stöd för bättre uppföljning, och utvärdering.
- Registerhållning.
- Utvecklingen av en enhetlig och nationell informationsstruktur.
- Kunskapsspridning.

Med fjärde steget har myndigheten fått detta ansvar.

2.2.3.1 Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen

I *Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst* ges Socialstyrelsen uppgiften att samordna myndigheternas kunskapsstyrningsarbete. Detta sker formellt genom *Rådet för styrning med kunskap*, som består av generaldirektörerna för eHälsomyndigheten, Folk-

hälsomyndigheten, FORTE, IVO, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, SBU och TLV. Det nya rådet, liksom *Huvudmannagruppen* bildades vid halvårsskiftet 2015.

Synen på kunskapsstyrningsfrågorna har breddats, vilket bl.a. visas genom att FORTE (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) och eHälsomyndigheten deltar i *Rådet för styrning med kunskap*. Rådet kan dock samverka även med myndigheter som inte är en del av rådsarbetet. Det skulle kunna gälla UHÄ kring bl.a. utformningen av olika yrkesutbildningars koppling till vetenskap och beprövad erfarenhet. SKL saknar Försäkringskassan och Skolverket i rådet.

Redan innan förordningen om statlig styrning med kunskap hade fyra av myndigheterna upparbetat ett samarbete på generaldirektörsnivå med förberedande tjänstemannamöten. I regleringsbrevet till de aktuella myndigheterna framgick att staten så långt som möjligt skulle ”uppfattas som *en* samordnad aktör av huvudmännen”. När nu fler självständiga myndigheter med olika ansvar och instruktioner ska samordna sin kunskapsstyrning med övriga myndigheters ökar svårighetsgraden väsentligt.

Rådet för styrning med kunskap ska i sitt arbete ”beakta den information som *Huvudmannagruppen* lämnar”. *Huvudmannagruppen* har en rådgivande roll och består av politiker från landsting och kommuner som föreslagits av SKL och utsetts av regeringen. Uppgiften är främst att till *Rådet för styrning med kunskap* ange områden där huvudmännen ”har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras”. Ordförande i *Huvudmannagruppen* är också ordförande i rådet, tillika Socialstyrelsens GD.

Regeringens förslag om *Huvudmannagruppen* väckte invändningar från olika håll. SKL framhöll i sitt remissvar att man själva redan har en representativ politisk organisation med mandat att representera huvudmännen. Formellt sett är *Huvudmannagruppen* rådgivande och ledamöterna, som kommer från både landsting och kommuner, representerar endast sig själva. De har dock en kansliresurs inom SKL som bl.a. organiserat en ”grundutbildning” i frågorna för ledamöterna.

En annan invändning mot konstruktionen med *Huvudmannagruppen* har varit den speciella ordningen med politiker i en rådgivande funktion och en GD i en styrande. Ett alternativ hade varit att bygga på den dialog som finns mellan myndigheterna och huvudmännen i NSK respektive NSK-S, två tjänstemannagrupper med kompetens och representativitet i dessa frågor.

Huvudmannagruppen har enats om att fokusera på faktorer som stärker utvecklingen av en evidensbaserad praktik för en jämlik vård och omsorg (samråd 2016-02-12). Man ser dialogen mellan huvudmännen och myndigheterna i NSK och NSK-S som viktiga delar i arbetet med att utveckla systemets delkomponenter, främst kunskapsstöd, uppföljning/analys och kunskapsutveckling. Man antog också en prioriteringsordning där socialtjänsten sågs som mest angelägen, därefter folkhälsa och hälso- och sjukvård.

2.2.4 Regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (RSS)

Uppbyggnaden av *regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (RSS)* har varit en viktig del i överenskommelsen mellan staten och SKL inom ramen för *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten*.

Bakgrunden till uppbyggnaden är dels myndigheternas svårigheter att nå ut till 290 kommuner med olika typer av kunskapsunderlag, dels kommunernas utvecklingsbehov och ofta begränsade resurser. Ett närmare regionalt samarbete kan också öka utbytet av kommunernas begränsade resurser.

Utvecklingsprocessen började med stöd till bl.a. ”plattformsledare”. Dessa skulle förbättra samordningen av olika utvecklingsarbeten mellan kommunerna samt mellan dessa och landstinget när det gällde kunskapsutveckling inom socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård. Idag består RSS av olika strategiska funktioner såsom politiska beredningar, styr- och arbetsgrupper och FoU-miljöer samt utvecklingsledare. I alla län finns sådana strukturer, förutom i Stockholms län där landstinget valt att stå utanför³. Ofta sker samverkan inom ramen för ett kommun- eller regionförbund (där även landstinget är medlem). Det finns oftast en politisk ledningsgrupp, men med varierande mandat. Till detta kommer lednings- eller beredningsgrupper, nätverk och olika arenor för samverkan. Det finns även ett nationellt nätverk för RSS.

Intervjuade personer betonar att de stora skillnaderna i förutsättningar är problematiska, men är samtidigt något som man måste leva med och hantera. Man behöver också i ökad grad definiera de olika problem och lösningar som gemensamma, och inte tro att enbart statliga satsningar är lösningen.

RSS är utformade utifrån förutsättningarna i respektive län och skapar enligt utvärderingar från bl.a. Statskontoret och SKL⁴, bättre förutsättningar för EBP i socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård. De utgör en arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet, är dialogpart gentemot den nationella nivån i frågor som rör kunskapsutveckling och kunskapsstyrning samt samordnar en rad olika utvecklingsarbeten i länet. Nästan 70 procent av socialcheferna i Statskontorets enkätundersökning uppger att stödstrukturen i stor utsträckning har fungerat som arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet. De nya samverkansstrukturerna har även inneburit bättre möjligheter att använda lokala och nationella resurser/kompetens i olika utvecklingsarbeten.

SKL:s utvärderingsrapport konstaterar att måluppfyllelsen inom vissa områden varit hög. Texten tar de flesta län fram gemensamma introduktions- och kompetensprogram, fler kommuner implementerar modeller för att öka barns delaktighet samt en ökad samverkan med hälso- och sjukvård och skola där arbetet med samordnad individuell plan har fått genomslag (SIP). Samtidigt konstaterar man att den sociala barn- och ungdomsvården påverkats starkt av den stora tillströmningen av ensamkommande barn- och ungdomar. Den pressade arbetsituationen har fått till följd att delar av utvecklingsarbetet stannat upp.

I flera län fanns sedan tidigare strukturer upparbetade som i mångt och mycket liknar de som etablerats som RSS. I de flesta fall är dock RSS ganska nya och sköra strukturer som saknar en långsiktigt stabil finansiering efter det att gällande överenskommelse mellan SKL och staten går ut 2016. SKL:s uppföljning 2015 visar att några kommuner utökar sina finansiella åtaganden till sin RSS, medan andra inte fattat några sådana beslut. Nuvarande system fungerar enligt en intervjuad hjälpligt så länge de större huvudmännen till viss del ”bjuder på” aktuella tjänstemäns tid, men i takt med att ambitionsnivån höjs, krävs en långsiktigt syftande statlig stödfinansiering. Huruvida medlen ska riktas direkt till

³ Länsinventering psykisk hälsa - Strukturer till stöd för kunskapsstyrning och förbättringsarbete i Sveriges län. SKL, dnr: 15/06292.

⁴ Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport. Statskontoret 2014:18. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet. Slutrapport 2015. SKL.

den regionala nivån eller till specifika utvecklingsarbeten finns olika uppfattningar om.

SKL har under 2016 följt upp vilket regionalt stöd som finns för kunskapsstyrning och förbättringsarbete på länsnivå⁵. Den övergripande slutsatsen är att överenskommelsen om en evidensbaserad praktik ”har på ett tydligt sätt bidragit till att en gemensam arena för kommuner och landsting har skapats och viktiga steg i en utveckling mot en länsövergripande stödstruktur har utvecklats”. I rapporten noteras att de flesta län har utvecklat övergripande strukturer för ledning och styrning samt kunskapsutveckling. Formerna för detta skiljer sig dock åt. Tvärsektoriell samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är på plats, medan skola, arbete och sysselsättning samt folkhälsa oftast bildar parallella spår.

Mindre kommuner anser att de har bättre nytta av stödstrukturerna än de större, som oftare har egna resurser. Det saknas dock strategier för att kompensera för skiftande resurser och förutsättningar inom länen. Trots utvecklingen är organisationsgränser fortfarande effektiva spärrar för ett bättre gemensamt resursutnyttjande.

2.2.5 Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S)

Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S) bildades 2011. En utmaning i arbetet var, och är, det stora antalet kommuner och att skapa en rimlig grad av representativitet hos ledamöterna. Denna första version av NSK-S gick i graven på grund av detta. Från 2014 har en omstart skett och nu är varje län representerat genom en socialchef och RSS företräds av två personer från det nationella nätverket för RSS. Till detta kommer myndigheterna samt representant för kommundirektörsnätverket och SKL. Det är således en stor gruppering som ska bidra till:

- att den kommunala och regionala nivån får bästa möjliga kunskapsstöd från aktörer på nationell nivå.
- att det nationella stödet blir samordnat, strategiskt och långsiktigt samt anpassat till användarnas villkor.
- gemensam utveckling, spridning och implementering av bästa tillgängliga kunskap inom socialtjänsten.

NSK-S ska också samverka med *Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården (NSK)* vid behov. Man har prioriterat tre områden – social barn och ungdomsvård, stöd till personer med funktionsnedsättning och ensamkommande barn och unga.

NSK-S har ett AU med fyra personer och en kanslifunktion, som SKL organiserar. AU har en viktig roll då det gäller att hålla ihop planering och möten, men framför allt för att skapa stabilitet och kontinuitet i arbetet.

Socialcheferna i NSK-S ska vara länken mellan den nationella och regionala nivån (främst för behov och implementering av kunskapsstöd) samt till kommunerna i länet. Möjligheterna att leva upp till detta begränsas av arbetsbördan i de ordinarie befattningarna som socialchefer, men också av att länets socialchefsnätverk träffas mer eller mindre ofta och att NSK-representanten inte har en formell roll i RSS.

⁵ Länsinventering psykisk hälsa – strukturer till stöd för kunskapsstyrning och förbättringsarbete i Sveriges län. Delrapport. SKL Dnr 1506292.

En intervjuad ville se akademien representerad i NSK-S. Andra synpunkter har rört NSK-S framtidsorientering. Det mesta som görs beskrivs då som reaktivt och präglad av den ”akutverksamhet” som socialtjänsten till flera delar har blivit. Det innebär inte att man gör fel saker, utan snarare att en viktig komponent saknas - vilken är strategin på fem års sikt? Denna typ av diskussioner och avgörande kräver även mer av omvärldsspaning och bedömningar av vad som är möjligt att åstadkomma inom existerande strukturer respektive vad som kräver förändrade förutsättningar.

2.2.5.1 Nationella programråd

NSK och NSK-S är uppdragsgivare till *nationella programråd*. De flesta gäller hälso- och sjukvård, men är relevanta för såväl äldreomsorg som funktionshinder. Då nationella riktlinjer främst ger övergripande rekommendationer finns ett behov av mer konkret stöd i form av behandlingsrutiner till huvudmännens olika yrkesgrupper. Traditionellt har vägledning tagits fram lokalt eller regionalt som vård- eller behandlingsprogram och vådrutiner. Den numera nationella processen genom programråd har effektiviserat arbetet påtagligt, samtidigt som man dragit stor nytta av erfarenheterna från olika landsting och kommuner i arbetet.

Det första programrådet startades 2012 (område diabetes) och de positiva erfarenheterna ledde till att flera startades strax efter. Genom *programrådet för ADHD* och *strategigruppen för Psykisk hälsa* (gemensamma med NSK) har den kommunala verksamhetens yrkesgrupper fått en naturlig representation i råden. I dessa är t ex skolsköterska, specialpedagog och socialsekreterare nominerade som experter.

2.2.6 Nationell informationsstruktur och teknisk infrastruktur

Socialstyrelsen har i sin [instruktion](#) uppgiften att ”genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet”. Från och med 2016-03-01 förtydligas också ansvaret för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ”informationsstruktur”.

Socialstyrelsen har även regeringens uppdrag att vidareutveckla och kvalitets-säkra [Nationell informationsstruktur](#) så att den stödjer och leder till målen om en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Denna är en del av *Gemensam informationsstruktur (GI)*, som även innefattar *Nationellt fackspråk (NF)*.

Socialstyrelsen har breddat sitt arbete med nationell informationsstruktur, vilket beskrivs i [Nationell informationsstruktur 2016:1](#). Enligt denna ska informationsstrukturen identifiera, beskriva och hantera dokumentationsbehov inom vård- och omsorgstagarens individanpassade process. Här beskrivs den typ av information som behövs i denna process samt hur den ska struktureras för att kunna användas för olika syften.

Socialstyrelsen har tagit fram processmodeller för vård och omsorg, hälso- och sjukvård och socialtjänst, där även begreppsdefinitioner och kodverken ingår. När det gäller vård och omsorg respektive socialtjänst har SKL framhållit att modellerna varit alltför övergripande för att resultera i en likartad nationell tillämpning. Socialstyrelsen fortsätter arbetet och kommer till våren 2017 att presentera en ny version där respektive delprocess brutits ned ytterligare en nivå. Nästa steg i utvecklingen är att verksamheter/huvudmän initierar arbetet med den omfattande *kravställningen* gentemot leverantörer av olika verksamhetsstödande system i syfte att rätt information registreras och uppföljning ska underlättas. Kravställningen är ett mycket omfattande arbete där samordning och

expertstöd är viktiga delar. I september 2016 lämnade Socialstyrelsen en rapport till regeringen där förutsättningarna för den långsiktiga implementeringen av GI redovisades⁶. Denna pekade på att Socialstyrelsens resurser att stödja huvudmännen i deras kravställning är begränsade och att även andra resurser behövs. Ett nationellt kompetenscentrum.

Bland några intervjuade fanns farhågor att det skulle ta ytterligare tid innan det finns en accepterad NI, som kan ligga till grund för kommuners och företags systemutveckling av nya eller befintliga verksamhetssystem. För att inte fastna i diskussionen om hur långt verksamhetsprocesserna ska brytas ner, behöver intressenterna acceptera att alla inte kommer att följa upp aktuella processer på samma detaljningsnivå. Dessutom kommer det inte att ske i samma takt.

[Nationell eHälsostrategi](#) för tillgänglig och säker information i hälso- och sjukvård och socialtjänst tydliggör att det krävs både en teknisk infrastruktur och ett dokumentationssystem som till övervägande del utformas för att automatiskt och säkert kunna generera relevant information för relevanta uppföljningsregister. Det övergripande ansvaret för den tekniska infrastrukturen ligger på *eHälsomyndigheten*, medan förvaltningen av specifika teknologier för att stödja brukare och patienter är ett ansvar för *Myndigheten för delaktighet*.

[Vision e-hälsa 2025](#), som tagits fram av regeringen i samarbete med SKL, säger att Sverige ska bli bäst i världen på området till 2025. Den har dock ännu inte resulterat i uppdrag och ansvar för genomförandet. Viktiga insatsområden beskrivs som regelverk, mer enhetlig begreppsanvändning och tekniska standarder. *eHälsomyndigheten* bör få en mer framskjuten roll i detta. Hittills har den i huvudsak varit aktiv i arbetet med att hantera de system som Apoteket AB överlämnade.

Medan Socialstyrelsen har ansvaret för semantiken har *eHälsomyndigheten* ansvaret för den interoperabiliteten, d v s förmågan hos olika IT-system att fungera tillsammans. En sammanhållen och organisationsövergripande teknisk infrastruktur möjliggör ett säkert och effektivt utbyte av integritetskänslig information mellan berörda och behöriga aktörer. Denna utveckling stödjer både en *systematisk uppföljning* och en lagstiftning där socialtjänsten kan arbeta med kvalitetsregister på motsvarande sätt som hälso- och sjukvården.

2.2.7 Konkreta utvecklingsarbeten inom vård- och omsorg

Många konkreta utvecklingsarbeten som sprungit ur överenskommelserna mellan regeringen och SKL, bl.a. *Kunskap till praktik, Program för en god äldreomsorg* och *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*, har varit framgångsrika i flera avseenden och arbetat med ett tydligt EBP-perspektiv⁷. Olika brukargrupper har varit i fokus, men arbetet har byggt på liknande premisser: främst initiala jämförelser och analyser av skillnader i resultat och processer, användningen av bästa tillgängliga kunskap respektive att engagera och involvera berörda intressenter och yrkesgrupper. Utvärderare har satt vissa frågetecken för uthålligheten i arbetet när den nationella finansieringen upphört.

De intervjuade framhåller starkt behovet av uthålliga och långsiktiga organisationer och processer. Ryckigheten i central styrning - både då det gäller innehåll och finansiering - är svår att hantera för många huvudmän. Det kan gälla allt från förväntningar som inte går att uppfylla till nedlagda satsningar och finan-

⁶ Långsiktig utveckling av gemensam informationsstruktur. Socialstyrelsen, 2016.

⁷ Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Slutrapport 2015. SKL.

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport, Statskontoret 2015:18.

sieringsproblem. För många bollar i luften samtidigt, varav flera med kort planeringshorisont, innebär ofta stora påfrestningar på många kommuners administrativa kapacitet.

2.3 Utvärderingar av överenskommelser och om förändringar i den statliga styrningen

I Statskontorets slutrapport om utvärderingen av överenskommelsen om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten mellan staten och SKL ([Statskontoret 2014:18](#)) sammanfattar man:

”Statskontorets samlade bedömning är att överenskommelsen har bidragit till verksamhetsutveckling inom socialtjänsten. Däremot är steget fortfarande långt till en mer systematiserad kunskapsutveckling. Statskontoret konstaterar vidare att överenskommelsen har förbättrat förutsättningarna för socialtjänsten att arbeta evidensbaserat och använda informationsteknik, men det krävs ytterligare insatser för att de stödstrukturer för kunskapsutveckling som har byggts upp i länen ska bestå.”

I rapporten framhålls också att:

- RSS är en viktig samordningsnivå som måste fungera även efter det att det statliga stödet dragits bort. Myndigheterna rekommenderas också att använda RSS mer.
- Bristande utvärderingar försämrar möjligheterna att arbeta evidensbaserat.
- Privata utförare står utanför utvecklingsarbetet och RSS saknar systematiska kontaktvägar till dessa.
- Det finns nationella kunskapscentrum som har uppgifter som delvis överlappar med målen för stödstrukturerna.

Regeringen har använt de årliga överenskommelserna med SKL för att stimulera utvecklingen av EBP inom socialtjänsten. Denna mjuka styrning har kompletterat myndigheternas instruktioner, regleringsbrev och särskilda regeringsuppdrag. Statskontoret har tidigare riktat kritik mot den ”mjuka” styrning som regeringens årliga överenskommelser med SKL innebär. I föreliggande utvärdering menar man att överenskommelser som syftar till att utveckla kunskap eller systematisera arbetssätt har förutsättningar att fungera väl.

Även Riksrevisionen ([RIR 2014:20](#)) ser att överenskommelserna är effektiva styrmedel. Man är dock kritisk mot den stora mängden överenskommelser, de ofta detaljerade kraven och att prestationsersättningar har använts regelmässigt. Det senare strider mot principen om fördelning av resurser efter behov, som är utgångspunkten för den kommunalekonomiska inkomstutjämnningen. Dessutom tvingas huvudmännen att ta ekonomiska risker för att komma i åtnjutande av statsbidragen.

I mars 2015 fick Statskontoret uppdraget att följa och utvärdera förslaget om en mer samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Våren 2016 lämnades en delrapport, *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst* ([Statskontoret 2016:13](#)). Statskontoret bedömer att ”att myndigheterna har tagit ett inledande steg mot en samlad kunskapsstyrning. Samverkan mellan myndigheterna har etablerats och myndigheterna har tagit hänsyn till huvudmännens övergripande prioritering.” Man konstaterar också att det är för tidigt att utläsa konkreta resultat.

Rapporten tar upp ett antal utmaningar som kräver strategiska ställnings- taganden från myndigheternas sida, bl.a:

- Uppifrån-och-ner-perspektivet behöver bytas mot dialog. Om inte finns det risk för att kunskapsstödet inte blir något stöd för de olika yrkes- grupperna, vilket innebär att den statliga styrningen inte får reellt ge- nomslag.
- Behov av att systematisera beprövad erfarenhet. Även då det veten- skapliga underlaget är av lägre kvalitet är det angeläget att verksamhet- erna får vägledning i avvaktan på mer stabila kunskapsunderlag. Myn- digheterna i Rådet för styrning med kunskap bör därför prioritera arbe- tet med att inhämta lokala erfarenheter/utvärderingar och systematisera den beprövade erfarenheten i högre utsträckning.

2.4 Reflektioner om Socialtjänstlagen, LSS och yrkesgruppernas roll

Samtidigt som det finns en otålighet hos flertalet intervjuade kring utvecklings- takten i socialtjänstens kunskapsstyrning, finns en ödmjukhet inför vad som krävs för att påverka och förändra komplexa system och en etablerad kultur. I en styrmiljö med många myndigheter, ännu fler självständiga huvudmän och lärosäten samt bristande författningsstöd i väsentliga delar, är detta ganska na- turligt. I kommande avsnitt beskrivs utvecklingens förtjänster och brister mer utförligt. Nedan redovisas två väsentliga iakttagelser kring kunskapsstyrningens förutsättningar.

Både [Socialtjänstlag \(2001:453\)](#) och [Lag \(1993:387\) om stöd och service till vissa funktionshindrade](#) har kompletterats med bestämmelser om att insatser ska vara av god kvalitet och att ”kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”. [Patientlagen \(2014:821\)](#) anger dessutom att vården ska stå ”i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”. Stödet till en evidensbaserad praktik skulle öka avsevärt om även SoL och LSS meddelade att använda arbetssätt och metoder ska bygga vetenskap och beprö- vad erfarenhet. Det gäller såväl för lärosäten som för praktiken.

Socialtjänstlagen kom till i en tid av stora visioner och utopiska ideal. Dessa lig- ger ofta långt från dagens verksamhet som inte sällan har akutkaraktär. Såväl medarbetare och brukare som forskare skulle vara betjänta av tydligare och mer rimliga mål som kan utvärderas. Utgångspunkten borde vara systematisk upp- följning av använda insatsers nytta och effekter för brukarna.

Till skillnad från utvecklingen av evidensbaserad medicin (EBM) har EBP i stora delar präglats av ett top-down-perspektiv där Socialstyrelsen (staten) och SKL varit pådrivande. Medan EBM har växt upp inom ramen för delad vårdnad mellan främst läkarprofessionen (men även andra medicinska yrkesgrupper) å ena sidan och de kunskapsstyrande myndigheterna och huvudmännen å den andra, har EBP påverkats negativt av obalansen i föräldraskapet. Reflektioner som ”socialsekreterare är vana vid att bli matade av Socialstyrelsen” och ”det saknas en stark professionsröst”, speglar det svagt utvecklade yrkesperspektivet på EBP.

En annan reflektion är att diskussionerna kring yrkena inom socialtjänsten, lik- som då det gäller faktiska insatser, ofta fokuserar på socialt arbete utfört av socionomer. Det gäller mer sällan arbete som utförs av sjuksköterskor, fysio- teapeuter och arbetsterapeuter eller personer med andra utbildningar.

Inom äldreomsorgen, där nästan 90 % av personalen som mest har gymnasieutbildning, saknar många högskoleutbildningar. Äldreomsorg är dessutom en blandning av socialtjänst och hälso- och sjukvård med två kunskapsområden som har helt olika traditioner vad gäller evidensbaserad. Svårigheterna detta skapar illustreras bl.a. i rapporten [Kunskapsstyrning i Äldreomsorg](#), som tagits fram av FoU Väst.

För akademierna blev propåerna om EBP och kunskapsstyrning i början mest underlag till nya policyanalyser och inte, som avsikten var, att förbättra förutsättningarna för att de insatser som används inom socialt arbete ska bygga på bättre och säkrare kunskapsunderlag. Denna hållning tycks också ha påverkat utbildningarnas sätt att ta sig an EBP. Den stundtals ganska hätska debatt som tidigare rådde mellan bl.a. företrädare för Socialstyrelsen och olika forskare tycks ha falnat, även om positionerna inte tycks ha förskjutits särskilt mycket.

Socialhögskolorna integrerar visserligen EBP i större grad i utbildningen än för fem år sedan, men fortfarande inte i samma grad som andra akademiska utbildningar inom socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, där utvecklingen mot EBP/EBM varit mer självklar och okomplicerad. Det gäller t ex för sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter mf.

Det är viktigt att huvudmännen är tydliga med sina förväntningar på staten och lärosätena. SKL har precis påbörjat arbetet med att ta fram en Strategi för hälsa, vård, omsorg och socialtjänst i enlighet med kongressens beslutade inriktningsmål för 2016-2019. Arbetet har påbörjats och sker främst på politisk nivå. Det innehåller idé- och arbetsseminarier med medlemsföreträdare, dialog med externa aktörer samt dokumentation av dessa. För socialtjänstens och omsorgens del är det angeläget att EBP och en kunskapsbaserad socialtjänst blir en prioriterad del av strategin så att den bl.a. kan ge stöd i dialogen med lärosätena kring FoUU-frågorna. Strategin är främst viktig för att stödja verksamheten att arbeta kunskapsbaserat och att följa sina resultat.

3. Samlad diskussion och reflektion kring nuvarande system för kunskapsstyrning

3.1. Begrepp

I konsultrapporten från 2011 konstaterades vissa oklarheter i begreppsanvändningen. T ex blandades EBP ofta ihop med kunskapsstyrning. EBP är ett förhållningssätt där den yrkesverksamma väger samman vetenskaplig kunskap med brukares önskemål och erfarenheter samt sina egen expertis. Kunskapsstyrning är, precis som det låter, *styråtgärder* för att åstadkomma en evidensbaserad praktik. Dessa styråtgärder gäller inte bara implementeringen av kvalitetssäkrade riktlinjer och kunskapsvägledningar, utan alla styråtgärder som krävs för att upprätthålla den infrastruktur som krävs för kunskapsbildning, kunskapsvärdering och kunskapsutveckling.

Även dagens begrepps användning är grumlig i vissa avseenden. Dessa märks framför allt i uttryck som ”styra med kunskap” vilket används i Ds 2014:9 och återkommer i *Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst* samt i varje enskild myndighetsinstruktion som uppdaterats med denna som mall.

Förutom de vitt skilda intuitiva språkliga läsningarna – är det de som styr som ska ha kunskap om styrning eller innebär det att kunskap är innehållet i styrningen – finns även andra frågetecken. Presumtionen är att kunskapsstyrningen i huvudsak sker med ”färdig” kunskap, d v s den som manifesteras i riktlinjer och kunskapsvägledningar. Detta innebär en kanske oavsiktlig, men ändå allvarlig, avgränsning i synen på kunskapsstyrning och därmed för vad som borde göras och vara statens uppgifter i sammanhanget.

I tidigare konsultrapport från 2011 användes följande definition: *Kunskapsstyrning* innebär styr- och ledningsstrategier/åtgärder som:

- Implementerar evidensbaserade riktlinjer och metoder i verksamheten.
- Skapar och upprätthåller den infrastruktur som behövs för kunskapsbildning och kunskapsutveckling.

Det finns fyra delar i denna som kan diskuteras. Den första är vad som bör läggas i begreppet *evidensbaserade* i den första punkten. En strikt tolkning gör definitionen väldigt smal, eftersom både beslutsfattare och praktiker behöver agera utifrån *bästa tillgängliga kunskap* oavsett om denna erhållits genom randomiserade studier eller på annat sätt. Samtidigt måste kunskapsvägledningarna givetvis anpassas till kvalitén på kunskapsstödet.

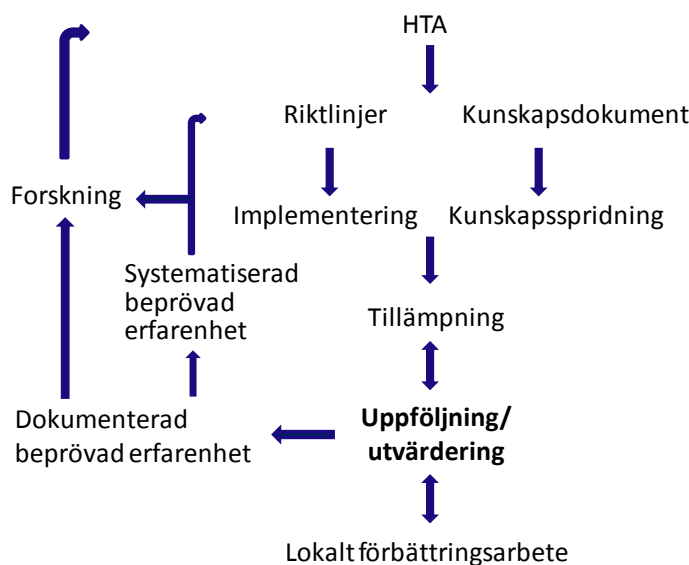
Den andra delen gäller frånvaron av HTA-analys eller kunskapsvärdering i definitionen, medan den tredje är mer övergripande och handlar om vad som betonas mer respektive mindre i definitionen. Centrala delar som uppföljning, utvärdering, forskning, kunskapsvärdering, utbildning etc syns inte explicit utan göms i begreppen kunskapsbildning och kunskapsutveckling. Kanske detta vara en förklaring till att uppmärksamheten varit stor kring riktlinjer och implementering, medan den verkliga akilleshälen inom socialtjänstens kunskapsstyrning – uppföljning – inte fått motsvarande uppmärksamhet och resurser. Dessutom är

den kunskapspridning som inte är implementering av riktlinjer, osynlig i begreppsavgränsningen.

Utifrån ovanstående kan definitionen av kunskapsstyrning förtydligas ytterligare enligt nedan:

Kunskapsstyrning består av alla styr- och ledningsstrategier/åtgärder som:

- Implementerar metoder och arbetssätt som baseras på bästa tillgängliga kunskap.
- Skapar och upprätthåller nödvändiga strukturer och processer för kunskapsbildning och kunskapsutveckling, d v s för uppföljning, utvärdering, förbättringsarbete, forskning, kunskapsvärdering, framtagande av riktlinjer, implementering och kunskapspridning samt för yrkesutbildningar som tar sin utgångspunkt i det förhållningssätt som beskrivs av evidensbaserad praktik (EBP).



Figur 1: Centrala processer för kunskapsstyrning, exklusive yrkesutbildningar förankrade i EBP.

Kunskapsstyrning sker på alla nivåer i systemet och såväl lokala och nationella aktörer agerar utifrån sina förutsättningar. T ex är lokala riktlinjer för uppföljning och utvärdering lika viktiga som nationella policys för kunskapsöversikter och riktlinjer i det brukarnära förbättringsarbetet.

3.2 Systematisk uppföljning och utvärdering är grunden för förbättringsarbete och innovation

Systematisk uppföljning är den mest grundläggande komponenten i ett system för kunskapsstyrning. Utan kunskap om den nytta som beslutade och genomförda insatser skapar för brukaren, befinner sig medarbetarna och verksamheten på ett gungfly. För att göra kunskaper av erfarenheter krävs både uppföljning och utvärdering, d v s kritiskt pröva använda insatsers och metodens nytta för brukarna.

Vårdanalys för motsvarande resonemang i sin rapport *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården* (2016:2). Rapporten beskriver hur uppföljningen av enskilda individer kan användas i flera olika syften (Figur 2). Som flera andra pekar myndigheten på att det saknas en gemensam struktur för uppföljning, d v s att aktörer på olika nivåer har en gemensam syn på vad man ska följa upp, att man följer upp dem på individnivå och sedan sammanställer och analyserar relevanta uppgifter på lokal, regional och nationell nivå.



Figur 2: Vad systematisk uppföljning kan bidra till.
Källa: Vårdanalys Rapport 2016:2)

Den magra forskningen om olika insatsers nytta för brukarna inom socialtjänsten i Sverige kan inte bara skyllas på forskare som hellre studerar socialpolitik och policyeffekter. En bidragande orsak är bristen på uppföljningsdata, vilket även påverkar alla processer med relevans för kunskapsstyrning negativt. Medarbetarna saknar verktyg för *systematisk uppföljning* och databaser med behovs- eller uppföljningsdata på individnivå är nästintill obefintliga. Socialstyrelsen har genom olika förordningar om kommunernas uppgiftsskyldighet ansvaret för fem nationella register inom socialtjänsten:

- [Ekonomiskt bistånd](#)
- [Insatser enligt LSS](#)
- [Insatser för barn och unga](#)
- [Socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning](#)
- [Tvångsvård av vuxna missbrukare](#)

Registrerade uppgifter är ytterst knapphändiga. De innefattar i princip endast insatstyp, beslutande kommun och personnummer. I vissa fall även ekonomiska belopp (ekonomiskt bistånd) och om personen är född i Sverige eller inte.

I Vårdanalys förstudie - *Omotiverade skillnader i socialtjänsten* (PM 2016:02)- beskrivs tillgången på uppföljningsdata som så bristfällig att förutsättningarna är "nästintill obefintliga" för att analysera aktuella skillnader. "Även i de verksamheter där datatillgången är som bäst finns betydande begränsningar i vad data kan beskriva om verksamheten". Mest uppgifter finns kring sådant som rör biståndsbeslut, medan data som beskriver utförandet och resultatet av insatserna ofta saknas. På lokal nivå är datatillgången generellt bättre.

Utan *systematisk uppföljning* av den nytta som olika insatser eller metoder ger försvagas de kunskapsbildande strukturerna allvarligt, eftersom uppföljning och utvärdering ger starka incitament för förbättringsarbete och innovation. Uppföljningen har också relevans för medarbetarnas intresse av och mottaglighet för att tillämpa ny kunskap. Om den yrkesverksamma inte vet resultatet av sitt nuvarande arbete kan hen varken förbättra det eller värdera andra sätt att sköta det på.

Viktiga delar i kunskapsstyrningen är därför styråtgärder som

- Sätter fokus på uppföljning.
- Ökar kraven på och stödet till *systematisk uppföljning*.
- Ökar kraven på utvärdering och analys på basis av gjorda uppföljningar.
- Förväntar sig att analyser leder till förbättringar.

Ovanstående har författningsstöd genom bl.a. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). SoL har en bestämmelse om att kvaliteten i verksamheten ska ”utvecklas och säkras”, vilket dessutom ska ske ”systematiskt och fortlöpande”. Detta förutsätter en uppföljning som går långt utöver vad som nu är möjligt.

De mycket stora systembristerna bidrar till att författningen tillämpas i begränsad utsträckning. *Systematisk uppföljning* av brukarnytta sällan är möjlig framför allt på grund av:

- Nationell informationsstruktur är fortfarande under utveckling.
- Socialtjänstens verksamhetssystem klarar sällan systematisk uppföljning.
- Lagstiftning behövs som möjliggör lokala, regionala och nationella databaser med individbunden data. Även den tekniska infrastrukturen för detta behöver utvecklas.

Utöver detta tycks det även finnas bristande lagstöd för privata utförare att alls göra systematisk uppföljning inom socialtjänsten. Det krävs sålunda omfattande förändringar för att få till stånd en användbar uppföljning. Styråtgärderna inom denna del av kunskapsstyrningen behöver därför ges högsta prioritet.

EU kommer att besluta om en ny dataskyddsförordning sommaren 2016, som kommer att bli lag i alla EU-länder senast två år senare. Förordningen innebär att den enskildes rätt stärks då det gäller att få information om hur de egna personuppgifterna används av företag och myndigheter. I vissa fall får personer rätt att säga nej till företag och myndigheter som använder personuppgifterna. Det är fortfarande oklart hur den nya dataskyddsordningen kommer att påverka myndigheters personuppgiftsbehandling. Ett lagstiftningsarbete pågår och bl.a. Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att ta fram underlag till detta.

3.2.1 Stöd till systematisk uppföljning

Socialstyrelsen har tagit fram ett konkret stöd för systematisk uppföljning. Stöd-materialet [Systematisk uppföljning](#) riktar sig till verksamheter inom socialtjänsten och innehåller

- en webbutbildning,
- en handledning för fördjupning,
- ett datorbaserat verktyg och
- en skrift om *systematisk uppföljning*

Syftet med materialet är att stödja arbetet med *systematisk uppföljning* genom att öka förståelsen för och att pröva. SU-pilot, d v s det datorbaserade verktyget, ger verksamheter möjlighet att genomföra ett pilotprojekt om *systematisk uppföljning*. Det innehåller uppgifter för *systematisk uppföljning*, inklusive en enkät för brukaruppföljning av bland annat förändring, delaktighet och bemötande. För att få till stånd en bredare *systematisk uppföljning* krävs dock ändamåls-enliga verksamhetssystem.

3.2.2 Socialtjänstens verksamhetssystem

Socialtjänstens verksamhetsstödande system är idag sällan anpassade för *systematisk uppföljning*, då många främst hanterar löpande text. Det innebär att den begränsade uppföljning som görs måste registreras i andra parallella system. Hinder är inte bara lagenliga (som redovisats tidigare), utan det handlar även om bristande uppföljningskompetens hos såväl huvudmän (verksamheter, upp-handlare etc) som leverantörer.

Inom åtminstone två områden finns numera en mer strukturerad informations-insamling inom socialtjänsten. Dessa finns inom barn och familj (BBIC) och missbruksvården (ASI)⁸. BBIC utgår från barnets behov och ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och struktur för handläggning, genom-förande och uppföljning. ASI är ett standardiserat och strukturerat kartlägg-nings- och uppföljningsinstrument främst avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och drogrelaterad behandlingsforskning.

Instrumenten förvaltas av Socialstyrelsen som också erbjuder utbildning till an-vändarna. Socialtjänsten använder dem och kan, beroende på systemstöd, följa upp enskilda individer och på aggregerad nivå. För BBIC har SKL, med stöd av staten, arbetat med en kravspecifikation för en uppföljningstillämpning, som ska kunna hämtas hem av kommunerna och även kunna anpassas till lokala förhål-landen. Kravspecifikationen färdigställdes våren 2016.

När det gäller ASI har ett privat företag tagit fram programvara och erbjuder webbhotell till intresserade kommuner ([ASI-Net](#)). Programmet används idag av 200 kommuner och en rikstäckande databas har byggts upp som möjliggör stat-istiska jämförelser mellan den egna verksamheten och övriga Sverige. Även regionalt finns överenskommelser som möjliggör jämförelser och analyser på grupp-nivå av länets kommuner. Cirka 80 kommuner använder ASI-modulen i [Procapita vård och omsorg](#), ett verksamhetssystem för bl.a. individ- och familje-omsorgen. Det senare stödjer även BBIC, försörjningsstöd mf handläggnings-processer. Normalfallet är att data som registrerats i kommunen stannar i kom-munen. Den omfattande BBIC-uppföljningen aggregeras inte alls.

3.2.3 Öppna jämförelser

SKL har tillsammans med Socialstyrelsen gjort Öppna jämförelser inom social-tjänsten sedan 2007. Myndigheten fick 2009 ett femårigt regeringsuppdrag för att påskynda utvecklingen av jämförelserna. Målet var bl.a. att jämförelserna skulle ge information om resultat, kvalitet och effektivitet samt möjliggöra jäm-förelser mellan olika kommuner på såväl övergripande- som enhetsnivå. De skulle också stimulera lokalt förbättrings- och utvecklingsarbete i kommunerna.

För närvarande görs öppna jämförelser årligen inom sju olika verksamhets-områden och från 2016 tillkommer socialtjänstens krisberedskap. De olika jäm-förelseområdena är utformade och presenterade på olika sätt. I brist på data från löpande uppföljning bygger Öppna Jämförelser i stor utsträckning på enkätdata,

⁸ BBIC – barns behov i centrum. ASI – Addiction severity index.

som kompletteras med officiell statistik. Tidigare bombarderades kommunerna med flera olika enkäter, nu sker det samlat ”i en klusterbomb”.

I rapporten *Öppna jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre* (Vårdanalys 2013:2), framhålls att jämförelserna stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Man menar också att Öppna Jämförelser gett en ökad transparens, men att presentationsformen inte är lämplig för allmänhet och media. Dessutom finns inte sällan en misstro mot underliggande data vilket minskar genomslaget i kommunerna.

På uppdrag av Socialstyrelsen utvärderades Öppna Jämförelser av Health Navigator 2014⁹, som konstaterade att jämförelserna fått genomslag och användes i drygt 80 procent av kommunerna och att cirka hälften ansåg att de har inneburit stor eller ganska stor nytta. De bidrog även till att sätta kvalitetsfrågorna på agendan. Enligt rapporten fanns dock ett stort behov av analysstöd i kommunerna. Dessutom borde större ansträngningar läggas på att utveckla resultatindikatorer och att minska antalet indikatorer. Även en större samordning med liknande kvalitetsverktyg och system rekommenderas, framför allt med SKL:s databas Kolada.

I Socialstyrelsens utvärdering av arbetet med Öppna Jämförelser¹⁰ betonas att kunskapsbaserade öppna jämförelser leder till verksamhetsförbättringar som kommer brukarna till gagn. Därför borde målgruppen de kommande åren främst vara beslutsfattare och utförare på lokal, regional och nationell nivå. Detta kräver en ökad målgruppsanpassning samt fördjupad och förbättrad redovisning till användarna. Det innebär fortsatt utveckling av indikatorer och insamlingsmetoder, men redovisningen av resultat- och effektivitetsindikatorer kräver även:

- en gemensam informationsstruktur
- utökad individbaserad data i den officiella statistiken
- att kommunerna har verksamhetssystem som stödjer *systematisk uppföljning*
- att SCB utvecklar kostnadsuppgifterna i kommunernas räkenskapsammandrag
- att ett nationellt, kontinuerligt uppdaterat, verksamhetsregister skapas.

SKL tog 2013 fram [Handbok för Öppna jämförelser inom socialtjänsten](#). Den ger stöd till att analysera ÖJ och att använda resultat och skillnader som utgångspunkt för förbättringsarbete. Handboken stödjer en ändamålsenlig arbetsprocess för hantering av Öppna Jämförelser i fem steg. SKL genomför kurser och seminarier kring handboken för den regionala nivån och nyligen också direkt till kommunerna. Studiecirkel har genomförts på regional nivå, där ledare har varit regionala resurspersoner och deltagarna kommit från kommunerna.

Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA¹¹) har fått ett uppdrag att utforma Koladas rapporter mer utifrån jämförelseperspektivet. Detta ska först ske övergripande och sedan successivt målgruppsanpassat.

⁹ Öppna jämförelser av socialtjänsten - på mottagarnas villkor? Health Navigator 2014.

¹⁰ Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014. Socialstyrelsen 2015.

¹¹ RKA är en ideell förening som ska tillhandahålla nyckeltal i en databas (Kolada) för jämförelser i kommunsektorn. Syftet är att stödja uppföljningen av måluppfyllelse och resursanvändning i kommuner och landsting. Medlemmar i RKA är staten och SKL.

Huvudfrågan för Öppna Jämförelser är och förblir insamling av relevanta data. Utan bättre uppföljning och datainsamling via register, kan jämförelserna kosta mer än de smakar.

3.2.4 Lagstiftning som sätter gränser

Enligt Personuppgiftslagen (2001:454) är huvudregeln att det är förbjudet att behandla känsliga uppgifter. Socialstyrelsens register är således undantag som medgivits utifrån de krav som ställts på myndigheten att följa utvecklingen inom olika verksamhetsområden. Av likande skäl kan forskningsregister etableras.

Bl.a. utökade uppgiftsskyldigheter för sjukvårdshuvudmännen och sekretessbrytande bestämmelser för dessa uppgifter, har möjliggjort Socialstyrelsens hälsodata- och dödsfallsregister. Sekretessbrytande bestämmelser har även möjliggjort kvalitetsregistren, vars data är kopplade till personnummer, men ändå är väl skyddade.

För att socialtjänstens systematiska uppföljning ska fungera fullt ut är det således flera pusselbitar som behöver läggas på rätt plats. En ändamålsenlig nationell informationsstruktur blir begränsat användbar om uppföljningsdata låses i varje kommuns unika system. Samma sak gäller om nuvarande rättsliga begränsningar för nationella brukar- eller kvalitetsregister kvarstår. Både SKL och Socialstyrelsen ställde sig bakom betänkandet [Rätt information på rätt plats i rätt tid](#) (SOU 2014:23), som ville se denna typ av förändringar. Betänkandet innehåller även förslag om sammanhållen journalföring när hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar med samma patient/brukare.

Informationsutredningens slutbetänkande ”Myndighetsdatalag” (SOU 2015:39) är i huvudsak ett lagtekniskt reformarbete med inriktning på att göra nu gällande rätt beträffande dataskydd tydligare på myndighetsområdet. Uppdraget var inte att göra några betydande förändringar om hur myndigheter får behandla personuppgifter eller omprövningar av tidigare avvägningar mellan t ex effektivitetssträvanden och skyddet för enskildas personliga integritet.

Vad avser ”känsliga uppgifter” i socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens dokumentation finns egentligen inga principiella skillnader. Det viktiga är att data lagras och används säkert samt att systemets medbehörigheter är ändamålsenligt. Hälso- och sjukvårdens stora framgångar hänger bl.a. ihop med dess systematiska uppföljning, utvärdering och förbättringsarbete.

3.2.5 Uppföljning och kritisk analys

Även när datainsamling gjorts och uppföljningsdata finns, ger inte dessa alla svar. Det gäller särskilt om frågorna är fel ställda. Det krävs kritisk analys och ofta behövs även analysstöd. För det första behöver frågor ställas om vad som ska dokumenteras och varför. Vilken nytta har vi och brukarna av befintlig och ny dokumentation? Redan idag samlas många uppgifter in inom socialtjänsten. Det sker inte sällan osystematiskt och även ”överinsamling” förekommer, d v s att uppgifter samlas in utan att (kunna) användas. En mer systematisk uppföljning behöver sålunda inte betyda att väsentligt mer tid läggs på registrering och bearbetning av uppföljningsdata.

I jämförelse med hälso- och sjukvården har socialtjänsten en relativt omogen registreringskultur. Det finns en ovana att dokumentera i register och att reflektera kring vad som är väsentligt att dokumentera. Här behöver en uppföljnings- och förbättringskultur etableras som påminner om den inom hälso- och sjukvården. RSS och befintliga FoU-miljöer kan bidra med regionalt och lokalt utvecklingsstöd. Nationellt bör Socialstyrelsen fortsätta sitt bredare arbete med uppföljningsstöd.

Det krävs också att den systematiska uppföljningen aggregeras i nationella eller regionala register om jämförelser och analyser ska leda till en förbättrad praxis. Nationella resurser bör styras till ett nationellt registercentrum och en representativ styrgrupp. Det krävs även resurser för att lokalt och regionalt genomförande styrs till RSS. Socialstyrelsens uppföljningsstöd och FoU kan används som stödresurser på nationell respektive regional nivå.

3.3 Forskning och vetenskapligt stöd för utveckling

Behovet av mer forskning, som visar vilken nytta socialtjänstens olika bedömningar och insatser ger för brukarna, har uppmärksammats under många år. Sådan forskning behövs för brukarnas bästa och för att ge underlag till arbetet med riktlinjer och andra kunskapsdokument. I Sverige är omfattningen på denna forskning fortfarande blygsam. Internationellt finns fler studier, men samtidigt innebär kulturella skillnader begränsningar i tillämpbarhet.

Det finns begränsad kunskap om varför antalet forskningsansökningar och studier inte är fler där olika metoders nytta står i centrum. Detta borde undersökas i större grad i syfte att få till stånd fler studier. Möjliga förklaringar kan vara:

- Den begränsade tillgången till data i socialtjänstens verksamheter.
- Otillräcklig styrning av forskningsmedel till området.
- Brister i befintliga ansökningar.
- Seniora forskare har redan etablerat sina forskningsområden och det är svårt för juniora forskare att etablera sig i nya.

Som framgått av uppföljningskapitlet utgör den första punkten ett betydande problem. Forskningsregister kanske kan etableras på sikt, men dessa är på grund av kommunernas outvecklade uppföljningssystem ofta mödosamma att bygga upp. En slutsats i denna rapport är att det är minst lika viktigt att satsa på att systematisera den beprövade erfarenheten inom socialtjänsten. I förlängningen är det ju ofta denna som sedan prövas i olika studier.

Socialtjänsten behöver också ett större vetenskapligt stöd för utveckling av verksamhet och metoder. Sådant ges idag bl.a. av de olika FoU-miljöer som utvecklats regionalt (se 3.3.2) och olika centrumbildningar vid universitet och högskolor.

3.3.1 Forskningsfinansiering

Forte är den viktigaste forskningsfinansiären inom socialtjänstområdet. Namnbytet från FAS (*Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap*) till Forte 2013-07-01 (*Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd*) skedde för att bättre svara mot aktuell forskningsfinansiering, men också det utökade ansvaret för nya forskningsområden, i enlighet med forsknings- och innovationspropositionen ([Prop. 2012/13:30](#)) för åren 2013-16. Detta inkluderade även stöd till forskning som rör implementering och nyttiggörande samt forskning som är innovativ, praktiktäna och tvärvetenskaplig/-sektoriell. Forte har inga öronmärkta medel för socialtjänstens praktiktäna forskning. Sådan forskning ryms dock väl inom myndighetens utlysningar, men ansökningarna är mycket få. Under senare år har även forskning om och med brukare lyfts fram. Forte får sina medel från utbildningsdepartementet, men sitt uppdrag från socialdepartementet.

Fortes underlag till regeringens forskningspolitik för 2017-2027 sammanfattas av myndigheten i tio punkter. Den första beskriver fem forskningsområden, bl.a. *välfärdsystemens kvalitet, organisering och processer*. Området innefattar såväl kunskapsstyrning som övriga former för ledning, styrning, organisering

och ersättningssystem. Även flera av de övriga forskningsområdena har stor bäring på socialtjänst och omsorg, främst migration och etniska relationer, jämlika levnadsvillkor och den demografiska utvecklingen. Två av de övriga tio punkterna anger att forskning om interventioners effekter respektive implementeringsforskningen ska stärkas.

Sammantaget tycks Fortes underlag till regeringens forskningspolitik motsvara de förväntningar som finns inom verksamheterna, SKL, Socialstyrelsen och andra kunskapsstyrande myndigheter. Hur det blir återstår att se, utan intresserade forskare som söker och får anslag för denna typ av projekt blir det ingen verkstad.

Vinnova – ”Sveriges innovationsmyndighet” – ska förbättra förutsättningarna för innovation och gränsöverskridande samverkan. Myndigheten vill se den offentliga sektorn som drivkraft för utveckling och användare av innovationer. Det handlar dels om att utveckla formerna för styrning, ledning och uppföljning av verksamheten, dels att bättre utnyttja sin roll som kravställare och upphandlare till att främja innovationskraft och därmed ett mer effektivt resursutnyttjande.

Cirka 2 % av Vinnovas samlade anslag för finansiering av forskning, utveckling och innovation går till mottagare i den offentliga sektorn utanför universitet och högskolor eller andra forskande statliga myndigheter. Akademin är den i särklass största mottagaren av anslag, medan ca 1/3 utdelas till näringslivet.

Förutom de stora forskningsstiftelserna finns även andra finansiärer. De vanligaste är landsting och kommuner, myndigheter, privata forskningsstiftelser, allmänna arvsfonden etc.

Studier av universitets- och högskolesektorns samverkansuppdrag visar på en fortsatt distanserad hållning visavi de kunskapsintressen som kommuner och landsting utvecklar, samt att forskningsfinansiärerna huvudsakligen fortfarande använder sina medel som stöd till inomvetenskapligt definierad ”excellent” forskning av grundforskningskaraktär¹².

Medan hälso- och sjukvården tillförs betydande medel för FoUU från staten (ALF-medel), saknar socialtjänsten helt denna typ av stöd. Det finns också stora skillnader mellan graden av samarbete mellan universiteten och universitetssjukhusen å ena sidan och akademierna och den kommunala verksamheten å den andra.

Ett snarlikt forskningsstöd skulle också kunna kanaliseras till kommunerna/RSS och universiteten/högskolorna. Det kan antingen, som i ALF-arbetet, ske med stöd av ett gemensamt avtal eller genom att bemyndiga kommunerna, med stöd av universitet, högskola eller FoU-miljö, att själva kunna söka medel direkt från Forte och Vinnova. Ett sådant system kräver tydliga kvalitetskriterier som forskningsprojekten och de samverkande aktörerna måste leva upp till. Forskningsmedlen skulle också förbehållas arbeten med fokus på använda metoders brukarnytta.

En konsekvens av förslaget skulle sannolikt bli att forskningsprojekten blir mer praktisknära och relevanta för såväl praktiker och beslutsfattare som brukare.

¹² Samverkansuppgiften i ett historiskt och institutionellt perspektiv. Benner & Sörlin. Vinnova 2015.

3.3.2 FoU-miljöer

I en rapport från SKL 2014 bedömdes att det fanns 53 FoU-miljöer utanför universitetet som huvudsakligen var inriktade på socialtjänstens olika verksamheter¹³. I rapporten benämndes dessa FUI-miljöer (Forskning, utveckling och innovation). De flesta har en begränsad omfattning och arbetar företrädesvis med utvärdering, utredning, utbildning och utvecklingsstöd – ofta på direkt uppdrag av berörda kommuner som inte sällan kan räkna in statliga utvecklings- eller projektmedel i uppdragsbudgeten. Några enheter är större och har oftast ett landsting som huvudman och/eller finns i de största städerna.

Samma år upp gav 19 län att RSS innehåller en FoU-miljö. I fem av dessa län var den dock löst knuten till stödstrukturen eller hade en relativt otydlig roll. Enligt de läns gemensamma planerna, som tas fram av RSS, finns någon form av samverkan med lärosäten i 17 av 21 län. Det är dock bara fyra län som formaliserat denna genom avtal, medan tre uttryckligen anger att de saknar sådana avtal.

FoU-miljöerna har ingen tydlig definition och uppvisar stora skillnader sinsemellan. Ett försök att karaktärisera dem är att de verkar i ”brännpunkten mellan forskning och praktik”¹⁴ och i nära samverkan med lärosätena och kommunerna, för att stärka integrationen mellan praktik, utvecklingsarbete och forskning. Forskningsdelen är relativt begränsad och antalet kommundoktorander¹⁵ litet. Det finns FoU-miljöer med egna anställda forskare och de som inte har någon. Flertalet FoU-miljöer anlitar forskare på uppdragsbasis och många deltar i forskningsarbeten med lärosätesanknutna forskare, t ex kring gemensamma ansökningar. Samtidigt är möjligheterna stora då det gäller att utvärdera och stödja verksamhetsutveckling.

FoU-miljöerna har påverkats starkt av nya förutsättningar. Det gäller främst kravet på lärosätena att samverka med det övriga samhället, att statens stödfinansiering av FoU-miljöerna trappades av och avslutades helt 2009, uppbyggnaden av de regionala samverkans- och stödstrukturerna inom socialtjänsten samt behovet av en lokal kunskapsuppbyggnad. Sammantaget har utvecklingen inneburit att behovet av fristående FoU-miljöer har försvunnit. Idag är de flesta en del av RSS och är knutna till huvudmännens regionala organisationer. FoU-miljöernas arbete med utvärdering och utvecklingsstöd har varit efterfrågat av kommunerna och länsnivån. Utvecklingen har på så sätt öppnat dörren till nya statliga utvecklingsmedel till stöd för en evidensbaserad praktik.

Utifrån ovanstående kan flera alternativa slutsatser och strategier diskuteras. De som saknar forskningsdelen ser utvecklingen som problematisk. Ett förslag som lämnades i samband med en utvärdering av FoUrum i Jönköping var att knyta två adjungerade professorer (ca 25 procent var) till verksamheten¹⁶. Förslagsställaren ansåg även att seniora forskare borde kontrakteras där det finns ett intresse för en praktisknära och interaktiv forskning.

En annan väg är att acceptera FoU-miljöerna som den särskilda kunskapsmiljön den ofta har blivit. Deras nära samverkan med huvudmännen kring praktisknära utvecklingsstöd på vetenskaplig grund, utvärdering och förbättringsarbete är tämligen unik, även om de uppvisar stora kvalitativa skillnader. I strukturerad form ligger arbetssättet nära aktionsforskningsparadigmet. Här finns också

¹³ FUI-miljöer i offentlig verksamhet. SKL 2015.

¹⁴ Utanför det akademiska rummet. SKL 2016.

¹⁵ En kommundoktorand är en kommunanställd medarbetare som inom ramen för sin ordinarie anställning får forskarutbildningen (eller delar av den) finansierad av kommunen (eller flera kommuner) inom ett (problem)område som är av särskilt intresse för kommunen/erna.

¹⁶ Evidens genom lärande och samverkan – utvärdering av FoUrum. L. Svensson, 2014.

resurser för att stödja arbetet med *dokumenterad beprövad erfarenhet*, d v s att stödja systematisk uppföljning och utvärdering av olika insatsers nytta för brukaren samt att dessa dokumenteras på ett enhetligt sätt som möjliggör jämförelser med andra enheter.

3.3.3 Dokumenterad beprövad erfarenhet kan bli systematisk beprövad erfarenhet

Mot bakgrund av den begränsade akademiska forskningen kring olika metoders nytta för socialtjänstens brukare, behöver mer grundläggande strukturer utvecklas som stödjer systematisk uppföljning och utvärdering inom socialtjänsten. Socialstyrelsen och tidigare IMS¹⁷ har sedan länge beaktat två olika och viktiga strategier för socialtjänstens kunskapsutveckling:

- Jämförande empiriska studier av sociala interventioners/metoders effekter.
- ”Lokal”, systematisk empirisk uppföljning av de sociala insatsernas resultat, i syfte att systematisera praktikernas erfarenhetsbaserade kunskap och därmed möjliggöra gemensam reflektion som underlag för lokalt förbättringsarbete och för jämförelser med andra verksamheter med likartade syften.

Strategierna kan sammanfattas som *vetenskap* (punkt 1) och *beprövad erfarenhet* (punkt 2). Enligt Lars Oscarsson är beprövad erfarenhet *kunskap som är dokumenterad och spridd, delas av professionen, är kritiskt granskad och fungerar som norm för hur man ska handla som praktiker*¹⁸. En förutsättning för detta ska kunna ske systematiskt och transparent är att den aktuella kunskapen har *dokumenterats*.

Den lokala uppföljningen ska, enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9), vara en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Den är dessutom oundgänglig för att den inomprofessionella diskussionen om socialtjänstens metoder ska bli mer fakta- och kunskapsbaserad. Sådan *dokumenterad beprövad erfarenhet* kan i sin tur jämföras med den nytta som skapats i andra kommuner med samma, liknande eller andra metoder. På lokal, regional eller nationell nivå kan den dokumenterade utvärderingen sammanställas och bli *systematiserad beprövad erfarenhet*. Sådan kunskap kan också komplettera det vetenskapliga underlaget när riktlinjer eller andra kunskapsvägledningar tas fram. Den kan även vara det enda underlaget i vissa fall.

3.4 Bedömningar av kunskapsunderlag

Förutsättningen för att kunna ta fram nationella riktlinjer och kunskapsvägledningar som stöd till personal och beslutsfattare inom socialtjänst och funktionshinderområdet, är att forskningsstudier och andra kunskapsunderlag utvärderas kritiskt och systematiskt. Även på lokal och regional nivå behöver praktiker och beslutsfattare (få stöd att) göra sådana bedömningar.

Internationellt hade Health Technology Assessment (HTA-organisationer) en stark tillväxt på 1980- och 90-talet inom hälso- och sjukvården. Bakgrunden var de ofullständiga vetenskapliga underlagen och att tongivande praktikers inflytande ofta baserades på personliga uppfattningar om olika behandlingars nytta. Dessa förhållanden ledde fram till större krav på vetenskapliga bevis och att EBM¹⁹-rörelsen föddes. Den senare förutsatte att valet av en medicinsk insats

¹⁷ Institutet för metodutveckling i socialt arbete. Integrerades i Socialstyrelsen 2009.

¹⁸ Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Lars Oscarsson. SKL och SKL Kommentus. 2009.

¹⁹ Evidensbaserad medicin.

var resultatet av en sammanvägning av vetenskaplig evidens, yrkesutövarens egen expertis och patientens önskemål. Det förstnämnda blev ganska snart en nästan omöjligt uppgift, eftersom antalet studier började växa mycket kraftigt. Praktikerna kunde helt enkelt inte själva värdera alla relevanta studier, eller ens hitta dem, och samtidigt upprätthålla sin kliniska verksamhet. I stället började särskilda HTA-organisationer bildas för att kritiskt granska gjorda studier och att göra sammanvägda bedömningar av stödet för olika insatsers effekter för patienterna och ibland även av kostnadseffektiviteten.

3.4.1 SBU

I Sverige har SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, regeringens uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder inom hälso- och sjukvård, tandvård samt socialtjänst, inklusive funktionshinder utifrån insatser med stöd av LSS. Innan det 4:e steget låg ansvaret för utvärderingarna av socialtjänstens metoder huvudsakligen på Socialstyrelsen.

SBU ska, utifrån tillgängligt vetenskapligt stöd, bedöma hur bra en behandling eller insats är samt träffsäkerheten i metoder och arbetssätt som ska ge rätt diagnos och fånga behov hos patienter och brukare. SBU ska även göra bedömningar av kostnadseffektivitet.

SBU har en lång tradition av att göra ovanstående inom hälso- och sjukvård och tandvård. Utgångspunkten är att socialtjänsten ska hanteras på samma sätt som övriga kunskapsområden. Frågan är dock på vilket sätt ett svagare vetenskapligt underlag kommer att påverka SBU:s bedömningar.

Relevanta vetenskapliga studier inom socialtjänsten är betydligt färre och har ofta en studiedesign som gör det svårare att dra säkra slutsatser. En tillämpning av existerande praxis skulle i många fall göra det svårt för SBU att uttala sig om annat än att mer forskning behövs. Å andra sidan skulle en sänkt ribba för studiekvalitet innebära att SBU drog slutsatser på mindre säkra grunder och därmed riskera att vilseleda avnämarna.

SBU har en upplysningstjänst som kan användas av beslutsfattare – personer i ledande befattning, verksamhetschefer, sektionschefer och områdesansvariga – och deras rådgivare och utredare. Syftet är att ge kunskapsunderlag för strategiska beslut, till exempel om en ny metod eller behandling ska införas, eller någon äldre fasas ut. Som regel svarar myndigheten inom tre månader.

SBU:s uppdrag att sammanställa vetenskapliga kunskapsluckor inom hälso- och sjukvården gäller nu även socialtjänsten. Oavsett kriteriernas utformning lär det bli en lång lista.

3.4.1.1 Är SBU:s perspektiv tillräckligt brett?

Förutom de bedömningar som gäller diagnostik och behov, undersöker SBU främst *stödet för olika åtgärders effekter*. I en socialtjänst- och omvårdnads-kontext finns begränsningar i ett sådant perspektiv.

På den mest övergripande nivån kan det som görs inom socialtjänsten beskrivas i termer av utredning och åtgärder/insatser, precis som inom hälso- och sjukvården. Åtgärder inom den senare domänen är nästan alltid specifika, t ex nyttan av ett visst läkemedel eller en viss operationstyp. Inom socialtjänsten definieras åtgärder ofta väsentligt bredare, t ex placering på familjehem eller på demensboende. En sådan beskrivning är närmast trivial, då insatserna i praktiken består av olika stöd- eller utvecklingstjänster, som utförs i samspel med brukaren. Konkreta åtgärder kan bara definieras i strukturerade situationer, t ex då brukaren deltar i en utbildningsaktivitet eller en strukturerad behandling.

Det mest tydliga exemplet på bredare frågeställningar är de som rör *förhållningssätt*. En annan, som också är knuten till kvaliteten på samspelet mellan brukare och yrkesutövare, är *förtroende*. Inom hälso- och sjukvården detekteras ofta inflytandet av framför allt den senare som *placebo*, vid sidan om de undersökta verkningsmekanismerna. Inom socialtjänsten där tjänsteinnehållet till stora delar består av organiserat samspel mellan parterna, blir denna typ av frågeställningar av väsentligt större betydelse. Socialtjänstens metoder kräver rätt kompetens, men är också mer personberoende då det gäller att leva upp till de förhållningssätt och strategier som insatsen kräver respektive att skapa förtroende för insatsen och dess utförande.

Det har inte varit aktuellt för SBU att förhålla sig till den kunskap som finns i *beprövad erfarenhet*. För det första är den i begränsad grad samlad och för det andra skulle den falla utanför de bedömningsmallar som SBU beaktar i sin granskning. SBU bör även fortsättningsvis prioritera de vetenskapliga underlagen och det är i första hand Socialstyrelsen som behöver beakta beprövad erfarenhet i sitt riktlinje- och kunskapsvägledningsarbete.

Intressant är att SBU i en nyligen publicerad systematisk översikt - [Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård](#) – inte bara föreslår mer forskning när det vetenskapliga underlaget brister, utan framhåller betydelsen av *lokal uppföljning* för att närmare undersöka positiva och eventuellt skadliga effekter av använda program.

3.5 Riktlinjer och kunskapsvägledningar

Uppföljning, utvärdering, förbättringsarbete, forskning och kunskapsvärdering är alla viktiga förutsättningar för framtagandet av riktlinjer eller annan kunskapsvägledning baserad på bästa tillgängliga kunskap.

I Sverige är det främst Socialstyrelsen som tar fram nationella riktlinjer och kunskapsvägledningar inom de områden som SBU granskar. En transparent riktlinjeprocess med hög legitimitet har successivt utvecklats inom hälso- och sjukvården sedan början av 2000-talet. Arbets sättet involverar ett system med expertgrupper och regionala konferenser där de preliminära riktlinjerna diskuteras med politiker, tjänstemän och yrkesföreträdare från respektive sjukvårdsregion. Inom socialtjänsten rör det sig än så länge om ett fåtal riktlinjer och här har både en nationell konferens och länsformatet prövats för dialogen kring preliminära riktlinjer.

Flera nationella riktlinjer har tillkommit med relevans för socialtjänsten:

- *Schizofreni – psykosociala insatser (2011). Har kompletterats med Nationella riktlinjer för antipsykotisk läkemedelsbehandling vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (2014).*
- *Demens (2010)*
- *Missbruk och beroende (2015)*

Socialstyrelsen publicerar sedan flera år även [Metodguiden för socialt arbete](#). Där finns bedömningsmetoder och insatser som används i socialt arbete. Metodguiden ger information hur bra en viss metod är. Syftet är att ge objektiv och transparent information om vem metoderna är tänkta för, hur de ska genomföras samt deras nytta för brukarna.

De svårigheter som diskuterades för SBU kring de vetenskapliga underlagens existens och kvalitet påverkar också Socialstyrelsen, eftersom begränsade vetenskapliga underlag gör det svårare att ta fram riktlinjer och kunskapsväg-

ledning. Inom hälso- och sjukvården har beprövad erfarenhet ibland kompletterat de vetenskapliga underlagen i form av konsensusbedömningar. Men hur ska man göra inom socialtjänstens angelägna vägledningsområden där evidensunderlaget är svagt?

I rapporten [Konsensuspaneler om psykosociala arbetsmetoder](#) diskuterar Socialstyrelsen hur enkäter till forskare och socialarbetare kan användas för Socialstyrelsens rekommendationer, när det saknas säkra forskningsresultat. En av iakttagelserna var att det tycktes finnas relativt få forskare inom socialtjänstområdet som både är intresserade av att delta och som är kompetenta. Betydligt fler socialarbetare var intresserade, men samtidigt var det osäkert om de har tillräcklig erfarenhet av undersökta metoder.

En utvecklingsväg som provas för hälso- och sjukvården är att i högre grad använda kvalitetsregistren för prospektiva studier. Väljorda sådana kan enligt GRADE²⁰ inkluderas i det vetenskapliga underlaget i en systematisk översikt. För socialtjänsten, som idag inte får använda kvalitetsregister, är utvecklingen av dokumenterad och systematiserad beprövad erfarenhet ett alternativ (se 3.3.3). Som framgått tidigare kräver detta såväl författningsändringar som en annan uppföljningskultur.

Nationella riktlinjer hanterar osäkerheten kring vissa åtgärders (förmodat positiva) effekter genom att FoU-märka dem, d v s att de endast bör användas inom ramen för en studie eller annan systematisk uppföljning. FoU-rekommendationen är ett viktigt incitament för att dokumentera och systematisera den beprövade erfarenheten. En sådan rekommendation skulle kunna kopplas till flera vägledningstyper. Detta kräver dock stödinsatser i form av nationell stödfinansiering och uppföljningsstöd från den lokala FoU-miljön eller annan lämplig organisation.

Socialstyrelsen har möjlighet och befogenhet att utfärda mer ambitiösa föreskrifter kring uppföljning. Detta instrument bör också övervägas, men det kan inte ske snabbare än de lagstiftningsmässiga och tekniska lösningarna för registrering av uppföljningsdata.

Vårdanalys använder följande begrepp för att kategorisera olika typer av kunskapsstöd:

- Riktlinjer
- Vägledning
- Stöd

I denna kategorisering motsvaras riktlinjer närmast av myndigheternas föreskrifter, d v s sådana som ska följas. Nuvarande nationella riktlinjer och deras rekommendationer utgör vägledning för yrkesutövare, beslutsfattare och patient/brukare, medan övriga kunskapsvägledningar är mindre imperativa. De senare ska primärt öka medarbetarnas förståelse för ett problem och den typ av insatser som kan användas. Eftersom dessa vilar starkt på beprövad erfarenhet kan tydliga rekommendationer sällan ges.

Rådet för styrning genom kunskap har initierat en genomgång kring graden av styrning i de olika dokument som Socialstyrelsen tar fram. Denna är inte klar, men motsvarar i princip ovanstående. Det kan tilläggas att Metodguiden och Öppna jämförelser är exempel på stödande information.

²⁰ Myndigheternas bedömningssystem vid genomgång av vetenskapliga studier.

3.6 Implementering och kunskapsspridning

Att nå ut med nya riktlinjer eller ny kunskap till alla berörda är en utmaning. Beslutsfattare, medarbetare och brukare är inte bara många. De har olika behov och utgångspunkter, olika intresse och tid samt har olika sätt att ta till sig aktuell kunskap. Ofta finns också begränsad kunskap om vilken nytta existerande arbetssätt har haft för brukarna.

Vad krävs då för att verksamheter och huvudmän ska ta till sig ny kunskap och nya metoder så att de kommer till nytta för brukarna.? Socialstyrelsen har sammanfattat implementeringens faser och framgångsfaktorer utifrån aktuell forskning²¹. Bl.a. lyfter man fram:

- Inventering av behovet av nya metoder.
- Installation av metoden genom beslut om införande och att säkra nödvändiga resurser (både för själva införandet och för driften).
- Användning av kärnkomponenterna i aktuell metod och återkoppling kring detta till medarbetarna.
- Vidmakthållande genom bl.a. systematisk uppföljning av brukarnytta och ett klimat som främjar förbättringsarbete.

Framgången i implementeringsarbetet är givetvis ytterst beroende av metodens lämplighet för avsett ändamål och dess tillämpningsbarhet. Framgångsfaktorer beskrivs som kompetens hos användarna, en stödjande organisation och ett effektivt ledarskap.

Ett förändringsarbete kan startas av flera skäl. Nya riktlinjer inom området har tagits fram, ny intressant kunskap har blivit känd, uppföljningsresultaten lämnar mycket att önska etc. Nationellt inspirerat förändringsarbete (t ex av nationella riktlinjer eller andra nationella kunskapsunderlag) kräver en omfattande samverkan mellan nationella, regionala och lokala aktörer och experter. Det kräver också en rationell arbetsfördelning mellan nivåerna och en organisation för genomförandet. Grundmodellen är att riktlinjer tas fram nationellt, medan lokala och regionala tillämpningar tas fram där de används.

Det har funnits vissa missförstånd kring nationella riktlinjer och ett låg i regeringsförklaringen 2014, som ansåg att de skulle ”bli obligatoriska för att säkra en likvärdig sjukvård”. I den utredning som nu genomförs av TLV:s generaldirektör undersöks förutsättningarna för att göra dem ”mer bindande”, men framför allt hur följsamheten till dem kan öka. Samtidigt har myndigheternas instruktioner förändrats så att det tydligare framgår att de ska ge *stöd till* huvudmän, patienter och brukare. Följaktligen också stöd till implementering, inte implementera, vilket är huvudmännens ansvar. Implementeringsstödet till nationella riktlinjer är dock betydligt mer utvecklat och ”krävande” än annat implementeringsstöd. T ex vill Socialstyrelsen diskutera preliminära riktlinjer regionalt med huvudmännen och dessutom har man en nationell uppföljning av riktlinjernas tillämpning.

Nationella programråd, som är kopplade till NSK/NSK-S, kan effektivisera implementeringsprocessen inom de områden där de inrättats, genom att huvudmännens specialister redan på nationell nivå arbetar med konkretiseringen av de rekommendationer som ges av riktlinjerna.

Medan myndigheterna och huvudmännen med stöd av SKL, bäddar för ett bättre och mer samordnat nationellt stöd för implementering av riktlinjer och

²¹ Om implementering. Socialstyrelsen 2012.

kunskapsspridning, är behovet lika stort av en ändamålsenlig lokal process och/eller organisation för att hantera detta. För det första krävs en administrativ process där nya kunskapsstöd hanteras i enlighet vad Socialstyrelsen sammanfattade ovan. För det andra behövs en process där berörda medarbetare och chefer diskuterar konsekvenserna för handläggning, använda metoder och fastställer nya/uppdaterade rutiner. En systematisk uppföljning, som innebär att medarbetare och chefer får god kunskap om verksamhetens effekter för brukarna, ökar intresset för nya riktlinjer och ny kunskap ytterligare.

För socialtjänstens komplexa organisation med 290 självständiga huvudmän, blir den regionala nivån allt viktigare både vid implementering av riktlinjer och vid dialog med myndigheter kring behoven av kunskapsstöd. Tidigare nationella utvecklingsarbeten för implementeringsstöd, bl.a. *Kunskap till praktik*, har fungerat väl, men när den nationella finansieringen upphört har arbetet fallit tillbaka i vissa kommuner.

3.6.1 Kunskapsguiden.se

Mot bakgrund av de relativt få riktlinjer som idag är relevanta för socialtjänsten, är trycket på implementering av dessa begränsat. Däremot finns stora behov av kunskapsstöd inom flera olika områden bland såväl medarbetare som chefer. Socialstyrelsen har i samarbete med fem andra myndigheter och SKL byggt upp ett bibliotek - Kunskapsguiden.se - för att underlätta spridning av nationellt samlad kunskap. Kunskapsguiden startade 2011. Den har växt mycket snabbt och behovet är fortsatt stort av lättillgänglig kunskap. Kunskapsguiden ger tillgång till kunskap, vägledning och verktyg inom en rad olika områden bl.a.

- EBP.
- Standardiserade bedömningsmetoder.
- Systematisk uppföljning.
- Implementeringsstöd.
- Samlad kunskap om olika sakområden och behovsgrupper.

Det är innehållet under olika sakområden som är mest besökt och använt idag. Denna innehåller kunskapsstöd inom fyra olika sakområden (psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende samt barn- och unga). Här finns även webbutbildningar och filmer av olika slag.

3.6.2 Förvaltning av metoder och arbetssätt

De flesta kommuner är relativt små och socialtjänsten har få organisationer som förvaltar, utvecklar och beforskar metoder eller har ett helhetsgrepp på ett behovsområde. De som finns är ofta av projektkaraktär eller ett Nationellt kompetenscentrum (se nedan). Detta är en stor brist med negativa konsekvenser för kunskapsspridning och implementering. För t ex demensriktlinjerna beställde Socialstyrelsen av Svenskt Demenscentrum en webbutbildning för all personal (Demens ABC) som blev ett mycket användbart verktyg i implementeringen av riktlinjerna.

Många kontakter Socialstyrelsen i tron att myndigheten förvaltar de metoder och bedömningsinstrument som värderas i *Metodguiden*. Socialstyrelsen förvaltar dock, som framgått tidigare, endast BBIC och ASI. I övrigt kan metodförvaltningen – om den överhuvudtaget finns – vara inbäddad i en kommuns verksamhet (t ex Komet i Stockholms stad), i en FoU- eller forskningsmiljö eller i ett privat företag (funktionell familjeterapi). Dessa har i olika utsträckning fokus på utbildning, uppföljning/utvärdering och metodförbättringar.

Förvaltningsfrågan är i praktiken olöst, vilket både menligt försvårar en effektiv kunskapsstyrning och en yrkeskultur som kan samspela med nationella och lokala strävanden. För psykisk hälsa har dock SKL tagit fram ett förslag med en mer flexibel användning av kunskapscentrum (se 3.6.3.1).

3.6.3 Nationella kompetenscentrum (NKC)

Det finns ett fåtal nationella kompetenscentrum i Sverige som har relevans för socialtjänsten. Dessa är Nationellt kompetenscentrum för anhöriga, Svenskt Demenscentrum och nationellt centrum för kvinnofrid. I en rapport från 2013 kartlade konsulten för SKL:s räkning dessa och liknande organisationer²². I rapporten konstaterades att det inte fanns någon enhetlig definition av ett NKC och heller inte någon enhetlig struktur för dessa. Tre centrala processer borde enligt rapporten känneteckna sådana kunskapscentrum.

- Sammanställning av befintlig kunskap samt strukturering och paketering av innehållet i syfte att ge *stöd till implementering* i verksamheten.
- Kunskapsutveckling med sikte på *innovation och utveckling* av ny kunskap och nya metoder.
- *Metodförvaltning och metodförbättring*, inklusive implementering genom att tillhandhålla utbildning, handledning samt stöd till uppföljning av resultaten.

NKC är viktiga resurser för implementering, kunskapsutveckling och kunskaps-spridning samt metodförvaltning, men täcker idag endast en bråkdel av behovet. Det är också svårt att se att de framöver skulle bli väsentligt fler, inte minst på grund av det krångliga regelverket och behovet av att snabbt och flexibelt kunna hitta olika organisatoriska lösningar och former. *Uppdrag Psykisk hälsa* vid SKL har några av NKC:s kännetecken, men det gäller också den betydligt mer avgränsade metodförvaltning som finns inom enskilda kommuner och företag.

3.6.3.1 Förstärkt infrastruktur för psykisk hälsa

SKL har tagit fram ett förslag för att förbättra infrastrukturen för kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom området psykisk hälsa. Förslaget bygger vidare på de befintliga regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS), som även fått stöd av tidigare överenskommelser inom socialtjänst (missbruk, psykiatri, äldre) och hälso- och sjukvård.

Delarna i det tänkta systemet är,

- RSS
- Centrum med specialistkompetens som under en tidsbegränsad period kommer att vara Kunskapsnoder inom områden som är riksgemensamt angelägna, med ansvar att utveckla och sprida metoder och arbetsätt.
- Stödfunktion på SKL som bidrar med samordning kring det arbete som görs på läns- och nodnivå. Denna samarbetar nära med NSK och NSK- S.

Tanken är att staten genom överenskommelsen med SKL under tre år ska stå för en större del av finansieringen av systemet och att huvudmännen därefter successivt övertar kostnaderna, förutom i den del som avser den nationella samordningen av infrastrukturarbetet.

²² Nationella kunskapscentrum och andra nationella och regionala kunskapskluster inom socialtjänsten. Ulf-Johan Olson. SKL 2013.

Förslaget bygger på nuvarande struktur för RSS och använder principerna för NKC på ett mer flexibelt sätt. En förutsättning för en gemensam utveckling på länsnivå är att det finns ett forum för gemensam ledning och styrning som omfattar *alla* kommuner och landstinget/regionen.

3.6.4 Nationella registercentrum

En annan typ av kunskaps- eller kompetenscentrum är Nationella registercentrum, som stödjer nationella och regionala kvalitetsregister. Dessa ansvarar för drift, förbättringsarbete och resultatanalys samt ger stöd till ansvarig registergrupp. Idag finns sex sådana som arbetar med register inom hälso- och sjukvården. Dessa skulle också kunna vara en resurs när socialtjänsten ges liknande möjligheter som hälso- och sjukvården att aggregera systematisk uppföljning.

3.7 Utbildning

En ofta förbisedd del av EBP och systemet för kunskapsstyrning är utbildning. Riktlinjer, uppföljning och studieresultat blir inte särskilt användbara om de som ska använda dem inte har rätt grundkunskaper och förmågor. Det innebär en grundutbildning som lär ut nödvändiga färdigheter inom ramen för ett perspektiv som präglas av vetenskap och beprövad erfarenhet.

För socionomer finns idag ingen specialistutbildning, men för andra yrkesgrupper inom socialtjänst, äldreomsorg och funktionshinder finns för vissa yrken både specialistutbildning och legitimation. Det gäller framför allt för sjuksköterskor. Legitimerade är även bl.a. psykologer, fysioterapeuter²³ och arbetsterapeuter.

Lärosätena har av tradition en relativt fristående ställning. Den statliga styrningen av dem sker genom utbildningsdepartementet, som inte på samma sätt som socialdepartementet prioriterat kunskapsstyrningen inom vård och omsorg. Regeringskansliet är dock *en* myndighet och även på denna nivå finns behov av en bättre samverkan kring kunskapsstyrning. För Forte tillämpas en okonventionell lösning där myndigheten finansieras via utbildningsdepartementet, men får sitt uppdrag från socialdepartementet. Denna modell passar inte för lärosätena, men visar ändå att det går att hitta lösningar och här finns verkligen behov av detta.

En återkommande återkoppling i flera rapporter är att högskolor och universitet förväntas lyssna mer på och samarbeta med kommunerna både då det gäller utbildningens inriktning och den praktiska forskningen. När det gäller socio- och utbildningen inkluderas dessutom i begränsad utsträckning information om evidensbaserad praktik och kunskap om metodernas effekter i grundutbildningen.

En rapport från Socialstyrelsen 2010 visade att evidensbaserade metoder och evidensbaserad praktik utgör en begränsad del av socialhögskolornas undervisning samt att variationen var stor mellan olika institutioner²⁴. En uppföljningsstudie som speglar situationen 2015²⁵, visar att evidensbaserade metoder, evidensbaserad praktik och möjligheterna fått ökat utrymme. Vid femårsuppföljningen nämner knappt hälften av utbildningsplanerna att evidensbaserade metoder eller evidensbaserad praktik ingår som moment i utbild-

²³ Fysioterapeuter kan uppnå specialistkompetens utifrån kriterier fastställda av professions- och fackförbundet Fysioterapeuterna. Det finns dock ingen akademisk specialistexamen.

²⁴ Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor. Jan Gassne. Socialstyrelsen 2010.

²⁵ Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor - en uppföljningsstudie 2015. Jan Gassne.

ningarna (7 av 16 jämfört med 1 av 26 tidigare). Andelen kursplaner som nämner evidensrelaterat innehåll har sedan december 2009 ökat med 50 % från 28 till 42. Variationen är som tidigare mycket stor.

Trots förbättringar tycks socionomutbildningen fortfarande i mindre grad präglas av filosofin kring EBP och vetenskap och beprövad erfarenhet än övriga akademiska utbildningar inom sektorn. Förväntningarna på lärosätena kan förtydligas genom uppdrag och uppföljning. Viktigast kanske ändå är att kvalitetsparagrafen i SoL respektive LSS kompletteras med skrivningar om att beslutade och överenskomna insatser ska utföras med arbetsätt och metoder som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sammantaget är det angeläget att statens kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård, socialtjänst och stödet till funktionshindrade, även inkluderar högskolor och universitet. Det gäller såväl forskning som utbildning.

4. Bilagor

4.1 Intervjupersoner

Myndigheter

Sofia Wallström, TLV. Leder även utredningen ”Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården”

Peter Nilsson, Vårdanalys.

Mari Forslund, Forte.

Knut Sundell, SBU.

Åsa Welin, eHälsomyndigheten.

Ulrika Freiholtz, Socialstyrelsen.

Jenny Nybom, Socialstyrelsen.

Arvid Widenlou, Socialstyrelsen.

Anita Litvinov, Socialstyrelsen.

SKL

Anna Lilja Qvarlander.

Anneli Jäderland.

Annica Blomsten.

Mia Ledwith.

Niklas Eriksson.

Universitet och FoU-miljöer

Martin Börjesson, Linköpings universitet.

Elisabeth Beijer, GR Välfärd (se även under huvudmän).

Cecilia Strandlund, FoUrum

Huvudmän

Agneta von Schoting, Sala, NSK-S.

Elisabeth Beijer, RSS, NSK-S

Monika Agnedal, Verksamhetschef för regionalt stöd, Sörmland, NSK-S

Britt-Marie Börjesson, Helsingborg, NSK-S.

Övriga

Göran Stiernstedt, nationell samordnare för effektiv vård.

Även andra personer har varit behjälpliga med information och/eller synpunkter, bl.a. Jan Gassne vid Lunds universitet och Tommy Dahlén vid Forte

4.2 Källförteckning

Betänkanden, departementsskrivelser och propositioner

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

[Gör det enklare \(SOU 2012:33\)](#)

[Rätt information på rätt plats i rätt tid \(SOU 2014:23\)](#).

En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (Ds 2014:9).

Forsknings- och innovationspropositionen (Prop.2012/13:30).

Lagrum, förordningar och föreskrifter

[Socialtjänstlag \(2001:453\)](#)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

[Patientlagen \(2014:821\)](#)

Personuppgiftslagen (2001:454)

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Myndighetsdatalog, SOU 2015:39.

Överenskommelser mellan Regeringen och SKL

Överenskommelse om *Stöd till implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården* för 2009 och 2010 (Kunskap till praktik).

Överenskommelse om att utarbeta en plattform för *en evidensbaserad praktik i framtida avtalslösningar*, maj 2009 och *Program för en god äldreomsorg* i december 2009 där delar av plattformsarbetet lyftes in såsom de regionala stödstrukturerna.

Överenskommelse om *Nya former för att utveckla en evidensbaserad praktik inom Socialtjänsten* juni 2010 (*Plattformen*). Därefter årliga överenskommelser kring sjuka äldre, psykisk hälsa etc som också inkluderade detta perspektiv.

Överenskommelsen 2011 om *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet samt de årliga överenskommelserna t o m 2016*.

Vision e-hälsa 2025. Regeringen och SKL 2016.

Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. 2010. Regeringskansliet, Socialstyrelsen, eHälsomyndigheten, SKL, Famna och Vårdföretagarna.

Vårdanalys

Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre. Vårdanalys 2013:2.

Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Vårdanalys 2016:2.

Omotiverade skillnader i socialtjänsten. Vårdanalys PM 2016:02.

Statskontoret

Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport. Statskontoret 2014:18.

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport, Statskontoret 2015:18.

Slutrapport Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Delrapport. Statskontoret 2016:13.

Andra utvärderingsrapporter

Nationella kunskapscentrum och andra nationella och regionala kunskapskluster inom socialtjänsten. Ulf-Johan Olson. SKL 2013.

[På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – kartläggning, analys och förslag. Ulf-Johan Olson. Socialstyrelsen och SKL 2011.](#)

Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej. Riksrevisionen 2014:20.

Öppna jämförelser av socialtjänsten - på mottagarnas villkor? Health Navigator 2014.

Regionala stödstrukturer och FoU.-miljöer

Länsinventering psykisk hälsa – strukturer till stöd för kunskapsstyrning och förbättringsarbete i Sveriges län. Delrapport. SKL Dnr 1506292.

FUI-miljöer i offentlig verksamhet. SKL 2015.

Utanför det akademiska rummet. SKL 2016.

Evidens genom lärande och samverkan – utvärdering av FoUrum. L. Svensson, 2014.

Socialstyrelsen

[Nationell informationsstruktur 2016:1. Socialstyrelsen.](#)

Systematisk uppföljning – stödmaterial. Socialstyrelsen 2016.

Nationella riktlinjer. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

Konsensuspaneler om psykosociala arbetsmetoder. Socialstyrelsen 2014.

Långsiktig utveckling av gemensam informationsstruktur. Socialstyrelsen, 2016.

Metodguiden för socialt arbete. Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide>

Kunskapsguiden. <http://www.kunskapsguiden.se>.

[Om implementering.](#) Socialstyrelsen 2012.

Öppna jämförelser av socialtjänst och hemsjukvård 2010–2014. Socialstyrelsen 2015.

SKL

Förstärkt infrastruktur för psykisk hälsa. SKL. Dnr: 15/06292.

[Handbok för Öppna jämförelser inom socialtjänsten. SKL 2013.](#)

Kommundoktorander. SKL, september 2014.

Länsinventering psykisk hälsa - Strukturer till stöd för kunskapsstyrning och förbättringsarbete i Sveriges län. SKL, dnr: 15/06292.

Registercentrum för stöd till kvalitetsregister:

http://www.kvalitetsregister.se/drivaregister/stodochservice/registercentrumstod_tillkvalitetsregister.1989.html

Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Slutrapport 2015. SKL.

Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Slutrapport för 2015. SKL

Utveckling av missbruks- och beroendevården - tillbakablickar och framtidsutsikter. SKL/Kunskap till praktik 2014.

Övrigt

ASI-net. <http://rabekobberstad.se/vara-program/asi-net/>

Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Lars Oscarsson. SKL och SKL Kommentus. 2009.

Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor. Jan Gassne. Socialstyrelsen 2010, samt uppföljningsstudien 2015.

Kunskapsstyrning i Äldreomsorg. FoU i Väst, Rapport 3:2015.

Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Socialdepartementet 2010.

Procapita vård och omsorg. <https://www.tieto.se/branscher/halsa-och-valfard/vard-och-omsorg-tieto/procapita-voo-tieto>

Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. SBU. Rapport 252/2016.

Samverkansuppgiften i ett historiskt och institutionellt perspektiv. Benner & Sörlin. Vinnova 2015.

Utvecklingen av socialtjänstens kunskapsstyrning

- Viktiga delar återstår

Rapporten är framtagen inom ramen för överenskommelse 2016 - Stöd till utvecklingen av en evidensbaserad praktik – för god kvalitet i socialtjänsten. Ulf-Johan Olson, Utvecklingspartner i Stockholm AB i har haft i uppdrag att ta fram en underlagsrapport om förutsättningar för kunskapsstyrning inom socialtjänsten med fokus på nationell och regional nivå. I uppdraget ingick att beskriva utvecklingen sedan 2011 då samma konsult tog fram en liknande studie. Konsulten fokuserar i sina förslag på behovet av att stärka infrastrukturen kring systematisk uppföljning av individuella ärenden vilket är en avgörande faktor för att arbeta kunskapsbaserat, liksom för att stärka det samlade systemet för kunskapsstyrning.

Upplysningar om innehållet
Anna, Lilja Qvarlander, anna.lilja.qvarlander@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2017
ISBN: 978-91-7585-353-6

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN 978-91-7585-353-6