



1. Evidens som kunskapskälla

Alexander Björk

I inledningen beskrevs att begreppet evidens kan härledas till engelskans *evidence* (bevis eller belägg). Betoningen på evidens som kunskapskälla innebär ett större fokus på att utredningsmetoder ska ha bevisat god kvalitet och att de interventioner som klienterna erbjuds ska vara bevisat effektiva, eller åtminstone inte skadliga. Men hur kan man egentligen bevisa detta? I det här kapitlet ges en introduktion till dessa frågor.

Mycket har redan skrivits om detta ämne, men fokus har då varit inriktat mot renodlat forskningsmetodologiska aspekter. Syftet med det här kapitlet är att tona ner de tekniska detaljerna och att fokusera på de delar av evidens som är mest relevanta för det sociala arbetets praktik. Kapitlet fokuserar på olika forskningsdesigner för att producera evidens, på sätt att sammanställa evidens och på att ge evidensbaserade rekommendationer för policy och praktik.

Eftersom evidens betyder olika saker inom utredning och intervention krävs att de hanteras separat. I det här kapitlet ligger tonvikt på evidens för interventioner, men evidens för utredningsmetoder kommer att introduceras kortfattat. Frågan om evidens inom utredning, särskilt riskbedömning, ges en noggrannare genomgång av Tommy Lundström i kapitel 4.

Evidens inom utredning

Socialarbetare använder olika former av interventioner för att förebygga, lindra och åtgärda sociala problem. För att veta vilka interventioner som ska sättas in krävs att socialarbetaren är väl förtrogen med det aktuella problemet, till exempel dess omfattning och vad det beror på. Och för att bli det genomförs ofta en utredning. Inom socialt arbete kan det handla om att utreda ett mer övergripande socialt problem inom en kommun eller region, men oftast rör det sig om utredning av enskilda individer eller familjer. I detta avsnitt riktas fokus mot utredning av individer och familjer eftersom det är inom detta område som diskussionen om evidens huvudsakligen har förts.

Inom socialt arbete handlar utredning om att försöka ringa in klientens problem och de faktorer som påverkar utvecklingen av problemet. Det innefattar både att socialarbetare samlar in information om klienten och att de använder sin professionella kunskap för att bedöma vilken eller vilka insatser som är lämpliga för den aktuella klienten (Milner m.fl., 2020). Inom evidensbaserad praktik (EBP) betonas att socialarbetarens utredningsarbete tydligare ska grunda sig på forskning. I praktiken innebär det att använda forskningsbaserade, ofta standardiserade, bedömningsinstrument där experter valt ut vilka frågor eller frågeområden som är de viktigaste för socialarbetaren att fokusera på i sin utredning. Ett exempel är Addiction severity index (ASI) som är ett standardiserat bedömningsinstrument, vilket innehåller 180 frågor för bedömning av alkohol- och narkotikabruk. Grundtanken inom EBP är att socialarbetaren ska använda sig av de instrument som enligt forskningen har visat bäst kvalitet.

Instrumentens kvalitet handlar om hur väl de mäter klientens behov och problem, eller i vilken utsträckning de kan förutsäga framtida problem. Ett av de vanligaste kvalitetsmåten –

interbedömarreliabilitet – handlar om huruvida två oberoende användare av instrumentet kommer fram till samma resultat för en och samma individ. Om instrumentet testas på ett antal personer går det sedan att få fram en siffra på hur väl de olika svaren stämmer överens med varandra. Detta kan sedan jämföras med olika gränsvärden för vad som anses vara acceptabelt, bra, eller utmärkt.

Liknande mätningar och gränsvärden finns gällande validitet, det vill säga hur väl instrumentet mäter vad det avser att mäta. Här kan man jämföra med andra vetenskapligt testade och godkända instrument som bygger på samma teoretiska utgångspunkter men som är konstruerade på ett annat sätt. Till exempel om vi vill veta hur bra instrumentet Dokumentation av klienter (DOK) mäter graden av alkoholproblem kan vi jämföra det med Addiction severity index (ASI) som också mäter detta. Om överensstämmelsen mellan instrumentet är stor innebär det att DOK har god validitet.

Ett annat kvalitetsmått, prediktiv validitet, handlar om instrumentets förmåga att förutsäga framtida problem. Om en riskbedömning görs i ett ärende som rör våld i nära relationer vill socialarbetaren kunna bedöma risken för våld i framtiden. Om risken för fortsatt våld är stor är det alltså en god idé att sätta in insatser som kan förebygga detta. Den prediktiva validiteten kan mätas kvantitativt genom att undersöka sambandet över tid mellan instrumentets bedömning av risk och faktisk förekomst av problem i framtiden. Vi får härmed en siffra på hur väl instrumentet förutsäger framtida problem. Även här finns gränsvärden för vad som anses acceptabelt och inte (mer om detta i kapitel 4).

Evidensen för bedömningsinstrument utgörs av de siffror som forskningen visar angående deras validitet, reliabilitet och prediktiva validitet. Ett instrument räknas som evidensbaserat i den mån dessa siffror når upp till vedertagna gränsvärden. Jäm-

om huruvida två oberoende fram till samma resultat för instrumentet testas på ett antal personer. Detta kan sedan jämföras med andra vetenskapligt testade instrument på samma teoretiska utgångspunkt på ett annat sätt. Till exempel kan vi jämföra SI som också mäter detta. SI är stor innebär det

Detta kan sedan jämföras med andra vetenskapligt testade instrument på samma teoretiska utgångspunkt på ett annat sätt. Till exempel kan vi jämföra SI som också mäter detta. SI är stor innebär det

orden finns gällande validitet mäter vad det avser att andra vetenskapligt testade instrument på samma teoretiska utgångspunkt på ett annat sätt. Till exempel kan vi jämföra SI som också mäter detta. SI är stor innebär det

validitet, handlar om inkommande framtida problem. Om en person rör våld i nära relationer ökar risken för våld i framtiden. Detta är det alltså en god idé att undersöka sambandet mellan risk och faktisk förekomst av problem. Även här finns evidensbaserat och inte (mer om

instrument utgörs av de siffror som mäter validitet, reliabilitet och evidensbaserat i olika gränsvärden. Jäm-

fört med att endast utgå ifrån sin egna professionella kunskap kan bedömningsinstrument utgöra ett stöd i socialarbetarens utredning. I den mån instrumentet utvecklats för den aktuella målgruppen kan det hjälpa socialarbetare att inhämta den mest lämpliga informationen om klienter. Genom att använda instrument med bevisat god validitet och reliabilitet kan socialarbetare vara något säkra på att informationen de samlar in om sina klienter är tillförlitlig. Och genom att använda instrument med god prediktiv validitet får socialarbetare hjälp att avgöra när risken för framtida problem är stor och när insatser måste sättas in. Det bör dock också nämnas att frågan om bedömningsinstrument i socialt arbete är omtvistad och att kritiker menar att instrumenten i vissa fall begränsar mer än hjälper socialarbetare i sina utredningar (mer om detta i kapitel 3).

Evidens för interventioner

Utredning syftar alltså till att komma fram till vilken eller vilka interventioner som ska sättas in mot problemet. I sin mest övergripande betydelse är en intervention ett ingripande av något slag. Socialarbetare ingriper med olika typer av insatser i samhället eller i individers liv för att förebygga, lindra eller åtgärda sociala problem.

Inom socialt arbete finns en stor variation av insatser och det är nödvändigt för kommande resonemang att skilja mellan de olika typer av interventioner. Det är vanligt att interventioner i socialt arbete delas upp utifrån vilken nivå de riktar sig mot (individ, grupp, eller samhälle) eller utifrån vilka teorier som de utgår från (se Payne, 2015). Den här indelningen baseras dock på de konkreta aktiviteter som interventionerna bygger på.

Förebyggande interventioner kan rikta sig mot enskilda individer som redan utvecklat vissa problem och som löper fortsatt risk

att utveckla allvarligare problem (Forkby m.fl., 2023). Men ofta riktar sig förebyggande insatser mot större befolkningsgrupper redan innan problem har börjat uppstå. Denna typ av insats har ofta en stor geografisk spridning, ibland över hela landet, och omfattar ofta flera olika aktörer och aktiviteter på flera nivåer. Ett exempel på en förebyggande intervention är *Skottlandsmodellen* eller *Tillsammans för alla barn* som är ett policyramverk som syftar till att olika aktörer som kommer i kontakt med barn (skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst) ska erbjuda samordnade insatser innan allvarligare problem har hunnit utvecklas.

Samtalsbehandling. Begreppet behandling i socialt arbete är mycket brett och är i det närmaste identiskt med definitionen av en intervention, det vill säga att ingripa i människors liv (jfr Egelund & Böcker Jakobsen, 2006). Grunden i samtalsbehandling utgörs just av ett samtal mellan en utbildad behandlare och en klient eller grupp av klienter med ett uttalat problem. Samtalet bygger på psykologiska eller psykosociala principer och fokuserar på klientens psykologiska processer eller sociala sammanhang. I socialt arbete används ofta begreppet psykosocial behandling för att beskriva denna typ av intervention, men samtalsbehandling är en mer exakt benämning för syftet i detta sammanhang.

Dygnsvård. Till skillnad från samtalsbehandling som ofta kan genomföras som öppenvård handlar dygnsvård om att klienten får olika former av stöd utanför hemmet 24 timmar om dygnet. När det gäller dygnsvård utgörs själva interventionen av ett byte av klientens sociala sammanhang. Genom att ta klienten från ett skadligt sammanhang är ambitionen att skapa bättre förutsättningar för hans fortsatta utveckling. Dygnsvård kan motiveras i termer av skydd, till exempel när ett barn riskerar att fara illa i sin nuvarande miljö. Det kan också motiveras av att perso-

y m.fl., 2023). Men ofta
 rre befolkningsgrupper
 Denna typ av insats har
 d över hela landet, och
 tiviteter på flera nivåer.
 ention är *Skottlandsmo-*
 om är ett policyramverk
 mer i kontakt med barn
 änst) ska erbjuda sam-
 lem har hunnit utveck-

ing i socialt arbete är
 ntiskt med definitionen
 ipa i människors liv (jfr
 unden i samtalsbehand-
 en utbildad behandlare
 med ett uttalat problem.
 psykosociala principer
 a processer eller sociala
 ofta begreppet psykoso-
 ypp av intervention, men
 lämning för syftet i detta

ehandling som ofta kan
 gnsvård om att klienten
 t 24 timmar om dygnet.
 interventionen av ett byte
 om att ta klienten från
 n att skapa bättre förut-
 Dygnsvård kan motive-
 ett barn riskerar att fara
 å motiveras av att perso-

nen i fråga behöver kontrolleras för att inte skada sig själv eller
 andra, som kan vara fallet med personer som har problem med
 alkohol och narkotika. Dygnsvård kan ske frivilligt men också
 med stöd i tvångslagstiftning.

Sociala och materiella stödinsatser. Där samtalsbehandling foku-
 serar på att individen ska lära sig att hantera en viss situation el-
 ler förändra sitt beteende, fokuserar stödinsatser på att förbättra
 klientens sociala och materiella sammanhang. Det kan handla
 om insatser som ekonomiskt bistånd, boendestöd och personlig
 assistans. Syftet kan vara att klienten med hjälp av stödet ska
 tillförsäkras en skälig levnadsnivå (enligt 4 kap. 1§ socialtjänst-
 lagen [SFS 2001:453]). Syftet kan också vara att ge bättre förut-
 sättningar för att genomföra en mer långsiktig förändring.

Många gånger finns flera interventioner som kan vara lämpli-
 ga för det aktuella problemet. Inom EBP betonas att socialar-
 betaren ska välja de interventioner som har bevisad effekt på
 det problem som ska förebyggas, lindras eller åtgärdas. Att en
 intervention är effektiv betyder att vi kan vara säkra på att det
 faktiskt är själva interventionen som orsakar en förändring av
 något slag, till exempel en minskning av ett problem. Den stora
 utmaningen är att det finns många faktorer som kan påverka
 utvecklingen av ett problem, särskilt sociala problem, och det är
 svårt att isolera vad som är interventionens specifika bidrag till
 en given förändring. Detta kan också uttryckas som att vi inte
 bara vill veta om det finns ett samband mellan en intervention
 och utvecklingen av ett problem. Vi vill också veta om det är ett
orsakssamband eller ett *kausalt samband*, det vill säga om det är
 interventionen som faktiskt *orsakar* en minskning av problem.

Orsakssamband är mycket svåra att fastställa och vi luras
 lätt av vår erfarenhetskunskap. En socialarbetare som har bör-
 jat använda en ny intervention och tycker sig lyckas bra med
 sina klienter kan lätt tro att det är interventionen som orsakar

detta. Men det finns en mängd andra faktorer som kan komma emellan och påverka detta resultat. Det positiva resultatet kan bero på att dessa klienter har "enklare" problem och skulle lyckas bättre oavsett vilken intervention de fick. Det kan också bero på att socialarbetaren har en förutbestämd uppfattning om att interventionen är effektiv, vilket gör att hen inte uppmärksammar resultat som inte är positiva.

Av dessa anledningar krävs forskning om interventioners effekter. Genom att gå systematiskt tillväga, för att till exempel välja ut studiedeltagare och mäta och tolka resultat av interventionen, går det att få mer tillförlitlig kunskap om interventioners effekter. Det är denna typ av forskningskunskap som kallas evidens. Evidens har definierats på olika sätt och ibland har det bara beskrivits som forskningsbaserad kunskap. I den här boken definieras evidens som en speciell typ av forskningsbaserad kunskap vars yttersta mål är att få tillförlitlig kunskap om interventioners effekter. Men vad finns det för olika forskningsdesigner som kan studera detta, och vad är deras styrkor och svagheter? Det beskrivs i nästa avsnitt.

Att studera interventioners effekter

Det finns flera typer av designer som används för att studera interventioners effekter. De kan delas upp i två huvudtyper: experimentella studier och observationsstudier. I detta avsnitt beskrivs först olika typer av experimentella studier och sedan observationsstudier. Eftersom det huvudsakliga syftet med denna genomgång är att beskriva de delar som är mest relevanta för socialarbetares praktik kommer designerna inte att beskrivas i alla sina tekniska detaljer. Ambitionen är i stället att ge en övergripande bild av hur effekter av interventioner kan mätas och utmaningarna med detta.

ktorer som kan komma
positiva resultatet kan
problem och skulle lyck-
ck. Det kan också bero
md uppfattning om att
hen inte uppmärksam-

ng om interventioners
äga, för att till exempel
ka resultat av interven-
nskap om interventio-
ngskunskap som kallas
sätt och ibland har det
kunskap. I den här bok-
p av forskningsbaserad
örlitlig kunskap om in-
et för olika forsknings-
d är deras styrkor och

Effekter

används för att studera
upp i två huvudtyper:
sstudier. I detta avsnitt
tella studier och sedan
sakliga syftet med den-
om är mest relevanta för
erna inte att beskrivas i
r i stället att ge en över-
entioner kan mätas och

Experimentella studier

En experimentell studie är en studie där forskaren har kontroll över alla faktorer som kan påverka det som ska mätas, i vårt fall hur en intervention påverkar utvecklingen av ett visst socialt problem. I socialt arbete är detta minst sagt en utmaning eftersom det finns så många faktorer som påverkar sociala problem. Grunden i alla studier som undersöker interventioners effekter är att studera hur ett visst problem utvecklas efter att interventionen har satts in.

En enkel form av effektstudie är en *före- och efterstudie* (eng. *pre-post study*). Den räknas inte som en experimentell studie, men den beskrivs här eftersom den utgör en grund för experimentella studier. Om vi är intresserade av hur motiverande samtal (eng. *motivational interviewing*, MI) påverkar personers alkoholkonsumtion kan vi rekrytera studiedeltagare som upplever alkoholproblem. Vi mäter deras alkoholkonsumtion innan MI sätts in. En tid efter att MI har avslutats kan vi mäta deltagarnas alkoholkonsumtion igen. Vi kan då få en bild av hur deltagarnas alkoholkonsumtion förändrats. Låt säga att medelvärdet sjunkit från 10 standardglas före insats till 5 standardglas efter insats och att skillnaden är signifikant. Då kan vi konstatera att det har skett en positiv förändring. Även om detta är en viktig ledtråd i kunskapen om MI:s effektivitet, kan vi inte veta om förändringen är en effekt av MI, det vill säga att det är MI som orsakat den. Detta eftersom vi inte vet hur det hade gått annars. Förändringen kanske snarare kan förklaras av andra förändringar i deltagarnas liv, någon kanske vann på Lotto, en annan blev kär, ytterligare en annan fick barn och ville därför inte dricka lika mycket. Av denna anledning är före- och efterstudier en ganska svag design för att mäta insatsers effekter.

Ett sätt att göra denna design starkare är att använda en kontrollgrupp som inte får MI. Utifrån vårt urval av personer som

upplever problem med alkohol kan vi försöka skapa två grupper som är så lika varandra som möjligt, där den ena gruppen får MI och den andra inte. Detta är ett exempel på en *kvasiexperimentell design*. Det kallas *kvasiexperiment* eftersom det gör att forskaren får bättre kontroll på andra faktorer som påverkar mätningen av effekt (jämfört med före- och efterstudier) men inte full kontroll. På samma sätt som tidigare jämför vi deltagarnas alkoholkonsumtion före och efter MI-insatsen. Låt säga att MI-gruppen minskade sin alkoholkonsumtion med i genomsnitt 3 standardglas mer än kontrollgruppen. Kan vi då inte säga att MI är effektivt? Vi kan definitivt dra säkrare slutsatser jämfört med en före- och efterdesign. Men det återstår fortfarande en del osäkerheter som hindrar oss från att dra helt säkra slutsatser om MI:s kausala effekt. Detta eftersom våra försök att skapa två likvärdiga grupper endast kan baseras på vår tillgängliga kunskap om studiedeltagarna. Det kanske finns systematiska skillnader mellan grupperna som vi inte mätt i studien och att dessa skillnader orsakar de uppvisade resultaten.

Men hur kan man skapa två likvärdiga grupper som vi med säkerhet vet inte skiljer sig åt på ett systematiskt sätt? Svaret är randomisering. Här överlåter man fördelningen mellan experimentgrupp (MI-grupp i vårt exempel) och kontrollgrupp åt slumpen. Det sker enligt samma princip som lottning, men i praktiken brukar randomiseringen skötas i datorprogram. Randomiseringen fyller här en viktig funktion genom att den ser till så att grupperna teoretiskt sett är likvärdiga och att det inte finns några systematiska skillnader mellan dem. De skiljer sig åt endast i avseendet att den ena gruppen har fått en intervention och den andra inte. Studier som använder sig av detta upplägg kallas *randomiserade kontrollerade studier* (eng. *randomized controlled trial*, RCT), och det är denna design som anses vara bäst på att mäta interventioners effekter.

ka skapa två grupper
den ena gruppen får
pel på en *kvasiexper-*
ent eftersom det gör
faktorer som påverkar
och efterstudier) men
gare jämför vi delta-
MI-insatsen. Låt säga
nsumtion med i ge-
uppen. Kan vi då inte
dra säkrare slutsatser
n det återstår fortfa-
rån att dra helt säkra
ersom våra försök att
seras på vår tillgäng-
nske finns systematis-
te mätt i studien och
resultaten.

grupper som vi med
natiskt sätt? Svaret är
ningen mellan expe-
och kontrollgrupp åt
som lottnings, men i
i datorprogram. Ran-
genom att den ser till
a och att det inte finns
. De skiljer sig åt en-
tt en intervention och
v detta upplägg kallas
randomized controlled
anses vara bäst på att

Om vi får samma resultat som i exemplet med kvasiexperimentet ovan, det vill säga att MI-gruppen minskade sin alkoholkonsumtion med i genomsnitt 3 standardglas mer än kontrollgruppen, kan vi dra säkrare slutsatser om att det faktiskt är MI som orsakat effekterna. Vi kan då konstatera med ganska stor säkerhet att det är MI som orsakar minskningen i alkoholkonsumtion³. Det är ett starkt bevis på att MI är en effektiv insats för att minska alkoholkonsumtion.

Det är dock viktigt att känna till att man kan dra olika typer av slutsatser beroende på vilken typ av kontrollgrupp MI jämförs med. Ofta brukar man tala om tre olika typer av kontrollgrupper.

Kontrollgrupper

- **Väntelista.** Denna grupp får ingen insats alls, utan sätts på en väntelista under tiden som studien pågår.
- **Sedvanliga insatser (treatment as usual, TAU).** Detta utgörs av de vanliga insatserna som brukar erbjudas klienter på det ställe där studien genomförs, ett socialkontor eller någon annan organisation där socialt arbete genomförs. Det exakta innehållet i insatserna till denna typ av kontrollgrupp är sällan tydligt specificerat och kan innehålla flera olika insatser. Innehållet i TAU kan därför variera mellan olika sammanhang.
- **Aktiv kontroll.** I denna typ av kontrollgrupp jämförs interventionen med en annan specifik och teoretiskt underbyggd intervention som är avsedd att ha effekt. Om vår RCT om MI skulle ha en aktiv kontroll skulle MI till exempel kunna jämföras med tolvstegsbehandling.

3 Huruvida det faktiskt är de specifika ingredienserna i MI som orsakar effekten kommer dock att ifrågasättas i kapitel 2.

Dessa kontrollgrupper bidrar till olika starka bevis på att interventionen som testas är effektiv. Väntelista är den svagaste typen av kontrollgrupp medan aktiv kontroll är den starkaste. Om interventionen visar bättre resultat än väntelista kan vi dra slutsatser om att interventionen vi studerar är bättre än ingen intervention alls. Detta brukar kallas att interventionen har *absolut effekt*. Om en intervention visat effekt jämfört med TAU är det en starkare indikation på att interventionen är effektiv, eftersom interventionen då jämförs med en kontrollgrupp som faktiskt fått någon typ av insats. Dock kan styrkan i TAU som kontrollgrupp variera mellan olika sammanhang. I en svensk RCT-studie om multisystemisk terapi (MST)⁴ visades till exempel att MST inte var mer effektiv än sedvanliga insatser i svensk socialtjänst (Sundell m.fl., 2008). Detta var ett något förvånande resultat eftersom MST visat sig vara effektivt i USA. Författarna för fram att en möjlig förklaring till skillnaden mellan MST:s effektivitet i Sverige och USA är att TAU håller högre kvalitet i Sverige jämfört med i USA.

Aktiv kontroll utgör den starkaste formen av kontrollgrupp. Om MI visar sig minska alkoholkonsumtionen mer än tolvstegsbehandling skulle det vara det främsta beviset på att MI är en effektiv intervention. Om en intervention är mer effektiv än en aktiv kontroll brukar man säga att den har en *relativ effekt*, det vill säga att den är mer effektiv relativt (jämfört med) en likvärdig intervention.

Observationsstudier

Det som beskrivits hittills handlar om experimentella designar där forskaren kan kontrollera viktiga faktorer som påver-

⁴ MST beskrivs av Socialstyrelsen (2025) som "en intensiv familjebaserad öppenvårdsinsats för familjer med ungdomar med allvarliga sociala, emotionella eller utagerande problem".

kar mätning
i studien, v
användas,
deltagare s
grupp, och
dier, där
forskaren
tioner. Of
ner, såsom
att de har

En van
sådan stu
der med v
som är fö
utfallet av
fått interw
vilka indiv
tionens ut
med uppg
till exemp
och så vid
karen kan
sådana stu
vilka uppg

Kohor
ler oetiskt
barn eller
vara etiskt
allvarliga

Som t
svårt att
tersom de
och inte f

starka bevis på att interventionen är den svagaste. Kontrollgruppen är den starkaste. I en väntelista kan vi dra slutsatser som interventionen har en negativ effekt jämfört med TAU. Interventionen är effektiv, jämfört med en kontrollgrupp som inte har någon styrkan i TAU som interventionen. I en svensk studie (MST)⁴ visades till exempel att insatser i svensk psykiatri har ett något förväntat resultat jämfört med USA. Författarna jämförde skillnaden mellan MST:s och TAU och håller högre kvalitet i

styrkan av kontrollgrupp. Interventionen mer än kontrollgruppen. Detta beviset på att MI är interventionen är mer effektiv än kontrollgruppen har en relativ effekt, jämfört med (jämfört med) en

experimentella design. Dessa faktorer som påverkar

intensiv familjebaserad öppenvård, sociala, emotionella eller ut-

kar mätningen av en interventions effekt: vilka som inkluderas i studien, vilken intervention som ska studeras och hur den ska användas, vilka kontrollgrupper som ska ingå samt hur studie-deltagare ska fördelas mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp, och så vidare. Detta kan jämföras med observationsstudier, där forskaren inte har dessa kontrollmöjligheter. Här är forskaren utlämnad åt att endast *observera* utfallet av interventioner. Oftast handlar det om att studera utfallet av interventioner, såsom de genomförs i det dagliga sociala arbetet, en tid efter att de har genomförts.

En vanlig typ av observationsstudier kallas *kohortstudie*. I en sådan studie studeras en kohort, det vill säga en grupp individer med vissa gemensamma egenskaper, till exempel personer som är födda under en viss tidsperiod. Om vi är intresserade av utfallet av en viss intervention kan vi jämföra de individer som fått interventionen med de som inte fått interventioner och se vilka individer det har gått bäst för. För att ta reda på interventionens utfall använder man sig oftast av olika typer av register med uppgifter som dokumenteras om alla medborgare i ett land, till exempel om brottslighet, skolresultat, hälsa, välfärdsinsatser och så vidare. Till skillnad från experimentella studier, där forskaren kan styra över vilka data som ska samlas in, är man inom sådana studier styrd av vilka register som finns till hands och vilka uppgifter som finns i dem.

Kohortstudier är lämpliga inom områden där det är svårt eller oetiskt att genomföra en RCT, till exempel vid placering av barn eller tvångsvård av olika slag. Det skulle helt enkelt inte vara etiskt försvarbart att låta slumpen avgöra om personer med allvarliga problem fick denna typ av vård eller inte.

Som tidigare beskrivits är det i kohortstudier emellertid svårt att dra säkra slutsatser om interventionernas effekter eftersom det saknas en randomiserad fördelning av vilka som får och inte får interventionen. För att illustrera detta kan vi ta ex-

emplet om placerade barn (se Karlsson m.fl., 2020). Befintliga studier visar att placeringen ger negativa effekter avseende skolresultat, psykisk hälsa och kriminalitet. Men här är det viktigt att beakta de mätproblem som finns i publicerade studier. Även om ambitionen i kohortstudier är att skapa jämförbara grupper är det mycket svårt att åstadkomma detta i praktiken. Det skulle ju innebära att en kontrollgrupp helst skulle vara en grupp unga som bedöms vara i behov av en placering, men som inte fått det – alltså oetiskt. Och i frånvaro av jämförbara grupper går det inte att utesluta att det är olikheter i interventions- och kontrollgruppen som bidrar till det sämre utfallet för placerade barn. Det vill säga, det kan vara ett uttryck för att de hade sämre utgångsläge från första början.

Här har vi alltså en form av evidens som måste tolkas med försiktighet. Och som Karlsson och kollegor är inne på behöver värdet av interventionen kompletteras med andra sätt att resonera:

”Ett annat sätt att värdera vården är att ställa den mot de förhållanden som rådde innan den påbörjades och hur barnen har det under placeringstiden (som ju för många kan vara långvarig). Bakom beslut om placeringar, särskilt när det gäller tvångsomhändertaganden, ligger inte sällan förhållanden som kan vara direkt skadliga för barnet på kort och lång sikt [...] Den grundläggande målsättningen med placeringen är i sådana fall att skapa trygghet och rimliga uppväxtvillkor för barnet.” (Karlsson m.fl., 2020, s. 152)

Det här är inte en intern fråga för forskare utan berör socialarbetare i allra högsta grad. De tolkningar som görs får i sin tur konsekvenser för vilka insatser som anses ha tillräcklig evidens och därför bör användas av socialarbetaren. Trots ett svagt kunskapsunderlag kan det ändå i vissa situationer vara en nödvändig åtgärd för att förhindra ett ännu värre utfall. Men som soci-

alarbeta
konsekv
Ytter
ter är fa
beskriv
och utv
ter. Dett
finns an
ganska
nen har
biverkni

Att sa

Inom et
ofta fler
hur man
argumen
studier
blem me
studier
snedvrid
tat plock
till evide

För
på fack
genomf
Det är
manställ
dier kall
att särsk
en studie
rade (pri

n m.fl., 2020). Befintliga
a effekter avseende skol-
. Men här är det viktigt
publicerade studier. Även
skap jämförbara grupper
tta i praktiken. Det skul-
elst skulle vara en grupp
placering, men som inte
o av jämförbara grupper
eter i interventions- och
nre utfallet för placerade
yck för att de hade sämre

as som måste tolkas med
llegor är inne på behöver
med andra sätt att reso-

tt ställa den mot de för-
örjades och hur barnen
ju för många kan vara
gar, särskilt när det gäl-
inte sällan förhållanden
net på kort och lång sikt
gen med placeringen är i
nliga uppväxtvillkor för

skare utan berör socialar-
gar som görs får i sin tur
nses ha tillräcklig evidens
etaren. Trots ett svagt kun-
tuationer vara en nödvän-
rärre utfall. Men som soci-

alarbetare måste man alltid vara vaksam på eventuella skadliga konsekvenser i varje enskilt fall.

Ytterligare ett sätt att få kunskap om interventioners effekter är fallrapporter eller fallserier. Fallrapporter är detaljerade beskrivningar av individuella klienter, deras problem, insatser och utveckling över tid och fallserier består av flera fallrapporter. Detta kan utgöra viktig information i situationer där det inte finns annan kunskap att tillgå för en viss målgrupp. Detta är en ganska ovanlig metod inom socialt arbete, men inom medicinen har fallrapporter använts för att uppmärksamma allvarliga biverkningar av läkemedel.

Att sammanställa effektstudier

Inom ett visst område eller för en specifik intervention finns ofta flera och ibland hundratals effektstudier. Då uppstår frågan hur man ska förhålla sig till kunskapsläget. Det kan vara lätt att argumentera för en intervention genom att endast välja ut de studier som visar positiva effekter för interventionen. Ett problem med detta förfarande kan vara att den stora majoriteten av studier inom området visar negativa effekter. Det är en form av snedvridning som kan kallas "cherry picking", det vill säga resultat plockas fram, medvetet eller omedvetet, utan att ta hänsyn till evidensläget i dess helhet.

För att undvika sådana former av snedvridningar, eller bias på fackspråk, i sammanställningar av effektstudier brukar man genomföra systematiska översikter (eng. *systematic reviews*). Det är som det låter, ett systematiskt sätt att välja ut och sammanställa resultat från enskilda effektstudier. Enskilda effektstudier kallas i dessa sammanhang ofta för primärstudier. Detta för att särskilja dem från den systematiska översikten som också är en studie, men vars data består av resultat från tidigare publicerade (primära) studier.

Systematiken i systematiska översikter består av att använda tydliga kriterier för vilka studier som ska inkluderas i översikten och att genomföra en noggrann sökning efter studier för att inte missa relevanta studier. Genomförandet ska också beskrivas på ett tydligt sätt så att andra kan få tillräckligt underlag för att tolka resultaten och bedöma om det finns risk för snedvridningar, till exempel att översikten inte inkluderat alla relevanta studier (se vidare i faktaruta nedan).

Sammantaget kan en systematisk översikt – om den är välgjord – ge tillförlitlig kunskap om evidensläget inom ett område eller för en specifik intervention⁵. Just att översikten ställer samman flera effektstudier gör att den ofta anses ge bättre evidens än enskilda effektstudier (primärstudier). Men detta måste naturligtvis ställas i relation till de studier som inkluderas i översikten.

Systematisk översikt

Några av de mest centrala punkterna i en systematisk översikt är att:

- Formulera ett tydligt syfte och frågor eller hypoteser som är möjliga att besvara.
- Skapa explicita inklusions- och exklusionskriterier som specificerar vad översikten ska fokusera på. Det kan vara typ av problem eller population, vilken intervention som ska studeras, vilka kontrollgrupper som studierna ska använda, vilka utfall de ska studera och vilken design de ska ha.

⁵ Det är viktigt att skilja mellan systematiska översikter och scopingöversikter (eng. *scoping reviews*). Där systematiska översikter lägger tonvikt på att systematiskt ställa samman evidens från effektstudier fokuserar scopingöversikter på mer övergripande frågeställningar såsom vilken typ av evidens som finns inom ett visst område, att tydliggöra begrepp och definitioner samt att identifiera kunskapsluckor (Munn m.fl., 2018). Jämfört med systematiska översikter är scopingöversikter alltså en mindre tillförlitlig källa till kunskap om interventioners effekter.

- Utforma strategier för att söka upp relevanta studier
- Avgöra om de inkluderade studierna är relevanta och av hög kvalitet
- Beskriva resultaten från de inkluderade studierna
- Presentera resultaten från översikten

En särskild typ av interventioner skiljer sig från andra typer av interventioner mellan interventioner och kontrollgrupper. Detta brukar kallas för en "särskild intervention". Om alltså det att påstå att det handlar om en särskild intervention (2011). Ett exempel på en motiverande intervention är MI hade styrka i sessioner och som inkluderade om MI:s effekter man dock är olika typer av betaren har se eftersom egentligen är en. Räcker

er består av att använda
a inkluderas i översikten
g efter studier för att inte
t ska också beskrivas på
dligt underlag för att tol-
risk för snedvridningar,
at alla relevanta studier

ersikt – om den är väl-
nsläget inom ett område
t översikten ställer sam-
anses ge bättre evidens
r). Men detta måste na-
r som inkluderas i över-

n systematisk översikt

eller hypoteser som är

onskriterier som speci-
å. Det kan vara typ av
ention som ska stude-
na ska använda, vilka
de ska ha.

akter och scopingöversikter (eng.
tonvikt på att systematiskt ställa
göversikter på mer övergripande
finns inom ett visst område, att
era kunskapsluckor (Munn m.fl.,
göversikter alltså en mindre till-

- Utforma och genomföra en omfattande och reproducerbar strategi för att hitta alla relevanta studier, inklusive opublicerade studier.
- Avgöra om studierna uppfyller inklusionskriterierna och bedöma studiernas kvalitet. Detta ska göras av två av varandra oberoende bedömare och deras beslut ska dokumenteras skriftligt.
- Beskriva studiernas centrala egenskaper. Det kan handla om samma aspekter som specificeras i inklusionskriterierna, men även uppgifter om antal studiedeltagare och vilken kontext studierna är genomförda i.
- Presentera studiernas resultat. (Se Littell m.fl., 2008, s. 21-23)

En särskild utmaning inom systematiska översikter är hur interventioner ska klassificeras och hur stora olikheter det får finnas mellan interventionerna i en och samma systematiska översikt. Detta brukar diskuteras under beteckningen äpplen och päron. Om alltför olikartade interventioner inkluderas i en översikt går det att påstå att översikten jämför äpplen och päron, alltså att det handlar om en ologisk eller orimlig jämförelse (Bergmark m.fl., 2011). Ett exempel på detta är när systematiska översikter om motiverande samtal (MI) började göras i början av 2000-talet. MI hade studerats på olika sätt i effektstudier, med olika många sessioner och innehåll i sessionerna. I systematiska översikter som inkluderat dessa olika MI-versioner, skulle man då prata om MI:s effektivitet eller om anpassad MI (AMI)? Till slut valde man dock att skriva att det var MI som uppvisade effekter på olika typer av substansproblem (se Björk, 2014). För socialarbetaren har sådana frågor om klassificering en viktig betydelse eftersom det ger delvis olika svar på vilken intervention det egentligen är som är effektiv och hur den ska användas i praktiken. Räcker det med att socialarbetaren följer de centrala prin-

ciperna i MI eller ska hen använda en manual för en specifik version av MI?

Mot bakgrund av kraven på att använda evidens i professionellt arbete finns organisationer som helt ägnar sig åt att genomföra systematiska översikter. I Sverige är Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) en myndighet som ansvarar för att göra sådana sammanställningar inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens områden. Internationellt finns till exempel Cochrane, som är en ideell organisation som sammanställer evidens inom hälso- och sjukvårdens område. Systerorganisationen Campbell Collaboration växte fram efter att man sett ett behov av att sammanställa evidens specifikt för sociala insatser, däribland inom socialt arbete.

Väga samman resultat med ord och siffror

Den sista punkten i faktarutan ovan, presentera studiernas resultat, kan göras på olika sätt. Om resultaten vägs samman med statistiska tekniker kallas det för metaanalys. Om en metaanalys inkluderar tio studier som studerar en interventions effekt på livskvalitet kan metaanalysen ge en sammanfattande siffra (gemensam för alla tio studier) för interventionens effekt för detta utfallsmått. Metaanalys är också den studiedesign som är i toppen av evidenshierarkin. Alternativet till metaanalys är narrativ översikt. Begreppet narrativ översikt används inte alltid, utan kallas ibland bara för systematisk översikt, underförstått utan metaanalys. I en narrativ översikt vägs studiernas resultat i stället ihop med hjälp av ord, till exempel genom att beskriva hur många av de inkluderade studierna som visade positiva respektive negativa effekter och eventuellt hur stora dessa effekter var.

Fördelen med metaanalyser är att de kan identifiera samband som är svåra att upptäcka i individuella effektstudier och i narrativa översikter. På statistikspråk kan man uttrycka det som att metaanalyser har större statistisk kraft att upptäcka skillnader.

En individ
upptäcka e
ra små stu
att det inte
metaanaly
deltagare o
Härigenom
som i den
tistisk kraf
faktiskt har
Utifrån
ka översikt
variation o
ningsfullt
på interve
empel är B
sikt av Agg
program fö
huvudsaklig
sulterade i
början var t
med metaan
olämpligt p
låg kvalitet
tematiska sk
perna samt
kontrollgru
dessa aspek
om ART:s ef
(7 av 16) ge
och som där
tat. Det räkn
sammanlagt

manual för en specifik

ända evidens i professi-
helt ägnar sig åt att ge-
ige är Statens beredning
(SBU) en myndighet som
ställningar inom hälso-
mråden. Internationellt
ideell organisation som
och sjukvårdens område.
oration växte fram efter
älla evidens specifikt för
arbete.

presentera studiernas re-
ltaten vägs samman med
nalyt. Om en metaanalys
n interventions effekt på
n sammanfattande siffra (ge-
ntionens effekt för detta
studiedesign som är i top-
till metaanalys är narrativ
används inte alltid, utan
ersikt, underförstått utan
studiernas resultat i stäl-
l genom att beskriva hur
m visade positiva respek-
r stora dessa effekter var.
e kan identifiera samband
la effektstudier och i nar-
man uttrycka det som att
t att upptäcka skillnader.

En individuell studie kan ha för få studiedeltagare för att kunna upptäcka effekter. En narrativ översikt som sammanställer flera små studier skulle därför kunna komma fram till slutsatsen att det inte finns någon studie som visar signifikant effekt. En metaanalys som statistiskt väger samman studier får fler studiedeltagare och därmed bättre möjligheter att upptäcka effekter. Härigenom skulle en metaanalys som inkluderar samma studier som i den narrativa översikten ovan kunna få en tillräcklig statistisk kraft för att kunna identifiera att interventionen i fråga faktiskt har vissa effekter.

Utifrån detta är det kanske lätt att tänka att alla systematiska översikter borde vara metaanalyser. Men när det finns stor variation och brister i de inkluderade studierna är det inte meningsfullt att genomföra en metaanalys. Ett sammanvägt mått på interventionens effektivitet skulle då bli vilseledande. Ett exempel är Brännström och kollegors (2016) systematiska översikt av Aggression replacement therapy (ART), ett strukturerat program för att minska aggressivitet och öka sociala färdigheter, huvudsakligen hos ungdomar. Granskningen av litteraturen resulterade i 16 inkluderade effektstudier med olika design. Från början var tanken att de skulle väga samman studiernas resultat med metaanalys, men deras bedömning var att detta skulle vara olämpligt på grund av för stor metodologisk variation och för låg kvalitet på studierna. Bland annat fanns indikationer på systematiska skillnader mellan ART-grupperna och kontrollgrupperna samt att det fanns ett ojämnt bortfall mellan ART- och kontrollgrupperna som inte hanterats på ett korrekt sätt. Båda dessa aspekter påverkar möjligheterna att dra kausala slutsatser om ART:s effektivitet. Därutöver var nästan hälften av studierna (7 av 16) genomförda av personer som var tätt knutna till ART och som därför kan ha intressen av att lyfta fram positiva resultat. Det räknas alltså om en risk för att få snedvridna resultat. Ett sammanlagt mått på ART:s effektivitet skulle därmed ge sken av

en precision som egentligen inte finns givet de effektstudier som har inkluderats.

Även om systematiska översikter räknas som en stark design är deras kvalitet helt beroende av vilka studier som vägs samman – är primärstudierna av låg kvalitet blir den systematiska översikten därefter. Detta brukar sammanfattas i uttrycket ”garbage in, garbage out” (Bergmark m.fl., 2011).

Evidenshierarkier – att rangordna studiedesigner

Olika studiedesigner brukar ibland rangordnas i en så kallad evidenshierarki utifrån deras förmåga att mäta interventioners effekter. Det finns en övergripande konsensus om vilka designers som är starkare och svagare, men gällande exakt hur de ska rangordnas finns det många olika förslag. I figur 1.1 visas ett vanligt sätt att rangordna studiedesigner utifrån hur väl de kan mäta interventioners effekter. Före- och efterstudier som nämndes i avsnittet om att mäta interventioners effekter brukar inte inkluderas i sådana hierarkier, men skulle kunna placeras mellan kohortstudier och fallrapporter och fallserier.

Som nämndes i inledningen har evidenshierarkier varit en av de mer omtvistade frågorna när EBP översattes från det medicinska området till socialt arbete. Ett vanligt missförstånd och källa till kritik är att evidenshierarkin rangordnar vad som är bäst forskningsdesign oavsett frågeställning (Petticrew & Roberts, 2003). Det som evidenshierarkin gör är emellertid att rangordna vilka forskningsdesigner som är bäst för det specifika syftet *att få kunskap om interventioners effekter*. Evidenshierarkin är en förenkling och kan ge viss vägledning i hur evidens värderas. Däremot är det viktigt att se till de enskilda studiernas kvalitet. Till exempel behöver inte en dåligt genomförd RCT vara bättre än en kvasiexperimentell studie. Vidare har evidens-

givet de effektstudier som
äknas som en stark design
ka studier som vägs sam-
litet blir den systematiska
manfattas i uttrycket "gar-
, 2011).

ordna

rangordnas i en så kallad
ga att mäta interventioners
konsensus om vilka desig-
n gällande exakt hur de ska
örslag. I figur 1.1 visas ett
gner utifrån hur väl de kan
och efterstudier som näm-
tioners effekter brukar inte
skulle kunna placeras mel-
och fallserier.

evidenshierarkier varit en
BP översattes från det med-
tt vanligt missförstånd och
kin rangordnar vad som är
ställning (Petticrew & Ro-
arkin gör är emellertid att
som är bäst för det specifika
ners effekter. Evidenshierar-
ss vägledning i hur evidens
se till de enskilda studier-
te en dåligt genomförd RCT
studie. Vidare har evidens-

hierarkin begränsad relevans i socialt arbete där många inter-
ventioner, vissa typer av dygnsvård och förebyggande insatser,
inte kan inordnas i RCT:er eller kvasiexperimentella studier av
praktiska eller etiska skäl (mer om detta i kapitel 2 och 10).



Figur 1.1 Ett vanligt sätt att rangordna forskningsdesigner i en så kallad evidenshierarki.

Evidensbaserade riktlinjer för policy och praktik

Som vi hittills har gått igenom finns det olika sätt att studera interventioners effekter och att sammanställa effektstudier. Men hur ska resultat från sådana studier omsättas till praktik? Det är en central frågeställning inom EBP och i den här boken. Det är långt ifrån självklart hur resultat från effektstudier och systematiska översikter ska tolkas och vad resultaten innebär rent praktiskt för vilka interventioner socialarbetare bör använda och inte. Som vi såg i inledningen var den ursprungliga idén i EBP, kritisk granskning, att varje socialarbetare skulle sammanställa evidensläget för varje enskild klient. Tanken med evidensbase-

rade riktlinjer är att socialarbetare och beslutsfattare ska få hjälp att sammanställa evidens och omsätta den i policy och praktik (Guyatt m.fl., 2000; Rosen & Proctor 2003). I Sverige är Socialstyrelsen ansvarig för att utfärda nationella riktlinjer inom socialtjänstens område. De beskriver sina riktlinjer som vägledande men inte bindande. Därutöver är de nationella riktlinjerna huvudsakligen riktade mot policynivå och inte mot individuella socialarbetare.

Det finns olika sätt att genomföra arbetet med riktlinjer, men en gemensam nämnare, precis som i hela kedjan från effektstudie till systematisk översikt, är att det ska bygga på systematiska och transparenta metoder. Det handlar om att tydligt avgränsa området som riktlinjerna ska beröra, om att systematiskt granska kunskapsläget och att utfärda rekommendationer på basis av detta kunskapsläge, det vill säga vilka interventioner som bör användas och inte.

För att förbättra systematiken och transparensen i riktlinjearbetet har det utvecklats olika system, där Grading of recommendations, assessment, development and evaluation (GRADE) blivit det mest använda (Guyatt m.fl., 2008). I GRADE används en gradering av evidensens kvalitet och av rekommendationernas styrka. Gradering av evidensens kvalitet handlar om typ av design men också om de enskilda studiernas kvalitet. En RCT graderas generellt som god kvalitet, men kan nedklassas om det finns begränsningar i studien eller om den visar motstridiga resultat. Graderingen av rekommendationernas styrka baseras på en balans mellan önskvärda och icke-önskvärda effekter. Om önskvärda effekter tydligt överväger icke-önskvärda effekter räknas det som en stark rekommendation.

Analysen av riktlinjer inom substansbruksområdet i olika länder har visat en stor variation av rekommendationer (Bergmark m.fl., 2014; Karlsson m.fl., 2014). Här har riktlinjeförfattare alltså gjort olika bedömningar trots att kunskapsunderlaget är

detsamma. mellan evidens riktlinjer konkludering.

En viktig fråga är bara inom vilka områdena ha i förhållande till riktlinjer. Vissa spelar en stor roll i det inte har varit tydligt verkar riktlinjeringen på Riktlinjgruppens nivå för professionen att göra riktlinjer väga in andra farenhetsbaserade



Avslutande

I det här kapitlet har vi sett om evidens och rekommendationers effekter och hierarkier. I slutet av kapitlet för socialtjänsten har vi sett på en intervention som är svår att implementera för klienter i den socialtjänsten med evidensbaserad direkt översättning som hanteras av interventionerna

beslutsfattare ska få hjälp
den i policy och praktik
(2003). I Sverige är Social-
ella riktlinjer inom soci-
ktlinjer som vägledande
ationella riktlinjerna hu-
ch inte mot individuella

betet med riktlinjer, men
ela kedjan från effektstu-
ka bygga på systematiska
r om att tydligt avgränsa
m att systematiskt gran-
ommendationer på basis
a interventioner som bör

transparensen i riktlin-
n, där Grading of recom-
nd evaluation (GRADE)
(2008). I GRADE används
n av rekommendationer-
alitet handlar om typ av
liernas kvalitet. En RCT
n kan nedklassas om det
den visar motstridiga re-
nernas styrka baseras på
önskvärda effekter. Om
icke-önskvärda effekter
on.

nsbruksområdet i olika
kommendationer (Berg-
Här har riktlinjeförfatta-
tt kunskapsunderlaget är

detsamma. Det här visar att det inte finns en självklar koppling
mellan evidensläge och rekommendation och att utfärdandet av
riktlinjer kommer med ett stort mått av tolkning och bedöm-
ning.

En viktig generell diskussion i arbetet med riktlinjer, inte
bara inom socialt arbete, har handlat om vilken roll evidens ska
ha i förhållande till andra typer av kunskap i utfärdandet av rikt-
linjer. Vissa menar att andra typer av kunskap än evidens bör
spela en större roll, och att de redan spelar en stor roll, men att
det inte har gjorts tillräckligt tydligt hur dessa kunskaper på-
verkar riktlinjearbetet (Wieringa m.fl., 2018). Den snäva inrikt-
ningen på RCT och systematiska översikter som ger kunskap på
gruppnivå om genomsnittliga effekter har begränsad betydelse
för professionellt arbete som ofta genomförs på individnivå. För
att göra riktlinjer mer relevanta för professionella bör de alltså
väga in andra typer av kunskap, till exempel kontextuell och er-
farenhetsbaserad kunskap (Wieringa m.fl., 2018).



Avslutande reflektioner

I det här kapitlet har vi gått igenom de grundläggande frågorna
om evidens: orsakssamband, designer för att fånga interventio-
ners effekter, sammanställningar av effektstudier och evidens-
hierarkier. Evidens har förts fram som en viktig kunskapskälla
för socialarbetare eftersom den ger insikter om i vilken utsträck-
ning interventioner faktiskt bidrar till önskade resultat, kunskap
som är svår att nå genom att enbart observera hur det går för
klienter i det dagliga arbetet. Men det finns också utmaningar
med evidens som kunskapskälla, vilket bottnar i svårigheter att
direkt översätta EBP:s språk och metodkrav till socialt arbete
som hanterar andra typer av problem och använder olika typer
av interventioner. Detta kommer att tas upp i nästa kapitel.

Referenser

- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Natur & Kultur.
- Bergmark, A., Skogens, L. & Greiff, von, N. (2014). The pursuit of evidence-based practice: Comparisons of three guidelines on psychosocial interventions for alcohol problems. *Nordic Studies on Alcohol & Drugs*, 31(3), 271–288.
- Björk, A. (2014). Stabilizing a fluid intervention: The development of Motivational Interviewing, 1983–2013. *Addiction Research & Theory*, 22(4), 313–324.
- Brännström, L., Kaunitz, C., Andershed, A.K. m.fl. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 27, 30–41.
- Egelund, T. & Böcker Jakobsen, T. (2006). Behandlingsbegrebet i socialt arbete. I: T. Egelund & T. Böcker Jakobsen (red.), *Behandling i socialt arbete*. Hans Reitzel.
- Forkby, T., Enell, S. & Thulin, J. (2023). *Prevention med barn och unga: Teori och praktik för socialt och pedagogiskt arbete*. Studentlitteratur.
- Guyatt, G.H., Meade, M.O., Jaeschke, R.Z. m.fl. (2000). Practitioners of evidence-based care: Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *BMJ*, 320(7240), 954–955.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E. m.fl. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924–926.
- Karlsson, P., Bergmark, A. & Lundström, T. (2014). Procedures and claims among US evidence-producing organisations: The case of the Incredible Years programme. *Evidence & Policy*, 10(1), 61–76.
- Karlsson, P., Lundström, T. & Wiklund, S. (2020). Hur bristfällig är samhällsvården egentligen? Några mätproblem i observationsstudier av placerade barn. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 27(2), 137–155.
- Littell, J.H., Corcoran, J. & Pillai, V.K. (2008). *Systematic reviews and meta-analysis*. Oxford University Press.
- Milner, J., Myers, S & O'Byrne, P. (2020). *Assessment in Social Work*. [Elektronisk resurs.]
- Munn, Z., Peters, M.D., Stern, C. m.fl. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143.

- (2011). *Evidensbaserat & Kultur*.
- (2014). The pursuit of evidence guidelines on psychosocial interventions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 10-15.
- on: The development of evidence-based practice. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 1-10.
- .. m.fl. (2016). Aggression and antisocial behavior in adolescents. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 1-10.
- behandlingsbegreppet i socialt arbete (red.), *Behandling i socialt arbete med barn och unga: En kunskapsöversikt*. Studentlitteratur.
- .. m.fl. (2000). Practitioners of evidence-based practice: How do they appraise evidence from the literature? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(7), 954-955.
- (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence of individual studies and reviews and strength of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(9), 1041-1046.
- (2014). Procedures and guidelines for evidence-based practice: The case of the Norwegian Health Services. *Health Policy*, 10(1), 61-76.
- (2020). Hur bristfällig är sammanfattningen i observationsstudier av vårdens kvalitet? *Vård i Norden*, 27(2), 137-155.
- .. m.fl. (2019). *Systematic reviews and meta-analyses in Social Work*.
- 3). Systematic review or scoping review: Choosing between a systematic review and a scoping review. *Medical Research Methodology*, 19(1), 1-10.
- Payne, M. (2015). *Modern teoribildning i socialt arbete*. (3 uppl.). Natur & Kultur.
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2003). Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), 527-529.
- Rosen, A. & Proctor, E.K. (red.) (2003). *Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and research agenda*. Columbia University Press.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.
- Socialstyrelsen (2025). *MST (Multisystemisk terapi)*.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C.A. m.fl. (2008). The transportability of multisystemic therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 550-560.
- Wieringa, S., Dreesens, D., Forland, F. m.fl. (2018). Different knowledge, different styles of reasoning: A challenge for guideline development. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(3), 87-91.