

*iEvalu*

***Integrerad utvärdering  
av välfärdens nytta i brukarnas liv***

Värdegrund, teori, metod och IT-stöd  
för dialog, evidens och kvalitet

GÖRAN SANDELL

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell, Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9

Reviderad, e-publicerad utgåva 2009  
<http://hdl.handle.net/2077/21012>

2000 – 2009

## Förord

*Modellen för Integrerad utvärdering har antagit varumärket **iEvalu** - härlett ur begreppen I ('jag'), integrerad, evaluering och evidens' - för att särskilja och skydda modellens teori, metod och IT-stöd. Beteckningarna iEvalu och Integrerad utvärdering används härefter synonymt.*

*Integrerad utvärdering har utkommit i sex tidigare bokutgåvor, med olika utvidgningar för varje ny utgåva. Denna gång vidareutvecklas modellens syn på evidensinriktad utvärdering och kunskapsbaserad välfärd. För att ändå kunna minska sidantalet och göra texten mer flexibelt användbar och lätthanterlig genomförs nu några strategiska förändringar.*

*Beskrivningen av iEvalu IT-stöd: Dokumentera intervju/ Analysera resultat ( interaktivt i dataprogrammet ) samt en jämförelsemall för olika utvärderingsmodeller och en kostnadsanalys, utgår ur boktexten och placeras i separat Appendix. Ett förklarande Bildspel över modellen friläggs också för att kunna fungera som ett reellt bildspel till färg och form.*

*Pappersboken i ny utgåva, Appendix och Bildspel omvandlas därefter till **e-bok** för nedladdning på Internet - via Universitetsbiblioteket i Göteborg.*

*Boken, Appendix och Bildspel kan nedladdas var för sig.*

*Intresserade läsare kan därför i fortsättningen utan kostnad och fritt i tid och rum, själva välja vad man vill läsa, spara och skriva ut.*

*Copyright, i betydelsen 'förbjudet att kopiera' upphör härmed - medan författaren givetvis kvarstår som textens upphovsman , med åtföljande krav på angivande av källa om texten i någon form används eller citeras.*

*Modellen för integrerad utvärdering har utvecklats i en mångårig kontinuerlig dialog där väldigt många aktivt har medverkat*

*i välfärdsarbeters dialogintervjuer med berörda brukare  
i tillämpning och vidareutveckling av modellens IT-stöd  
i analyser och återföring av utvärderingens resultat  
i verksamheters kvalitetsutveckling för ökad brukarnytta*

*Tack för allt Ert gensvar och engagemang*

*Göran*

## Grundidé

Den integrerade utvärderingen har utvecklats i ett mångårigt samarbete med en stor mängd engagerade människor inom en rad olika välfärdsverksamheter, både personal, verksamhetsansvariga och förtroendevalda.

Det finns därför inte någon tanke eller något innehåll i modellen som inte har diskuterats på fältet och prövats i arbetet med berörda människor. Modellen är resultatet av alla dessa gemensamma ansträngningar.

Utvecklingsarbetet har hela tiden präglats av den bärande grundtanken att utvärderingen skall integreras i det ordinarie arbetet och genomföras av välfärdens personal i samarbete med brukarna.

Berörda människor / brukare / klienter / patienter / vård-/omsorgstagare etc. betraktas som medmänniskor med behov och egna förändringsresurser, med vilka man kan bedriva ett gemensamt omsorgs-/behandlings-/ förändringsarbete - där utvärdering ingår som ett naturligt gemensamt inslag.

Utvärderingen byggs in i den ordinarie verksamheten med ambitionen att skapa en lärande organisation som söker förbättra verksamhetens kvalitet så att detta kommer brukarna tillgodo.

Den professionella personalen undersöker livssituation, förändringsbehov, resurser, insatser, förändringar och måluppfyllelse, genom strukturerade dialogintervjuer som dokumenteras i ett anpassat och fältutvecklat IT-stöd.

Dialogintervjuerna med brukarna gynnar ett gemensamt kunskapssökande, med öppenhet avseende utvärderingens syfte och innehåll, genomförande och uppföljningar samt former för återföring och integritetsskydd.

Kunskaperna från enskilda ärenden, sammanställs över tid och på målgruppsnivå genom ett avancerat IT-stöd - för analys och presentation av utvärderingens resultat inom en rad olika dimensioner och livsområden.

Resultaten från utvärderingen återförs till verksamhetens kvalitetsutveckling och kan också kopplas till ordinarie verksamhetsredovisning, så att kunskaper om personal, prestationer och kostnader kan relateras till utvärderingens kunskaper om effekterna av verksamhetens insatser i berörda brukares liv.

## *Sammanfattning*

### *iEvalu* / Integrerad utvärdering

#### Modell på välfärdens värdegrund

Integrerad utvärdering har utvecklats i mångårig samverkan med olika välfärdsverksamheter. Modellen utgår från välfärdslagstiftningens grundvärderingar – demokrati, solidaritet, helhetssyn, gemenskap, integritet, respekt och utveckling av egna resurser, självbestämmande och eget ansvar. Kunskaper om verksamhetens nytta för berörda människor ses som nödvändiga för att kunna värdera välfärdens insatser, kostnader och kvalitet. Utvärderingen sätter därför berörda brukares livssituation och behov i centrum och undersöker om och hur välfärdens verksamheter kan bistå dem att möta sina omsorgs- och förändringsbehov inom olika livsområden

#### Integrerad i ordinarie välfärdsverksamhet

Utvärderingen byggs in i välfärdsorganisationens ordinarie verksamhet, anpassas till verksamhetens uppdrag och målgrupper och bedrivs inom välfärdsarbetets generella ram, ansvarsuppdelning och demokratiska styrning. Den professionella personalen genomför kunskapsinsamling och dokumentation i sitt ordinarie arbete genom strukturerade dialogintervjuer med berörda människor. Dialogen bidrar även till ökad förståelse och samarbete i det övriga utrednings-/omsorgs-/behandlingsarbetet.

Utvärderingens kunskaper - intervjudata, resultat, analyser och slutsatser - ägs av den utvärderande verksamheten, vilken flexibelt kan välja målgrupp, analysperspektiv och utvärderingsperiod för egna resultatanalyser. Den integrerade utvärderingen kan även kopplas till ordinarie verksamhetsredovisning så att kunskaper om människors livssituation och behov och verksamhetens insatser och resultat kan vägas in i planering och prioritering.

#### Lärande organisation för kvalitetsutveckling

Utvärderingens ambition är att skapa en lärande organisation med kontinuerlig kvalitetsutveckling till nytta för berörda brukare. Verksamheten utvärderas därför i en löpande process över åren genom analyser av brukarnas behov och livssituation och verksamhetens insatser, resultat och mönster. Kunskaperna återförs både till brukare, personal, ledning och politiker - för reflektion över nytta och total kvalitet i relation till verksamhetens syfte.

## Vetenskaplig metod med fältutvecklat innehåll

Personalen undersöker och dokumenterar brukarna livssituation, förändringsbehov, egna resurser, faktiska förändringar och måluppfyllelse samt insatser av olika förändringsaktörer – genom fältutprovade dialogintervjuer.

Brukarnas livsområden inordnas under tre nivåer:

Social situation (strukturell), Relationer (inter-personell) och Personligt (bio-psykisk) samt vid behov kompletterade med olika Fördjupningar.

Kvalitativa och kvantitativa levnadsförhållanden undersöks inom en vald utvärderingsperiod, från Start till en eller flera Uppföljningar avseende insatser, faktisk och upplevd förändring samt måluppfyllelse.

Utvärderingens resultat redovisas både på individ- och målgruppsnivå:

- Livssituation, Förändringsbehov och Egna resurser vid Start
  - Livssituation, Egna resurser, Förändring, Måluppfyllelse vid Uppföljning
  - Insatser av olika Förändringsaktörer under vald utvärderingsperiod
  - Förändringsaktörernas betydelse för förändring och måluppfyllelse
- Mönsteranalyser, av samvariation mellan olika insatser och grad av måluppfyllelse, bidrar till ökad förståelse av komplexa förändringsmekanismer.

## Användarvänligt, avancerat, snabbt och säkert IT-stöd

*iEvalu* har ett unikt avancerat IT-stöd som utvecklas i samarbete med Tieto Healthcare and Welfare AB. IT-stödet ger en brukar- och användarvänlig, säker, integritetsskyddad och kostnadseffektiv utvärdering med unika analysmöjligheter. Systemet möjliggör tidsbesparande dokumentation och flexibla val av verksamhet, målgrupp, insatser, utvärderingsperiod och analysperspektiv samt ger en tydlig och snabb resultatsammanställning med grafisk presentation.. Kunskaperna kan kontinuerligt återföras till brukare, personal och beslutsfattare, för fortsatt gemensam kvalitetsutveckling

## Evidensinriktad utvärdering för kunskapsbaserad välfärd

Integrerad utvärdering har en evidensinriktad grundsyn genom att modellen kombinerar tre perspektiv – dels välfärdsarbetarnas kompetens och erfarenhet, dels brukarnas livssituation, behov och resurser, dels bästa tillgängliga kunskap om verk samma insatser för att möta brukarnas behov.

Modellen bygger på personalens engagemang och brukarnas reella medverkan samt ett IT-stöd som möjliggör ett brett omvärldsperspektiv med olika målgrupper, insatser, utvärderingsperioder och förändringseffekter.

Härigenom ökas möjligheterna att utvärderingens slutsatser kan användas i en kunskapsbaserad kvalitetsutveckling till nytta för berörda brukare.

## INNEHÅLL

	Läsrekommendationer	8
DEL I	VÄRDEGRUND	11
	1. Modellens paradig	13
	2. Människors behov	29
	3. Verksamhetens resultat	35
DEL II	TEORI OCH METOD	53
	4. Val av teori och metod	55
	5. Generella o specifika krav vid integrerad utvärdering	83
	6. Reell brukarmedverkan	89
	7. Teoribaserad utvärdering	95
	8. Utvärdering och forskning	100
	9. Utvärderingens reliabilitet	103
	10. Kvalitetsutveckling genom utvärdering	108
	11. Lärande organisation	111
	12. Modellens IT-stöd	113
	13. Evidensinriktad modell för kunskapsbaserad välfärd	118
	14. Välfärdsintegrerad modell	134
DEL III	DOKUMENTERA INTERVJU	137
	15. Kunskapsinsamlingens innehåll, struktur och tid	139
	16. Strukturerade dialogintervjuer	141
	17. Uppföljningar – tid och form	144
	18. Information och motivation	145
	19. Tankestruktur över dialogintervjuns moment	147
DEL IV	ANALYSERA RESULTAT	149
	20. Skapa Målgrupp	151
	21. Analysperspektiv	154
	22. Resultatdimensioner	157
	23. Kvalitetsutveckling genom integrerad utvärdering	160

DEL V	REFLEKTIONER	167
	24. Modellens relation till olika undersökningsmetoder	169
	25. Att utveckla och säkerställa välfärdens kvalitet	177
	26. Begränsningar och ifrågasättanden	187
	27. Integrerad utvärdering – ett nytt utvärderingsparadigm ?	201
LITTERATUR		207
	Referenslitteratur	207
	Litteratur om utvärdering, evidens och kvalitet	210
	Litteratur om interaktion och kommunikation	
MODELLENS TEORETISKA GRUND		223
MODELLENS UTVECKLINGSPROCESS		225

---

## APPENDIX - separat nedladdning

FÖRKLARING TILL <i>iEvalu</i> IT-STÖD	9
IT-STÖD: DOKUMENTERA INTERVJU	11
IT-STÖD: ANALYSERA RESULTAT	51
MALL FÖR JÄMFÖRELSE AV UTVÄRDERINGSMODELLER	61
KOSTNADER FÖR OLIKA UTVÄRDERINGSMODELLER	79

---

## BILDSPEL: - separat nedladdning

<i>iEvalu</i> / INTEGRERAD UTVÄRDERING - översikt	85
---	----

---

## *Läsrekommendationer*

**Del I** redovisar de metateoretiska värderingarna till modellens paradigme med kunskapsteoretiska ställningstaganden och fördjupningar i bakomliggande frågor om människors behov och verksamhetens resultat.

**Del II** presenterar den integrerade utvärderingens teori och metod i en genomgång av frågorna kring vad, vem, hur, när etc. gällande utvärdering inom välfärden och modellens koppling till brukarmedverkan, forskning, teorier, kvalitet, lärande organisation, IT-stöd och integrering. Denna del bör läsas för förståelse av den integrerade utvärderingens grundsyn och kan användas för introduktion och utbildning inom verksamheten.

**Del III** beskriver mera handfast de olika momenten i den integrerade utvärderingen med sammanfattande förklaringar av inriktning, innehåll, tid, struktur, förhållningssätt och uppföljningar i kunskapsinsamling genom strukturerade dialogintervjuer i välfärdsarbetet. Denna del bör studeras relativt inträngande av den som själv arbetar med den integrerade utvärderingens dialogintervjuer med berörda människor.

**Del IV** ger en motsvarande förtydligande beskrivning av hur olika målgrupper kan väljas och hur utvärderingens resultatanalys genomförs i olika avseenden samt hur resultaten från den integrerade utvärderingen kan användas i verksamhetens fortsatta kvalitetsutveckling. Denna del rekommenderas inför gemensamt arbete med analyser, slutsatser och kvalitetsutveckling i personalgrupp och beslutande organ.

**Del V** innehåller reflektioner som kan vara av mer allmänt intresse – gällande utveckling och säkring av välfärdsverksamhetens kvalitet, jämförelser med andra metoder/modeller både avseende kombinationsmöjligheter och kostnader, resonemang om begränsningar, ifrågasättanden och missförstånd samt några avslutande funderingar om modellen för integrerad utvärdering kan betraktas som ett 'nytt utvärderingsparadigm'.

**Litteratur** redovisar modellens referenser och litteratur om utvärdering, evidens och kvalitetsutveckling samt om interaktion i dialogform.

Boken avslutas med en redovisning av **modellens teoretiska grund** och **mångåriga utveckling** - för den läsare som vill kunna följa den integrerade utvärderingens bakgrund och process, såväl teoretiskt som personellt.



**APPENDIX** - separat nedladdning**IT-stöd Dokumentera intervju** - -

- för den faktiske användaren av utvärderingens dataprogram

**IT-stöd Analysera resultat**

- för verksamhet som skall analysera och dra slutsatser ur egen utvärdering

**Mall för jämförelse av utvärderingsmodeller**

- för verksamheter som vill finna modell för egna utvärderingsbehov

**Kostnader för olika utvärderingsmodeller**

- för verksamhets-/ekonomi-/IT-ansvariga som vill få kostnadsperspektiv

---

**BILDSPEL** - separat nedladdning

Översiktlig analog presentation av den integrerade utvärderingsmodellen  
- för olika interna och externa introduktions- och utbildningssammanhang.

---

**Läsförslag – för olika syften:**

*För introduktion och översiktlig presentation:* Bildspel samt Del II.

*För användare av modellens IT-stöd:* Hela boken med tonvikt på Del II och III samt Appendix: IT-stöd / Dokumentera intervju.

*Inför verksamhetens resultatanalys och kvalitetsutveckling:* Hela boken med tonvikt på Del IV samt Appendix: IT-stöd / Analysera resultat.

*För ökad beställarkompetens och jämförelser mellan utvärderingsmodeller:* Sammanfattning samt Mall för modelljämförelse och Kostnadsanalys

---

**Interaktivt FoU-stöd i dataprogrammet**

Del III och IV samt Appendix: IT-stöd Dokumentera intervju/Analysera resultat – ingår interaktivt som förklarande texter i modellens dataprogram, som ett inbyggt FoU-stöd för smidig direktanvändning.

Diagramförklaringar (endast i datorversionen) presenterar innehåll, begrepp, definitioner och betydelser i respektive grafiskt resultatdiagram.



# DEL I

## VÄRDEGRUND

---

*Del I* redovisar de metateoretiska värderingarna till modellens paradigm med kunskapsteoretiska ställningstaganden och fördjupningar i modellens bakomliggande frågor om människors behov och verksamhetens resultat.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell, Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9



# 1. MODELLENS PARADIGM

## Paradigmbegreppet

Paradigmbegreppet har varit viktigt i vetenskapsteoretisk debatt alltsedan Thomas S Kuhn i *The Structure of Scientific Revolutions* i början av 60-talet definierade begreppet paradig som 'allmänt erkända vetenskapliga verk som förser ett forskarsamfund med modellproblem och modellösningar'. Kuhn skiljer härvid på tider av "normalvetenskap", då majoriteten forskare inom en disciplin är överens om gällande värderingar, forskningsproblem, metodfrågor etc - och tider av "revolutionär vetenskap" då det tidigare paradigmet ifrågasätts, ofta med ett nytänkande som kan ge upphov till ett nytt paradig och bilda grunden för en ny tid av normalvetenskap.

En rad vetenskapsteoretiker har i Kuhns efterföljd försökt diskutera, kritisera, utvidga och precisera paradigmbegreppet. Inom ramen för den integrerade utvärderingen används den paradigmdefinition som föreslagits av Lindholm (-79) och diskuterats av Sandell (-85) vilken här kan formuleras som "normer och föreställningar i ett forskarsamfund som påverkar uppfattningen om *vad* man kan och bör forska om samt *hur* man skall göra detta"

I analogi med denna generella paradigmdefinition har Sandell (-85/-93) definierat *paradigm för utvärdering inom välfärd* som  
*normer och föreställningar om vad man kan och bör utvärdera inom välfärden samt hur denna utvärdering kan genomföras*

Frågan *Vad* innefattar vad man överhuvudtaget uppfattar som intressanta forskningsproblem, vad som i princip är forsknings-/utvärderingsbart och åtkomligt för vetenskaplig analys, vad som är forskningens/utvärderingens syfte och kunskapsintresse samt vad som eventuellt tillhör olika discipliner.

Frågan *Hur* innehåller ställningstaganden till alltifrån övergripande kunskapsteoretiska (epistemologiska) spörsmål om vad som menas med kunskap, varifrån den kommer och hur den görs giltig, via hur man principiellt bör närma sig dessa problem ( ex logiskt empiriskt / hermeneutiskt/ kritiskt, kvantitativt / kvalitativt, etc) till metodfrågor gällande formerna (experiment /observation/ intervju etc ) för insamling, analys och bearbetning av data.

Hur man principiellt förhåller sig till dessa frågeställningar grundar sig i sin tur i förförståelse och ställningstaganden gällande:

- ontologiska frågor om tillvarons mening, förändring, ande-materia osv
- syn på kunskap som "objektivt sann" eller "subjektivt konstruerad"
- syn på olika förklaringsnivåer - biologisk - intrapsykisk - interpersonell strukturell - kulturell / "andlig"
- perspektiv på klassiska-, moderna- och postmoderna kunskapsyner
- grundsyn på människan som passiv och styrd eller aktiv med val och ansvar
- samhällssyn ur olika konsensus- och/eller konfliktperspektiv
- betydelse av tidsperspektiv och kontext i en rad olika bemärkelser
- vetenskapsteoretiska ställningstaganden till logisk empirism / hermeneutik / kritisk teori samt inställning till de 'förklarande', 'förstående' och 'emancipatoriska' kunskapsintressen som dessa inriktningar representerar
- vad som är medvetet och omedvetet, individuellt och kollektivt
- kommunikation med verbala och icke-verbala former för 'språk'
- om kunskapen erhålls kumulativt och/eller via dialektiska processer
- induktiva, deduktiva, kvantitativa och kvalitativa kunskapsvägar
- undersökningsperspektiv som föredrar empiriska utfall och statistisk bearbetning av stora populationer eller djuplodande psykologiska tolkningsprocesser av ett fåtal fall
- undersökningar som primärt styrs av uttalade önskningsfrågor från fältverksamhet och finansierare och/eller mer forskarstyrda och teorikopplade tolkningar som söker förklarande mönster och mera 'inbäddat dolda' betydelser i kombinationer av insatser, relation, utfall, kontext etc.

För forskning och utvärdering inom välfärdsområdet tillkommer dessutom

- innebörd i välfärdsbegrepp som behov, resurser, avvikelse, utslagning, sociala problem, disciplinering, normalitet, anpassning, jämlikhet, självbestämmande, meningsfullhet, livskvalitet osv
- syn på välfärdens brukare, omsorgstagare, anhöriga, medborgare etc.
- syn på välfärdsverksamhetens syfte, organisering, finansiering, etc.

## Traditionella utvärderingsparadigm

Inom forskarvärlden har man vanligen förhållit sig till utvärderingsarbetets paradigmatiska spörsmål enligt några principiella linjer - vilka i huvudsak ansluter till de traditionella vetenskapsteoretiska skolbildningarna.

### **Evidensbaserad utvärdering enligt den logiska empirismens förklarande vetenskapsideal.**

Den logiska empirismen är det helt dominerande paradigmet inom det internationella forskarsamfundet och är det synsätt som erhåller högst akademisk respekt och meritering. Här råder samma kunskapssyn och forskningsideal som i annan naturvetenskaplig forskning - med de klassiska inslagen av enhetsvetenskapligt ideal, materialism, determinism, neutralitet, operationalism, instrumentalism, verifierbarhet, hypotesprövning, empirisk kontroll, repeterbarhet, värderingsfrihet, opartiskhet, objektsyn och distans till studieobjektet i sökandet efter kausala lagbundenheter. Kontrollerade experiment och utvärdering med randomiserade kontrollgrupper förespråkas vanligen som "mest vetenskapliga" forskningsdesign. Vid sk metaanalyser och sammanställningar av en rad utvärderingsstudier, ex inom det anglosaxiskt dominerade Cochrane Collaboration (gällande medicin) och Campbell Collaboration (socialt arbete, pedagogik, kriminologi etc.) samt vid användning av sk "blueprints"- för rekommendation av bästa metod, krävs oftast dessa forsknings- och utvärderingsupplägg för att överhuvudtaget godkännas och komma med i dessa sammanställningar  
( Se vidare om kontrollgrupper i Del I, Avsnitt 3 / Verksamhetens resultat ).

I en lång rad sammanhang är det traditionella logiskt-empiriska paradigmet att föredra. Närhelst det handlar om objektiva eller "objektifierbara" strukturer och processer som kan definieras, avgränsas, kontrolleras, "mätas" och matematiskt beräknas har detta paradigms genomtänkta och metodologiskt utprovade forskningspraktik stora förtjänster. Vid forskning inom välfärdssektorns olika basvetenskaper - som biologi, kemi, medicin, psykiatri, psykologi, gerontologi, pedagogik, omvårdnad etc - kan många frågeställningar endast besvaras trovärdigt med hjälp av logiskt empiriska studier av faktiska objektiva förhållanden.

Följande frågeställningar kan exempelvis endast besvaras med hjälp av matematiskt/statistiskt naturvetenskapliga metoder:

Kan det finnas en genetiskt styrd biopsykologisk sårbarhet som ökar riskerna att utveckla narkotikaberoende ? Finns hjärnskadeproblematik som delförklaring till vissa skolelevers koncentrationssvårigheter ?

Vilken medicinskspsykiatrisk behandlingsmetod ger störst årlig viktuppgång för anorektiska tonårsflickor? Hur påverkar olika demenssjukdomar äldres minnesfunktion?

I utvärderingar av enskilda behandlingsinsatser förespråkar detta paradigm kontrollerade experimentella eller sk kvasiexperimentella studier vilka oftast ger säkra kunskaper om utfall avgränsade till just det som undersöks. Merparten av medicinsk och psykologisk forskning med s.k evidensbaserad utvärdering hör hemma i denna tradition.

Utvärderingar inom detta paradigm har sina uppenbara förtjänster i genomtänkt metodologi och internationell likriktning och jämförbarhet. Samtidigt finns ofta en omedveten reduktionism i synen på det psykosociala välfärdsarbets praktik - där inte enbart en viss insats eller ett visst program används och utvärderas. I ”verkligheten” bedrivs psykosocial utredning, omsorg, stödverksamhet och behandling genom en mängd olika samtidigt pågående insatser av olika civila och professionella aktörer, samtidigt som en rad andra samverkande faktorer och kontextuella sammanhang påverkar slutresultatet i berörda människors liv.

### **Interpretativ ’tolkande’ utvärdering och processanalys enligt hermeneutikens förstående vetenskapsideal**

Vid intresse för människors olika uppfattningar, känslor och värderingar och olika aspekter av mellanmänsklig kommunikation är det hermeneutiska paradigmat att föredra. Dessa subjektiva upplevelsedimensioner kräver oftast en intersubjektiv dialog vilken svårligen kan fångas in i det naturvetenskapliga paradigmatets ”objektiva mätningar”

Det hermeneutiska paradigmat ligger därför i sin grundsyn nära det synsätt som professionell välfärdspersonal oftast uppfattar som överensstämmande med sitt förändringsarbete. Här råder de klassiska hermeneutiska idealen med synen på människan som aktiv och meningsskapande helhet i ömsesidig kommunikation med sin omvärld, subjektsyn på individen som en unikt och aktivt handlande person, sökande efter avsikt och intention, samband mellan värdering, känsla, förnuft och ”fakta”, intentionellt fenomenologiskt språk, sökande efter tolkning i meningssammanhang, inlevelse och engagemang i ’studieobjektet’. Den grundläggande ’metoden’ är användande av den hermeneutiska cirkeln där förståelse av delarna ger helheten och förståelse av helheten sätter in delarna i ett meningssammanhang. Kunskap i utvärderingar nås primärt genom inkännande lyssnande intervjuer och samtal vilka oftast tolkas i en viss teoritradition ( ex psykoanalys, symbolisk interaktionism, existensialism, gestaltpsykologi etc. ).



I processanalyser följs förändringsarbete och behandling kontinuerligt oftast under lång tid och insamlade utvärderingskunskaper handlar både om brukarnas och den behandlande personalens tankar, känslor, handlingar etc.

Detta paradigm, med sin styrka i det inkännande subjektinriktade meningskapande samtalen, bidrar ofta till djupkunskaper för klinisk vidareutveckling. Hermeneutiskt inriktade utvärderingar och processanalyser har samtidigt metodologiska svagheter och svårigheter vid försök till aggregering av större datamängder. De tar också mycket tid i anspråk och får därför ofta karaktären av "single-case-studies" innefattande någon eller ett fåtal klienter.

### **Demystifierande och emancipatoriska vetenskapsideal enligt kritisk och feministisk teori**

Inom den kritiska teorin, liksom inom feministisk forskningstradition, spelar öppen och dold maktutövning i olika legala/illegala och legitima/illegitima former stor betydelse. I studier av olika samhällsföreteelser och "sociala problem" kan härvid förekomma analyser av förändringar över en tidsperiod inom olika utsatta grupper, vård- och omsorgsinstitutioner, lagstiftning etc vilka kan ha utvärderande inslag. Syftet är oftast att avslöja omedvetet, mystifierat eller dolt förtryck relaterat till klass, kön, generation, etnicitet etc.

Detta paradigm har sin styrka i en ifrågasättande och demystifierande ambition och kan i denna bemärkelse genomföra "utvärderingar" vilka även inbegriper de olika välfärdsorganen i sig och deras samhällsliga funktion. Däremot har detta paradigm svårigheter att göra kopplingar mellan olika insatser som utförs av dessa organisationer och vilka effekter dessa i sin tur får i människors liv. Även den kritiska teorin hävdar att de fenomen som studeras måste tolkas inom en teori (exempelvis marxistisk eller feministisk).

### **Pragmatiskt eklektiska förhållningssätt**

Det förekommer även utvärderingar som mera pragmatiskt och eklektiskt blandar naturvetenskapliga mätmetoder med tolkande hermeneutiska inslag. Kunskapsfördjupning kan härvid erhållas i ett processtänkande där exempelvis kvantitativa kunskaper från enkäter i nästa fas används i kvalitativa intervjuer vars kunskaper i nästa steg används för en intervention som i sin tur utvärderas både kvantitativt och kvalitativt osv.

En fördjupad redovisning och kritiskt jämförande analys av de olika vetenskapsteoretiska skolbildningarna ges i Sandell, G. (1985) *Psykosocialt förändringsarbete*, Del I. Se även avslutande litteraturförteckning.

## Nyare utvärderingsperspektiv/-'paradigm'

### **Post-modernt relativistiska förhållningssätt**

I det relativiserande ifrågasättande av sanningar och orsakssamband som kännetecknar olika sen-/postmoderna tankeströmningar har olika behandlingsmetoder växt fram vilka kan betecknas som konstruktivistiska, socialkonstruktionistiska, narrativa, språkssystemiska etc. I anslutning till dessa inriktningar finns en del "utvärderingsmetoder" som också är relativistiska i sin hållning till vilken verklighet som är möjlig att gemensamt uppfatta. Detta har lett till välgörande kritik av positivistisk reduktionism, till intressanta hypoteser för klinisk praktik och till förändringsbefrämjande nya perspektiv på gamla fastlåsta "sanningar".

Samtidigt erbjuder detta perspektiv, där tillvaron är relativ utifrån den enskilde betraktaren, uppenbara svårigheter att utvärdera något som kan kallas "resultat" och "måluppfyllelse". Detta kreativt diffusa perspektiv med många underriktningar kan sannolikt finna nya givande former för utvärdering i enskilda behandlingsärenden. Däremot förefaller det orimligt att man inom denna tankeram kan finna de gemensamma referenspunkter som skulle krävas om man har ambitionen är att möjliggöra utvärderingar av stora differentierade välfärdsorganisationer som omfattar en mängd olika klienter.

### **Produktivitets- och kundundersökningar**

Ett modernt men oftast oreflekterat synsätt företräds av de "konsultmetoder" som representeras av olika undersökningar gällande produktivitet och kundtillfredsställelse vilka går under beteckningar som "nöjd-kundenkäter", "styrkort", "nyckeltal", "benchmarking" etc.

Dessa "utvärderingar" fokuserar oftast ensidigt den bedrivna verksamhetens prestationer samt vad dessa kostar och hur de uppfattats av berörda "kunder". Det är därför tveksamt om de överhuvudtaget kan betraktas som utvärdering, då de i huvudsak bygger på kunskaper från ordinarie verksamhetsredovisning och anonyma enkäter om olika uppfattningar, medan kunskaper om resultat och nytta och koppling mellan insatser och effekter helt saknas.

### **Realistic evaluation**

Ett intressant perspektiv som möjligen representerar ett nytt utvärderingsparadigm går under beteckningen Realistic evaluation (med teoretiker som Pawson, Tilley, Kazi, Morén, Blom mfl.- se litteraturförteckningen ).

Här intar man ett mycket ambitiöst utvärderingsperspektiv som syftar till att undersöka ”vad som fungerar, för vem, hur detta går till, under vilka omständigheter och i vilken kontext”. Ontologiskt tar man avstånd från ensidig ( evidensbaserad ) empiricism och vill på djupare nivå finna vad som i grunden påverkar att en viss förändring äger rum. Genom såväl kvalitativa som kvantitativa metoder undersöker man interventionsprogram, tar fram utfallsresultat, introducerar förändringar i interventionsprogrammen, studerar förändringar i brukarnas kontext (som är oberoende av interventionerna) samt förändringar i de mekanismer som kan tänkas påverka resultaten.

Med hjälp av inträngande hermeneutiska intervjuer och statistiska metoder (som signifikans-, odds-, risk- och regressionsanalys) söker man därefter identifiera sambandsmönster mellan kontext, förändringsmekanismer och resultat. Speciellt de svenska utvärderingsforskarna Stefan Morén och Björn Blom har i ett realist-teoretiskt perspektiv utvecklat inträngande analysmetoder för att ur fallstudier söka efter mekanismer i brukares inre och yttre liv och samspel med välfärdspersonal, som kan ’förklara mänsklig förändring’.

Denna modell nöjer sig således inte med kunskaper om att något fungerar utan vill även veta hur förändringen sammanhänger med olika interna och externa påverkansvariabler. Man väjer inte för komplexiteten i förändringsprocesser och kombinerar gärna olika metoder samt har ett uttalat intresse för samarbete med välfärdens personal. ( På en djupare metateoretisk nivå förefaller realistic modellen i många avseenden överensstämma med det paradigm som förespråkas inom Integrerad utvärdering – redovisas längre fram ).

Samtidigt begränsar antagligen realistic-modellens komplexa metodik fältets möjligheter att medverka i resultatbearbetning och slutsatser. Forskarna bestämmer tolkningsteori och undersökningsmetod, vars komplexitet och tidsåtgång sannolikt begränsar volymen projekt och antal klienter som kan studeras, vilket antagligen i sin tur omöjliggör samlade aggregeringar över större verksamheter. Man verkar också förlita sig på att välfärd kan utvärderas genom att studera enskilda ärenden eller ”program” och verkar därvid inte riktigt ha orkat inse att välfärdens och berörda brukares psykosociala verklighet inte består av ”ett program i taget” utan att det alltid pågår en mängd olika insatser från olika huvudmän - samtidigt.

## Behov av ett nytt utvärderingsparadigm ?

Det finns således en rad sammanhang gällande utvärdering inom välfärdsverksamheter där det inte finns något egentligt behov av ett ytterligare utvärderingsparadigm.

I de flesta fall där man vill utvärdera och jämföra olika avgränsade insatser och metoder är den logiska empirismens naturvetenskapliga paradigmat att föredra för sin genomtänkta metodik och internationella jämförbarhet. I andra sammanhang där man huvudsakligen är intresserad av människors upplevelser och tolkningar av sina känslor och sin livssituation kan det hermeneutiska paradigmat rekommenderas med sin mera subjektivt inträngande och fördjupade metodik. I mer specifika djupstudier gällande förändringsprocesser i enskilda klientärenden och interventionsprogram kan realistisk utvärdering genom sin mer komplexa förklaringsmodell ge ökade kunskaper om verkliga förändringsmekanismer. I single-case studier med koppling till olika behandlingssammanhang kan en postmodernt reflekterande kontextdialog ge nya insikter i människors unika tankar, känslor och världsbild. I kritik av förhållningssätt, ojämlikhet, förtryck etc inom samhället och vårdapparaten kan utvärderingar inspirerade av kritisk teori och feministiska tankeriktningar bidra med inträngande och avslöjande kunskaper.

Den stora kunskapsmängd som insamlas via olika former av journalmaterial inom välfärdens samlade omsorg, vård och behandling bör härvid också uppmärksammas. Journalmaterial, som många fall kan betraktas som single-case-studier där kunskaperna oftast insamlats i direkta möten mellan personal och brukare, har många beröringspunkter med hermeneutiskt inspirerade sk fallstudier, där man också försöker ta hänsyn till "helheten" – dvs den mängd förhållanden som över tid samverkar i människors liv.

Och nöjer man sig med tillståndsbeskrivningar av hur brukare och "kunder" uppfattar service och bemötande, utan krav på kunskaper om den faktiska nyttan eller koppling till olika insatserns effekter, kan denna kundtillfredsställelse studeras med olika nöjd-kund-enkäter.

Den interna verksamheten, med personal, prestationer, pengar, produktivitet etc, följs dessutom regelbundet upp och presenteras i alla välfärdsorganisationers årliga verksamhetsredovisning med åtföljande revision. Om man vill organisera denna redovisning i termer av "nyckeltal" eller "styrkort" så kan kanske även detta vara motiverat - så länge man inte därmed tror att man har utvärderat verksamhetens nytta i brukarnas liv.

### **Modeller saknas för utvärdering i ordinarie välfärdsverksamheter**

Om man däremot är intresserad av att över en lång följd av år, reellt och kontinuerligt, utvärdera hela den ordinarie stora pågående välfärdsverksamheten, gällande samtliga berörda brukares livssituation och förändringsbehov och samtliga insatser och resultat – exempelvis gällande socialtjänstens individ- och familjeomsorg och äldreomsorg i en hel kommun eller barn- och ungdomspsykiatri i ett helt län – finns inga lämpliga modeller, varken inom de traditionella eller mera postmoderna paradigmen.

Den logiska empirismens rekommenderade jämförelser mellan slumpmässigt utvalda experiment- och kontrollgrupper är inte möjliga att genomföra, varken av etiska, juridiska, strategiska, praktiska eller ekonomiska skäl, om det handlar om stora pågående välfärdsverksamheter. Det skulle exempelvis bli absurt med ett upplägg där alla brukare i en hel stad kontinuerligt delades in i olika experiment- och kontrollgrupper. Dessutom finns naturligtvis stora begränsningar i den mängd forskare som i så fall skulle krävas, den arbetstid för personal i välfärden som skulle förloras och de enorma ekonomiska kostnader som detta i så fall sammantaget skulle medföra.

Dessa begränsningar gäller i ännu högre grad den specifika utvärderingsmodellen inom Realistic-evaluation. Den tidsåtgång och de avancerade forskarinsatser som härvid krävs gör att denna modell kan vara utmärkt gällande i tid och gruppstorlek avgränsade sammanhang – men sannolikt helt ”orealitisk” i tid, pengar och personaltid, om man skulle vilja tillämpa denna på verksamheten i en hel stad. Realistic-utvärderingar kan således vara intressanta för djupdykningar i enskilda ärenden och specifika program i sökande efter förklaringar till olika förändringsmekanismer. Däremot är denna modell olämplig för utvärdering av stora komplicerade välfärdssystem (men skulle ideologiskt/och teoretiskt kunna kombineras med Intergrad utvärdering).

Metoder inom det hermeneutiska paradigmet, liksom inom de kritiskt demystifierande och feministiskt inspirerade paradigmen, har inga rimliga metodologiska möjligheter att sammanställa stora datamaterial – vilket dessa i rättvisans namn inte heller uppger som någon ambition.

Utvärderingsperspektiv inom de postmoderna tankeströmningarna har inga som helst möjligheter att möta utvärderingsbehov i stor skala. Om man anser att verkligheten konstrueras av varje enskild människa och att man därför knappast ens kan enas runt frågan om det finns en objektiv verklighet eller hur denna gemensamt uppfattas av flera olika människor - så blir det naturligtvis ännu orimligare att komma överens om vad som gemensamt skall uppfattas som utvärderingsbar verklighet inom en samlad ordinarie välfärdsverksamhet i en hel stad.

Bland de redovisade paradigmen modeller är det egentligen endast två metoder som återstår om man vill utvärdera hela den samlade välfärdsverksamheten.

Antingen får man använda enkätundersökningar av sk kundtillfredsställelse - vilka egentligen inte kan betraktas som utvärderingar då de varken kan följa processer över tid, koppla insatser till effekter eller ge kunskaper om verksamhetens resultat i form av förändringar och nytta i brukarnas liv.

Eller så får man försöka använda olika former av intervjuformulär eller enkäter med självskattningsskalor som administreras av forsknings- eller verksamhetspersonal.

Fördelarna med dessa formulär och skalor är att de kan användas i mängdupplaga och efterhand kan valideras och standardiseras vilket bl.a. kan underlätta olika former av jämförelser. Frågeformulären och enkäterna har emellertid även en rad nackdelar som primärt handlar om att de oftast av tidsskäl måste avgränsas till ett fåtal frågeområden eller brukarkategorier vilket gör dem svåra att aggregera för att täcka in den samlade välfärdsverksamheten. Formulären kan dessutom ge en distanserande effekt på relationen mellan berörda brukare och välfärdspersonal vilket kan försämra den dialog- och samarbetsrelation som man söker etablera i det övriga omsorgs- och behandlingsarbetet. Att finna tider, genomföra intervjuer och sammanställa alla dessa formulär för att kunna dra slutsatser ur det sammanlagda materialet är också krävande vad gäller tid, extern expertmedverkan och kostnader.

Enkäter med självskattningsskalor (vilka med eller utan anonymitet ifylls på egen hand av berörda brukare oftast med färdiga frågor och svarsalternativ i form av olika skalsteg ) har initiala tidsvinster då personalen inte behöver medverka vid ifyllandet. Sekundärt kommer emellertid denna tidsvinst ätas upp ett flertal gånger om man även har ambitionen att använda kunskaperna i det pågående välfärdsarbetet - eftersom man då i princip ändå måste upprepa det hela i någon form av samtal med brukarna. Utan denna ambition kan den ”avpersonifierade” administrationen av formulären istället verka hindrande på behandlingsrelationen där brukarna kan uppfatta sig själva som ”försökskaniner” utan möjlighet till gemensam reflektion. Om det inte enbart handlar om objektifierbara faktiska förhållanden utan även om uppfattningar, upplevelser och värderingar, medför denna form för kunskapsinsamling även alltid stora validitetssvårigheter, då man egentligen varken kan veta hur ”respondenten” uppfattar och tolkar det som efterfrågas eller innebörden i de svar som ges. Vid användning av frågeformulär och självskattningsskalor föreligger dessutom oftast stora svårigheter att få tillstånd uppföljningar efter insatsernas avslutande utan att detta i sin tur leder till ett stort uppföljningsbortfall i den grupp/ population som utvärderas.

### **Det krävs ett nytt paradig om man vill kunna utvärdera hela den ordinarie välfärdsverksamheten**

Även om de vanligtvis rekommenderade modellerna inom de redovisade paradigmen har metoder som kan vara utmärkta i specifika och avgränsade sammanhang – saknas således modeller som kan utvärdera välfärdens stora och kontinuerliga verksamheter inom kommuner och landsting.

Det behövs därför ett utvärderingsparadigm, med en vetenskapligt kongruent och praktiskt genomförbar utvärderingsmodell, som kontinuerligt kan utvärdera hela den ordinarie samlade, mångdimensionella välfärdsverksamheten med samtliga brukare, insatser o resultat.

För att en sådan utvärderingsmodell skall kunna fungera i praktiken är det både ideologiskt grundläggande och nödvändigt för det faktiska genomförandet att denna modell:

- företräder en grundläggande respektfull och human inställning till brukare
- stöder pågående välfärdsarbete och underlättar de omsorgs- / behandlingsrelationer som etableras mellan personalen och berörda människor
- undersöker berörda människors livssituation och förändringsbehov, de olika inblandade insatserna och verksamhetens resultat i form av förändring, måluppfyllelse och nytta för berörda människor
- utför kunskapsinsamling, aggregering och analys till rimlig tidsåtgång och kostnader för den ordinarie välfärdsverksamheten och utan krav på kontinuerlig extern expertmedverkan
- återför erhållna kunskaper och slutsatser till den egna verksamheten på ett enkelt och snabbt sätt utan att verksamheten måste utföra avancerade och tidskrävande specialanalyser med hjälp av externa experter
- samtidigt kan fungera som kunskapsunderlag både för olika ”statistik-uttag” och för olika former av fördjupande FoU- och forskningsprojekt.

Om dessa krav samtidigt skall kunna mötas finns faktisk ingen annan realistisk väg - varken ur etiskt, juridiskt, politiskt, strategiskt, integritetsmässigt, forskningsmetodologiskt, praktiskt eller ekonomiskt perspektiv - än att *integrera hela utvärderingen inom ramen för den samlade ordinarie demokratiskt styrda välfärdsverksamheten.*

För att detta skall möjliggöras krävs i sin tur ett förtroende för att välfärdens personal kan bedriva ett omsorgs- och behandlingsarbete tillsammans med berörda människor och att utvärderingens kunskapsinsamling kan genomföras i gemensam dialog inom ramen för detta kontinuerliga välfärdsarbete.

Det är med denna ambition och grundhållning som modellen för Integrerad utvärdering har skapats.

## Den integrerade utvärderingens paradigm

Den integrerade utvärderingens paradigm utgörs av modellens:

- ideologiska och kunskapsteoretiska grundsyn,
- teoretiska och forskningsmetodologiska ställningstaganden,
- generella utvärderingskrav och specifika krav på integrerad utvärdering
- syn på människors behov, verksamhetens resultat och brukarmedverkan,
- perspektiv på utvärdering i relation till forskning, teorianknytning, kvalitetsutveckling, lärande organisation och principer för IT-stöd

Till grund för den integrerade utvärderingens paradigm ligger i sin tur en rad ontologiska frågor och metateoretiska ställningstaganden med jämförande kritik av olika skolbildningar inom vetenskapsteori och forskningsmetod samt olika teorier om avvikelse, utslagningsmekanismer, psykosocialt förändringsarbete osv. Dessa grundfrågor behandlas mera utförligt i *Psykosocialt förändringsarbete*. Sandell, 1985. Här (i skriften Du nu läser) avgränsas framställningen till att i punkter sammanfatta de metateoretiska grundvärderingar, kunskapsteoretiska ställningstaganden och syn på forskning och förändringsarbete vilka tillsammans utgör modellens ideologiska ram.

### Metateoretiska grundvärderingar

*Världsbild* / Tillvaron ses som en dynamisk ecosystemisk helhet, som genom dialektiska processer på och mellan olika nivåer, befinner sig i kontinuerlig förändring och utveckling.

*Människosyn* / Människan ses som aktiv, intentionell, förstående och meningsskapande med ansvar och val, begränsad av hennes världsbild och samspel med natur, kultur och samhälle.

*Samhällssyn* / Betonar ur dialektiskt systemperspektiv ett invändigt påverkansförhållande mellan människans och samhällets strukturer och processer.

*Kunskapssyn* / Söker en helhetssyn på kunskapsprocessen där förståelse för natur, kultur, samhälle och historia kan förenas med mellanmännisklig kommunikation och individuellt existentiella livsfrågor.

Den integrerade utvärderingen tar dessutom medvetet ställning för de grundvärderingar som uttrycks i *nordisk välfärdslagstiftning* med betoning av demokrati, solidaritet, helhetssyn, gemenskap, respekt, integritet och utveckling av egna resurser till självbestämmande och eget ansvar.



## Kunskapsteoretiska ställningstaganden

Dessa metateoretiska värderingar, tillsammans med en jämförande kritik av vetenskapsteoretiska skolbildningar, utgör basen för följande kunskapsteoretiska ställningstaganden inom modellen för integrerad utvärdering:

*Strävan till kunskap om helheten* krävs för förståelse av ”delarna” (även om en fullständig ”helhetssyn” i praktiken är ouppnåelig). Fenomen kan varken studeras eller förstås isolerat utan måste relateras till sitt historiska och kontextuella sammanhang för att kunna begripas.

*Kunskap eftersöks i ett processtänkande* där tillvaron, människan och samhället ses som processer vilka måste studeras ”i processen”. Inga fenomen kan därmed betraktas som givna, lagbundna ”tillstånd” - utan som ingående i dialektiska processer på olika nivåer mellan vilka det råder ett ömsesidigt påverkansförhållande - i vilka även ”undersökaren” själv ingår.

*Kunskapen och kunskapsökandet ses som en föränderlig dialektisk process* över många nivåer och dimensioner. Kunskap erhålles därmed inte enbart genom att kvantitativt och kumulativt addera ny kunskap till tidigare. Sökandet kan även leda till kvalitativt överskridande förändringar vilka också kan innefatta egen förförståelse och självuppfattning.

*Kunskap om människan* sökes ”inifrån” hennes intentioner, världsbild, syn på sig själv, andra och omgivning – den mening hon lägger i sina tankar, känslor och handlingar och i sin existentiella och sociala livssituation. Människan måste dessutom förstås ”utifrån” - i sitt historiska, kulturella och samhälleligt sammanhang, inkluderande ålder, ras, kön, religion, klass, familjesituation, utbildningsnivå osv. Förståelsen kan inte erhållas genom att neutralt och objektivt studera henne som ett objekt utan hon kan främst förstås i en intersubjektiv dialog, där man ”möts som människor”.

*Kunskap om samhället* sökes i ett dialektiskt ecosystemiskt perspektiv på den historiska utvecklingen, på det ”invändiga” förhållande mellan människa och samhälle samt på det strukturella påverkansförhållandet mellan homeostas- och förändringsfunktioner på olika nivåer i samhällssystemet. Samhället betraktas samtidigt som dynamiskt föränderliga strukturer och processer vilka människan kan bli medveten om och har möjligheter att förändra.

*Mellan forskaren, 'studieobjekt' och den kunskap som gemensamt utvecklas råder ett ömsesidigt påverkansförhållande. Genom sin verklighetssyn gällande vad som är "självklart" kontra "märkvärdigt", sitt syfte och val av kunskapsintresse, frågeställningar, teorier och metoder för datainsamling och analys kommer forskaren att påverka "studieobjektet" och därmed även resultatet av kunskapsprocessen. I möten mellan människor finns i grunden ingen värderingsfrihet, objektivitet eller neutralitet.*

*Kunskapens validitet och användbarhet är överordnad reliabiliteten då det inte hjälper att vara tillförlitlig och korrekt om kunskapen inte är relevant och möjlig att implementera.. Validiteten bör relateras både till övrigt välfärdsarbete och till egen förförståelse och helhetsbild, och forskaren bör därför även eftersträva egen ökad självinsikt och helhetssyn på det som undersöks.*

*Slutligen förespråkas ett *principiellt grundläggande integrativt både - och -perspektiv* ( i stf antingen - eller ) dels gällande olika förklaringsnivåer, dels för modern och postmodern kunskapssyn, dels beträffande traditionellt svår-förenliga metoder för kunskapsbildning som kumulativ och dialektisk, induktiv och deduktiv, empirism och tolkning, statistik och narrativ, samt avseende vanliga "beteckningar" av kunskapen - som objektiv/ subjektiv, kvantitativ / kvalitativ, medveten / omedveten, verbal / icke-verbal, handling / språk, osv. Alla dessa kunskapsdimensioner existerar samtidigt och kan befrukta varandra i kunskapsprocessen.*

## Övergripande principer för forskning och utvärdering inom psykosocialt välfärdsarbete

De redovisade grundvärderingarna och kunskapsteoretiska ställningstagandena leder sammantaget till följande principer för forskning och utvärdering:

Forskning och utvärdering betraktas som faser inom ramen för ett mera omfattande välfärdsarbete

Utvärderingens övergripande mål att komma välfärden brukare till godo genom att bidra till kvalitetsutveckling av välfärdens verksamheter vilken stärker berörda människors resurser och förändringsaktivitet för förbättring av deras inre och yttre livssituation.

Ett aktörsparadigm förespråkas med ett lärande och förbättrande kunskapsintresse där erhållna kunskaper skall användas i förändringsarbete på såväl intrapsykisk och interpersonell som strukturell nivå.

**D**ialog, samarbete och utveckling av egna resurser betonas som förhållnings-sätt i relationen till berörda människor, i ett gemensamt samskapande och utvärderande förändringsarbete.

Utvärderingsarbetets teori- och metodutveckling bör helst ske direkt i fält-arbetet i samarbete med personal och berörda människor.

**P**å väg till förändringsaktivitet kan ”dialektisk mediering” tillämpas mellan

- förklaring med tillfällig objektifiering enligt den logiska empirimens ideal,
- förståelse enligt hermeneutikens inkännande och tolkande ideal, och
- medvetandegörande enligt den kritiska teorins emancipatoriska ideal

**K**valitet och kvantitet är inga inneboende fasta egenskaper i olika fenomen utan ses som kompletterande kunskapsperspektiv varför kvalitativa och kvantitativa metoder ses som kompletterande aspekter i kunskapssökandet

**Ö**ppenhet för kompletterande och alternativa synsätt bör eftersträvas där man kan våga problematisera, fantisera och samverka i nyskapande, kvalitets-utvecklande processer.

**V**älfärdens verksamheter bör engageras i eget kunskapssökande där prakti-kens personligt professionella kunskaper i enskilda ’klientärenden’ kan sammanställas till mer generaliserbara kunskaper om samvariationer och kategorier i sökande efter förklaringar och mönster.

**K**unskaperna från forskning och utvärdering skall återföras till verksamheter, berörda människor, politiker och allmänhet – om sociala förhållanden och behov och om utvärderad verksamhet, beprövad erfarenhet och lämpliga insatskombinationer för olika målgrupper.

**V**älfärdsverksamheter kan utvecklas till lärande organisationer, som genom att utvärderingen integreras i den ordinarie verksamheten, kan bedriva arbetet i ett kontinuerligt kunskapsflöde för implementering i en kontinuerlig kvali-tetsutveckling.

## Principer för utveckling av generella modeller för förändringsarbete inom välfärden

Generella modeller för förändringsarbete inom välfärden kan definieras och utvecklas genom följande generella *faser*:

1. Förståelse och förklaring till människors inre och yttre psykosociala förhållanden och behov söks utifrån en genomtänkt och öppet deklarerad metateoretisk grundsyn med kunskapsteoretiska ställningstaganden.
2. Idéer för verkningsfullt förändringsarbete gällande olika målgrupper och verksamhetsområden utvecklas via olika former av kunskapssökande och teori- och metodutveckling.
3. En mer generell modell för aktuellt förändringsarbete utvecklas – med målgrupp, syfte, förhållningssätt, arbetsinnehåll, kompetens, organisation, arbetsledning och handledning.
4. Modellen implementeras genom att engagera, utbilda, organisera och handleda professionella välfärdsarbetare i att pröva detta förändringsarbete i konkret fältverksamhet.
5. Det bedrivna arbetet utvärderas, integrerat i ordinarie välfärdsverksamhet, för säkrare kunskaper, slutsatser och ökad generaliserbarhet gällande den aktuella modellen.
6. Modellen sprids och implementeras även i andra välfärdsorganisationer så att den för ökad generaliserbarhet kan bli tillämpad och utvärderad också inom andra verksamhetsområden.

För exempel på generella modeller ( utöver Integrerad utvärdering ) från många års utvecklingsarbete enligt dessa principer – gällande bl. a. psykosocialt förändringsarbete, familjeterapi, handledning, målstyrning och multi-dimensionell mönsteranalys - se vidare under Sandell i *Referenslitteratur*.

Se *Litteratur* samt *Modellens utveckling* och *Modellens teoretiska grund* - som avslutar boken

## 2. MÄNNISKORS BEHOV

Huvudanledningen till att välfärdsverksamheter bedrivs, inom socialtjänst, hälso- sjukvård, omsorg etc., är att människor har behov inom olika livsområden som de inte kan möta enbart med egna resurser.

Integrerad utvärdering har ambitionen att undersöka hur välfärdsverksamheter kan bistå berörda människor att möta dessa behov. Följaktligen blir det väsentligt att föröka förstå vad som egentligen menas med 'människors behov' samt hur dessa behov kan undersökas.

### Människors behov är mångdimensionellt komplexa

Människors behov innefattar en mängd förhållanden på olika nivåer - livsavgörande biologiska behov som föda och värme, psykologiska behov som identitet och självförverkligande, psykosociala behov som trygghet och gemenskap, materiella behov som bostad och meningsfull sysselsättning samt kulturella och "andliga" behov i olika bemärkelser.

Behov är å ena sidan individuella genom att var och en har sina egna unika behov inom respektive livsområde vilka inte kan övertas av någon annan. Å andra sidan är behoven gemensamma med andra människor både i betydelsen att de uppkommer inom generella livsområden och att de individuella behoven vanligen endast kan mötas i samspel med andra människor.

Behov förekommer samtidigt inom olika livsområden och påverkar ömsesidigt varandra ; exempelvis kan arbete och bostad påverka familjerelationer och fritid som påverkar hälsa och självuppfattning som påverkar arbete osv.

Behov är oftast cykliska till sin karaktär dvs att de växlar mellan bristtillstånd och behovstillfredsställelse och kontinuerligt behöver förnyas även om de tidigare blivit bemötta - man kan exempelvis inte en gång för alla lösa en människas trygghetsbehov utan detta måste mötas kontinuerligt i livet.

Behov kan vara både objektivt faktiska och/eller subjektivt relativa samt medvetna och/eller omedvetna, öppna och/eller dolda, tydliga och/eller otydliga, både för individen själv och för andra människor.

Människors behov kommer dessutom, oavsett ursprung och orsak, att påverkas av kulturklimat, samhällssystem, eco-miljö, samhällsekonomi, arbetsmarknad och av värderingar gällande ålder, generation, familj, kön, ras, religion, välfärd, social- och sjukvårdspolitik etc.

Denna enorma komplexitet stämmer till ödmjukhet inför svårigheterna att förstå vad som menas med behov och möjligheterna att kunna förstå andra människors behov. Förhoppningsvis kan följande klargöranden underlätta förståelsen.

## Behov är naturliga bristtillstånd.

Behov handlar om naturliga strukturer och processer i människors liv vilka är avgörande för livets fortlevnad och utveckling. Människors behov kan i denna mening betraktas som ett ”bristtillstånd”, något som behöver bli tillfredsställt.

Det är härvid viktigt att inse att behov är något genuint och naturligt mänskligt som gäller alla människor och som därmed inte kan likställas med ”problem”. och uppfattas som konstigt, ”sjukt”, negativt, irrelevant, orealistiskt etc. Att barn exempelvis har behov av trygghet, omsorg och social gemenskap är inte liktydigt med att detta är ”problem”.

Bakom olika mänskliga problem och symtom som ensamhet, missbruk, relationskonflikter, psykosomatiska sjukdomar etc, finns i princip alltid djupare liggande behov av exempelvis närhet, gemenskap, trygghet, förståelse, sysselsättning osv som inte har blivit tillgodosedda.

Att söka förstå människors underliggande behov är därför att komma närmare det egentliga ’problemets kärna’ än att enbart försöka definiera och diagnostisera själva ”problemet” – och även om detta sker med en vetenskapligt godkänd diagnostisk terminologi.

Eftersom behov inom olika livsområden ömsesidigt påverkar varandra är det också mera sannolikt att man bättre kan förstå enskilda behov om man i sitt kunskapssökande eftersträvar en helhetssyn som även inkluderar behov inom andra livsområden.

## Behov är kombinationen av brister och egna resurser

Människor möter vanligen sina behov på egen hand med hjälp av 'egna resurser' dvs den förändringspotential som finns hos individ, familj, anhöriga och socialt nätverk.

Välfärdsverksamheter blir principiellt engagerade först när något förhållande inom ett eller flera livsområden behöver förändras/ förbättras/ säkerställas etc men där individen/ familjen själv eller med hjälp av sitt sociala nätverk inte klarar att tillfredsställa detta behov.

I vård, omsorg och behandling räcker det därför inte med kunskap om människors brister och problem, fysiska eller psykiska symptom, utslagingsmekanismer och allmänna elände. Det är minst lika viktigt att få kunskap om människors *resurser* dvs kreativitet, motivation, egen förändringsaktivitet och det sociala nätverkets engagemang.

*Det är först när man känner till både brister och resurser som man kan förstå människors förändringsbehov* – den livssituation som behöver förändras och där de egna insatserna kan behöva kompletteras och egna resurserna utvecklas med extern/professionell hjälp.

Att avsätta tid för att undersöka och utveckla berörda människors resurser är därför mycket väl använd arbetstid. Det är i människors egna resurser man finner förändringspotentialen, både till dessa personers egen utveckling men också till förbättringar av välfärdens verksamhet generellt.

## Att möta behov och leva behovstillfredsställande

Att människors behov vanligen har en cyklisk karaktär innebär att bristtillstånd som tillgodoses oftast utvecklas till nya bristtillstånd som återigen behöver mötas osv.

Denna dialektik, mellan brist och tillfredsställelse, förändring och homeostas, gäller inom många olika områden i människors liv. Mat, sömn, meningsfull sysselsättning, social gemenskap, positiv självuppfattning och hygglig hälsa är exempel på behov som man hade under föregående år, har under innevarande och sannolikt kommer att ha också under kommande år. Inom välfärdsverksamheter kan man därför inte räkna med att behoven går att slutgiltigt 'klara av' och att klienternas/ patienternas/ omsorgstagarnas behov därefter "upphör".

Man kan inte klara av människors behov en gång för alla, de kan inte ersättas av andra behov som eventuellt skulle kunna vara lättare att bemöta och de kan heller inte övertas av någon annan i den aktuella personens ställe. Behov kan i grunden endast mötas av de berörda människorna själva i samspel med andra människor.

Välfärdens syfte är dessutom inte att lösa människors problem ”åt” dem utan att tillsammans med berörda människor bistå dem att stärka sina resurser att möta sina egna behov. I utvärdering inom välfärden kan man därför inte betrakta behov som avklarade eller slutbehandlade. Däremot kan man både undersöka brukarnas livssituation och om berörda människor har kunnat utveckla sina resurser så att de möter behoven på egen hand och därför inte längre behöver välfärdens tjänster. Behoven finns kvar men berörda människor har lärt sig att ’leva behovstillfredsställande’.

## Kunskap om behov kräver dialog

Människor har behov oavsett om de är medvetna om dem och tydligt kan uttrycka dem eller inte. I de problematiska bristsituationer som ofta är förhållanden när människor kommer i kontakt med välfärdens omsorg, vård och behandling bör man därför inte förledas till förenklade banaliteter som att ”kunden alltid har rätt”. Man vet nämligen inte alltid vilka behov man har och även om man kanske anar sina behov kan det ändå vara svårt att formulera dem så att någon annan förstår vad man menar.

Av dessa skäl är det oerhört väsentligt att man i välfärdsverksamheter, så öppet, lyhört, inkännande och respektfullt som möjligt, försöker förstå människors behov så som de oöverskrivet upplevs och uttrycks av dem själva. För genuin förståelse bör man därför söka få tillstånd en dialog mellan berörda människor och professionell personal med kompetens, erfarenhet och personliga mognad. Dialogen skapar förutsättningar för att kunna nyttja den förtroelighet, färdighets-, förtrogenhetskunskap, inlevelseförmåga och empati som utmärker erfarna professionella engagerade välfärdsarbetare. Dialogen ger också möjlighet till metakommunikation - att kunna samtala om samtalet och om det man samtalar om - för ökad klargörande förståelse.

*Dialogformen, där man kommunicerar med varandra, är därför det vägledande förhållningssätt som bör präglade utvärderingens hela behovsanalys.* Dialogformen som grundhållning är också viktig att söka behålla även när behovsanalysen kan behöva kompletteras med andra undersökningsmetoder och även i de fall där konkreta dialogsamtal inte är möjliga att genomföra, exempelvis med små barn, äldre med demenssjukdomar och människor i psykiska förvirringstillstånd och djupa depressioner.



I dialogen mellan berörda människors egna uppfattningar och den välfärds-personalens erfarenhet och inlevelseförmåga kan man tillsammans nå fram till en ökad, breddad och fördjupad förståelse - vilken inte skulle vara möjlig att nå, för klienten respektive personalen, var för sig.

## Behov handlar om människors liv – inte om önskemål om insatser eller efterfrågan på tjänster

Människor har behov - oavsett om det finns verksamheter som kan möta dessa behov och oavsett vilka finansierings- och organisationsformer dessa verksamheter i så fall tillämpar. Det är härvid väsentligt att skilja behoven från önskemål, efterfrågan och konsumtion.

Ett mycket vanligt s.k. 'systemfel' inom olika välfärdsverksamheter är att omdefiniera människors behov till "önskemål om insatser", som exempelvis "behov av" stödsamtal, familjerådgivning, kontaktperson, institutions-placering etc. Detta är insatser som är verksamhetens "medel" och därför inga behov, som alltid har med människors liv att göra.

"Efterfrågan" och "konsumtion" är marknadsekonomiska termer. De påverkas av samspelet mellan önskemål, utbud, reklam och pris samt om detta (oavsett form för betalning) realiseras i faktiska köp av tjänster på en mer eller mindre avreglerad och konkurrensutsatt marknad. Vad man än anser om en sådan marknadsanpassning av välfärden så är det väsentligt att förstå att detta handlar om insatser, verksamhet och pengar – inte om människors behov. Om man i en utvärdering skulle fokusera på önskemål om insatser, efterfrågan och konsumtion skulle man således kunna få en del kunskaper om verksamhet och pengar ur olika aspekter, men fortfarande sakna kunskaper om faktiska förändringar i människors liv.

Välfärdens överordnade syfte är varken att ha en täckande insatsmeny, nöjda kunder eller glada konsumenter - utan att bistå människor att möta reella omsorgs-/förändringsbehov i sina liv.

## Principer för behovsanalys vid integrerad utvärdering

Med hänsyn till den stora komplexiteten i människors behov och ovanstående försök till klarlägganden genomförs sammanfattningsvis behovsanalysen inom modellen för integrerad utvärdering enligt följande principer:

Sökandet efter kunskaper om livssituation och förändringsbehov genomförs i dialogform mellan berörda brukare och professionell personal.

Utvärderingen eftersträvar en helhetsbild genom att berörda människors livssituation och förändringsbehov undersöks inom flera olika livsområden, vilka uppdelas på strukturell-, interpersonell- och individuell nivå.

Behovsanalysen innebär att man *både* undersöker brister i den aktuella livssituationen *och* människors egna resurser att möta dessa förändringsbehov och åstadkomma positiva förändringar i sin livssituation.

Förändringsbehov identifieras och dokumenteras i termer av 'mål för önskad förändring' inom respektive livsområde - för att inte felaktigt sammanblandas med önskemål eller efterfrågan på insatser.

I utvärderingen undersöks om berörda människor har utvecklat resurser att kunna 'leva behovstillfredsställande', vilket inte innebär att behoven upphört, men att de utan välfärdens insatser kan mötas med hjälp av egna, anhörigas och nätverkets resurser.

### 3. VERKSAMHETENS RESULTAT

För att kunna utvärdera en välfärdsverksamhet räcker det inte med kunskap om människors förändringsbehov. Man måste också få kunskap om verksamheten har kunnat medverka till förändringar i berörda människors liv som inneburit att dessa behov i någon form har kunnat mötas.

Vad som egentligen menas med ”verksamhetens resultat” inom välfärdens område är emellertid varken entydigt definierbart eller enkelt att undersöka. Här följer därför ett fördjupat resonemang om begreppets innebörd och hur dessa resultat kan undersökas.

#### Resultat inom välfärd handlar om förändringar i människors liv

Inom modellen för integrerad utvärdering definieras *resultat* som ”effekter och konsekvenser av den bedrivna välfärdsverksamheten i berörda människors inre och yttre livssituation”. ( Sandell –85/-93)

Resultat definieras således här som förändringar i människors liv, vilka i någon mening kan härledas till eller antas bero på eller sammanhålla med den utvärderande verksamhetens insatser.

#### Verksamhetens prestationer är medel – inte resultat

Ovanstående definition klargör att resultat inom välfärd handlar om faktiska förhållanden i människors liv - vilket samtidigt utesluter de felaktiga uppfattningar som sammanblandar välfärdens resultat med verksamhetens drift, budget och prestationer.

Hur och vilka politiska beslut som fattas, hur verksamheten organiseras och planeras, hur man klarar att hålla sin budget, hur ledningen agerar och personalen mår, vilka prestationer som utförs och vad dessa kostar totalt och per styck osv. är i sig viktiga kunskaper för att humant, rationellt och kostnadseffektivt kunna driva en verksamhet. Dock bör man ha klart för sig att detta är verksamhetens medel – inte dess resultat.

### **Verksamhetens mål och medel kan inte samtidigt vara dess resultat**

Resultaten är alltid *effekterna av* verksamhetens medel som får konsekvenser i en verklighet ”utanför” den bedrivna verksamheten - vilket inom välfärd alltid handlar om berörda människors livssituation.

- Mål = det man önskar uppnå, internt och externt
- Medel = vad man gör, samt vem, var, när, hur och till vilka kostnader
- Resultat = reella effekter i verkligheten av verksamhetens aktivitet

Undersökningar som ensidigt fokuserar verksamhetens medel kommer möjligen att ge kunskaper om dessa medel, men man kommer däremot inte att få reda på vad som händer med de berörda människorna, som ju ändå är den grundläggande anledningen till att verksamheten bedrivs.

Faktakunskaper som ensidigt gäller insatser och pengar kommer dessutom principiellt att vara ”värde-lösa”. Man kan nämligen inte veta om en insats är bra eller dålig om man inte känner till dess effekt och man heller inte veta om en insats är billig eller dyr om man inte kan ta reda på vad man fick för pengarna - i form av reella resultat.

*I den integrerade utvärderingen* undersöks därför primärt livssituation, förändringsbehov och faktiska förändringar i berörda människors liv – för att först senare och i aggregerad form försöka analysera om verksamhetens insatser kan kopplas till dessa resultat.

### **Komplexa frågor om förändring**

Definitionen av resultat, som effekter av den bedrivna verksamheten i berörda människors liv, utesluter visserligen sammanblandningar med mål och medel, men innehåller en rad andra frågeställningar runt vad som skapar förändring och ger effekter i människors liv.

Vad är det som gör att människor förändras? Beror det på inre personliga strukturer som förståelse och känslor och/eller på yttre samhälleliga strukturer som levnadsförhållanden och konjunkturen? Sammanhänger förändringar med värderingar, synsätt och paradigmskiftet i samhället och vårdapparaten och/eller med materiella förhållanden kring ekonomi, arbete och bostad?

Handlar förändring om insikt, struktur och handling eller relationer och motivation eller kriser, paradoxer, krav, hot och belöning, - eller alltihop samtidigt? Vilka förändringar sammanhänger i så fall med individens egen aktivitet och vad beror på andras engagemang i familj, nätverk och samhälle?

Hur stor skall en förändring vara och måste den kunna uppmärksammas av någon annan för att var giltig? Finns olika typer av förändring, olika resultat och olika tidsperspektiv i relation till olika målgrupper och verksamheter? Är en förändring av "första ordningen" dvs inom ett systems ramar och spelregler eller av "andra ordningen" dvs överskridande systemets gränser, strukturer och processer?

Kan man veta att en förändring verkligen är genuin och bestående och inte enbart en tillfällighet? Hur kan man vara säker på att en förändring går att härröra ur vissa bestämda insatser och inte istället beror på helt andra förhållanden i de berörda människornas livssituation? Vilka resultat kan i så fall hänföras till den omsorg, vård och behandling som utförts av den utvärderande verksamheten?

Är det överhuvudtaget möjligt att undersöka en verksamhets resultat som effekter av vissa insatser vilka bidrar till förändringar i människors liv?

### Det går att få kunskap om resultaten

Utgångspunkten för den integrerade utvärderingens resultatanalys är att människor får kontakt med välfärdens omsorgs- och behandlingsorganisationer för att få råd /stöd / vård / behandling etc – eftersom man har behov av någon form av vård, omsorg och/eller förändring i sitt liv.

Det är, trots vissa svårigheter och osäkerhetsmoment, både principiellt och praktiskt möjligt att undersöka berörda människors livssituation och förändringsbehov vid en viss tidpunkt och att återkomma vid ett eller flera senare tillfällen för att följa upp dessa förhållanden. Om man härvid undersöker samma livsområden vid dessa uppföljningar, som vid den inledande behovsanalysen, kan man få kunskaper om livssituation, förändringsbehov och de eventuella förändringar som ägt rum under tidsperioden från behovsanalys till uppföljning.

Vid sådana resultatuppföljningar bör man använda samma undersökningsmetodik som vid den inledande behovsanalysen, dvs. i dialog mellan berörda individer och deras familjer och den professionella personalen.

## Helhetssyn med flera livsområden på olika nivåer bidrar till ökad validitet

Det är en fördel om de aktuella livsområdena ger en bred bild av yttre och inre förhållanden. Denna 'helhetsbild' ger mer tillförlitliga kunskaper om de faktiska förändringar som skett - än om man försökt begränsa sig till "exakta mätningar" inom något enstaka livsområde.

Förändringar som samtidigt äger rum inom flera olika livsområden stöder den 'interna' validiteten och reliabiliteten. Om man exempelvis får kunskaper om att en missbrukare fått arbete och bostad, förbättrade relationer med fru och barn samt en mer positiv självuppfattning, så är det rimligt att anta att dessa förhållanden 'samvarierar' och 'stöder' uppgiften om minskat missbruk och därmed ger mer tillförlitliga kunskaper - jämfört med om man enbart haft tillgång till mätningar av den aktuella alkoholkoncentrationen i blodet, men saknat kännedom om livssituationen i övrigt.

## Kunskap om resultat kräver uppföljning.

Resultat som förändringar i människors liv äger alltid rum över en tidsperiod under vilken den aktuella verksamheten utför insatser i förändringsskapande syfte. En enstaka undersökning kan endast ge en "lägesbeskrivning" varför förändringsresultat aldrig kan erhållas genom en enda i tid avgränsad undersökning .

Kunskaper om resultat dvs. om en förändring har skett, kräver därför minst två i tiden skilda undersökningar, där man undersöker "samma saker"/ frågor / livsområden vid de olika tillfällena.

Om det är möjligt att utsträcka tiden genom att göra upprepade uppföljningar under en längre tidsperiod / flera år, ( sk tidsserieanalys) så ökar säkerheten i de erhållna förändringsresultaten.

## Lämplig tid för uppföljning

Den tidsperiod som bör förflyta mellan behovsanalys och uppföljning, för att man med rimlig säkerhet skall kunna veta om förändring har skett och blivit bestående, är varken entydig eller enkel att avgöra.

- Görs uppföljningen ”för tidigt” kan man inte vara säker på om förändringen blir bestående.
- Görs uppföljningen ”för sent” kan även andra insatser och mycket annat ha hänt under mellantiden som påverkar resultaten, men som inte har med den aktuella verksamheten att göra

Dessutom måste man naturligtvis ta hänsyn till verksamhetens art, uppdrag och målgrupp samt berörda människors ålder, livssituation och förändringsbehov. Det kan också finnas juridiskt bestämda tider för omprövning av ärenden där uppföljningen rimligen läggs i anslutning till denna omprövning ”som ändå måste göras”.

Lämplig tid för uppföljning bör därför principiellt avgöras och beslutas inom den aktuella verksamheten.

För att möjliggöra att utvärderingen integreras i ordinarie verksamhetsredovisning/årsbokslut (med planering, budget, drift och redovisning) bör man dock försöka koppla utvärderingen till detta verksamhetsår.

Uppföljning bör därför göras minst en gång om året i respektive ”ärende”.

## Uppföljning efter avslutade insatser

I behandlande verksamheter kan det vara svårt eller omöjligt att få kunskaper om resultaten innan behandlingen är genomförd och det gått en tidsperiod efter att denna avslutats.

I dessa verksamheter är det därför viktigt, i dialog med berörda människor och relativt tidigt i utvärderingsprocessen, att förklara, motivera och överenskomma om tid, form, plats etc för uppföljning efter att behandlingsinsatserna avslutats.

Att man vill följa upp ”hur det går i fortsättningen” och använda dessa kunskaper för att försöka förbättra verksamheten, brukar av berörda människor uppfattas både positivt och logiskt - som ett seriöst och professionellt intresse för att det ska gå bra för dem i livet.

## Ingen lineär kausalitet mellan insats och resultat

Även om man följer ovanstående principer och i dialogform med varje individ/familj genomför upprepade resultatuppföljningar av förändringar inom flera olika livsområden – så återstår emellertid ett dilemma för alla former av utvärdering inom välfärd.

Man kan nämligen principiellt aldrig säkert veta om en viss förändring ägt rum just och enbart på grund av vissa insatser av en viss verksamhet – då det saknas lineär kausalitet dvs. entydiga orsak – verkan - samband mellan insats och effekt. Detta dilemma grundar sig i den stora komplexitet som kännetecknar såväl människors liv och behov som de välfärdsverksamheter vilkas uppgift det är att bistå människor i dessa förhållanden.

Människor är bio-psyko-socio-kulturella/andliga varelser i ömsesidigt samspel med andra människor. Förändringar inom olika livsområden handlar om ömsesidigt påverkande processer mellan och över alla dessa nivåer. Människors levnadsförhållanden, familjerelationer, arbetsliv, sociala kontakter, fritid, kulturaktiviteter, hälsa, självuppfattning osv. påverkar dessutom både varandra och resultaten av eventuella välfärdsinsatser.

Vård, behandling, omsorg, psykosocialt förändringsarbete, psykoterapi etc är också i sig komplexa och långsiktiga strukturer och processer som bedrivs inom ramen för ett mångfacetterat kulturellt, socioekonomiskt, socialpolitiskt etc. samhällsklimat. Ofta är dessutom en rad olika verksamheter aktiva på samma arena och inte sällan genomförs olika insatser parallellt i samma ärende. (Ex: Skolans elevvård, IFO, BUP, Fritid och Polis är inblandade ”samtidigt” i en familj).

Denna stora komplexitet, hos människor, verksamheter och externa påverkansfaktorer, gör det såväl teoretiskt som praktiskt mycket svårt att isolera alla andra inre och yttre strukturer, processer och ”insatser” – utom just den insats vars effekt man vill undersöka.



## Randomiserade kontrollgruppsstudier sällan möjliga

Ett klassiskt vetenskapligt angreppssätt inom logisk-empirisk skolbildning inför svårigheterna att koppla effekter till vissa insatser är att använda en undersökningsdesign med ”kontrollgrupp”.

Med hjälp av en definierad (och helst stor) undersökningspopulation och från början definierad behandlingsinsats söker man här kontrollera och ”matcha” bort alla andra variabler än den som man vill undersöka.

Exempelvis vill man att ålder, kön, civilstånd, arbetsförhållanden, hälsosituation, etc skall vara lika och därmed ”ta ut varandra ” mellan en grupp som får en viss insats och en annan grupp som utgör kontrollgruppen . Det enda som skall skilja grupperna åt är att ”experimentgruppen” får den insats som man specifikt vill studera, medan kontrollgruppen antingen får en annan eller ingen insats alls.

Detta tillvägagångssätt har högt bevisvärde och vetenskaplig status särskilt om man härvid har använt sig av randomisering dvs att man slumpmässigt fördelat klienter/patienter till de olika grupper som ingår i undersökningen. Dessutom kan man försöka undvika oönskade snedvridande förväntans-effekter ( sk bias) genom att de inblandade parterna helst inte skall veta vilken insats som avses ( oftast genom sk dubbel blind – där ex varken läkare eller patient känner till vilka preparat som är verksamma och vilka som utgör placebo).

På grund av den mycket stora komplexiteten i det psykosociala verksamhetsområdet är sådana kontrollgrupper, av teoretiska och praktiska samt ibland etiska och juridiska skäl, sällan möjliga att använda i dessa sammanhang. Särskilt besvärligt blir detta i en utvärdering som integreras i en stor, multidisciplinär, politiskt styrd, ordinarie välfärdsverksamhet, där man på förhand varken kan styra vilka människor som söker hjälp eller kommande insatser och prioriteringar. Det är inte heller möjligt att bedriva vård och behandling i dessa verksamheter utan att känna till vilka insatser som genomförs och inte heller önskvärt att försöka undvika förväntanseffekter. Tvärtom är det oftast förändringsbefrämjande om personalen engagerar sig i berörda människor och hoppas att det skall gå bra för dem i livet.

Randomiseringen dvs den slumpmässiga klientfördelningen mellan undersökningsgrupperna, samt kontrollen av insatserna, innehåller förutom praktiska svårigheter även vissa logiska problem, vilka förvånansvärt sällan uppmärksammas inom denna logiskt empiriska skola.

Det är inte etiskt försvarbart att låta en grupp få en god behandling medan en annan grupp, för att utgöra kontrollgrupp, får en sämre behandling eller ingen alls. Ett etiskt försvarligt tillvägagångssätt är härvid att antingen jämföra med en grupp som får den ”hittills kända bästa behandlingen” eller att man väljer mellan två behandlingar där man inte vet om den ena behandlingen är bättre än den andra. Detta förhållande är dock i praktiken mycket sällsynt då det så gott som alltid är någon icke-slumpmässig anledning till varför man väljer en viss insats för en viss klient – oftast att man faktiskt hoppas och tror att det man väljer är det bästa och mest passande för just den personen/målgruppen.

Den bakomliggande tanken med kontrollgrupper är ju att en rad olika faktorer skall kunna kontrolleras så att det enda som skiljer mellan grupperna är den studerade insatsen. För att det skall vara möjligt att dra hållbara slutsatser ur ett sådant material räcker det därför inte med att kunna kontrollera grupperna tidsmässigt ”bakåt”, gällande bakgrundsfakta som ålder, kön, civilstånd, hälsoläge etc - vilket oftast är möjligt att åstadkomma genom tillräcklig volym på den undersökta populationen.

Det krävs dessutom att man kan kontrollera grupperna tidsmässigt ”framåt” så att de inte utsätts för en rad olika icke önskade behandlingsinsatser eller andra former av påverkan (ex från anhöriga) utöver de som skall studeras – vilket i princip alltid inträffar i verkligt behandlingsarbete inom välfärdsvärdet. Om sedan bortfallet med oavslutade behandlingar blir olika mellan experiment- och kontrollgrupp (vilket det vanligtvis blir) så hamnar man till slut i en situation där man visserligen startade med ”lika” grupper men nu skall dra slutsatser ur jämförelser mellan grupper som i praktiken hunnit bli väldigt olika under den tid som undersökningen pågått.

Det som härvid återstår för att betraktas som godkända studier enligt denna skolbildning är antingen rent experimentella studier där allt kan kontrolleras hela tiden eller att man med hjälp av avancerade statistiska program justerar och ”rättar till” förhållandena i de studerade grupperna så att man får ”statistiskt jämförbara grupper” (även om de inte längre är lika i verkligheten).

Genom sina alldeles speciella förutsättningar gällande fokusering, undersökningspersonal, specialutbildning, etc och/eller statistiskt manipulerade förhållanden, blir därför dessa undersökningar oftast relativt verklighetsfrämmande och därmed svåra att tillämpa i vanlig ordinarie välfärdsverksamhet. Sannolikheten är därmed begränsad för att de slutsatser som skulle kunna dras ur dessa traditionellt rekommenderade designer enkelt går att överföra till faktisk välfärdsverksamhet.

Undersökningar med randomiserade kontrollgrupper inom det mångfacetterade psykosociala området ger således, bortsett från de etiska, teoretiska, juridiska och praktiska komplikationerna, sällan kunskaper som direkt kan implementeras i reellt välfärdsarbete.

Om det däremot både skulle vara etiskt och juridiskt försvarbart och praktiskt genomförbart inom något avgränsat sammanhang, finns det i sig inga ideologiska och forskningsmetodologiska hinder för att bedriva kontrollgruppsstudier inom ramen för integrerad utvärdering.

## Tidsdimensionens och självläkningens betydelse

Det som i vid bemärkelse kan uppfattas som resultat av olika välfärdsverksamheter kan således både bestå av olika planerade och förväntade effekter samt av icke-förväntade eller icke-avsedda effekter som i någon form kan kopplas till olika kontrollerade och icke-kontrollerade insatser, vilka under en mer eller mindre avgränsad tid, har utförts av såväl professionella som civila aktörer samt naturligtvis även av de berörda människorna själva. Gemensamt för alla dessa "resultat" är att förändringar ägt rum under en tidsperiod då olika insatser utförts. Tidsdimensionen blir därför betydelsefull i alla former av resultatanalyser.

I vissa utvärderingar måste uppföljning av olika skäl göras långt efter de planerade insatserna genomfördes eller vissa levnadsbetingelserna förelåg. Ju längre tid som gått från det att insatsen genomfördes till dess att resultatet undersöks, desto svårare är det att avgöra vad som är "orsaker" till vilka effekter - då mycket annat kan ha hänt under mellantiden. I kontrollerade experimentella studier försöker man därför via genomtänkt utvärderingsdesign att styra hela processen - från "före" insatserna till resultatuppföljningen "efter" att dessa insatser avslutats.

I många sk kvasiexperimentella utfalls (outcome-) analyser, där man vill jämföra liknande grupper som fått olika insatser eller grupper med olika levnadsbetingelser vilka fått "samma" behandling, måste däremot uppföljningen ibland genomföras långt i efterhand. Exempelvis kan man vilja jämföra en grupp vuxna som fick institutionsbehandling som barn med en liknande grupp vuxna som inte fick denna behandling, eller så vill man jämföra de barnpsykiatriska resultaten med ungdomar vilka utlandsadopterades som barn, med en annan grupp ungdomar vilka inte adopterades som barn men som i övrigt hade liknande problem och levnadsförhållanden och fick "samma" barnpsykiatriska behandling. I sådana utvärderingar, där det förflyter långa tidsperioder från det att insatserna genomförs till dess att effekterna studeras, får naturligtvis tiden i sig en extra stor betydelse.

Det kan då vara mycket svårt att avgöra vilka förändringar som kan kopplas till behandlingen och vad som exempelvis är konsekvenser av den personliga mognad som alla människor genomgår under sin barndom, uppväxt och vuxenliv. En rad andra faktorer tillkommer dessutom efterhand - som förändrade familjeförhållanden, olika utbildningar och yrkesarbete, egen familjebildning, barn, skilsmässor, socialt nätverk etc samt en mängd andra insatser och påverkande förändringar i samhälle, kultur och välfärd.

I många mänskliga problemsituationer förekommer också något som brukar benämnas som ”sjävläkning” - där personer förändras eller tillfrisknar på egen hand, av sig själva utan att någon planerad behandling genomförs. Sådana självläkningsprocesser handlar troligen om sammansatta och ömsesidigt påverkande mönster av självinsikt, handling, motivation, tillväxt, utveckling och mognad, systemförändringar i familj och socialt nätverk, möten med signifikanta människor samt en rad kontextuella förändringar. Till den komplexa bilden runt sjävläkning hör dessutom att man aldrig kan bli frisk ”åt” någon annan eller genomgå behandling i någon annans ställe. I djupare bemärkelse och oavsett åkomma och insatser existerar egentligen ingen annan läkning än ”sjävläkning”.

I alla utvärderingar oavsett design bör man därför förhålla sig ödmjuk inför svårigheterna att avgöra de verkliga orsakskedjorna och sambanden bakom erhållna resultat. Vad i förändringen är naturlig mognad, vad är sjävläkning, vad är konsekvenser av icke-planerade insatser och händelser - och vad är egentligen ”behandlingsresultat” ?

Av dessa tidsberoende förändringsorsaker finns därför logiska anledningar att inte vänta alltför långa tidsperioder innan uppföljningar sker. Utvärderingen bör istället om möjligt genomföras med regelbundna uppföljningar som följer processen i relationen mellan brukare och olika välfärdsinsatser - med flera uppföljningar efter varandra i form av en s.k. tidsserieanalys.

Berörda människor är naturligtvis med logisk nödvändighet alltid själva inblandade, aktiva och engagerade i sina egna liv och de förändringar som sker. Det finns goda logiska skäl för att i utvärderingens insatser inte försöka blunda för detta uppenbara faktum. Istället bör man därför i de ”insatser” som utvärderas även försöka inkludera berörda människors egna resurser och egenaktivitet samt engagemang från anhöriga och socialt nätverk.

## I välfärden kan inga avvikare sorteras bort

När man sammanställer resultat av aggregerade uppföljningar för en viss grupp människor så måste dessa resultat oftast sammanfattas på något sätt, exempelvis i form av ett medelvärde. Om det då i denna målgrupp förekommer extra avvikande / störda / ovanliga personer så kan dessa enskilda "avvikare" påverka detta medelvärde i betydligt högre utsträckning än vad de egentligen numerärt representerar. Ju mindre undersökningsgrupp som används desto större blir dessa avvikares proportionella snedvridande effekt. I en experimenterad studie kan man hypotetiskt tänka sig att dessa avvikare sorteras bort redan ur undersökningspopulationen och vid kvasiexperimentella studier kan de ibland tas bort i efterhand med statistiska metoder.

I det ordinarie välfärdsarbetet ingår emellertid alltid dessa avvikare i verksamhetens helhet och kan naturligtvis inte sorteras bort - varken av etiska humana, juridiska eller praktiska skäl. Om man vill utvärdera hela denna välfärdsverksamhet så innefattas därför samtliga brukare i undersökningen med alla sina avvikelser, behov, bekymmer, förtjänster och egna resurser.

Vid en utvärdering som integreras i ordinarie välfärdsverksamhet ingår således alla berörda brukare i databasens sammanlagda utvärderingspopulation. Utifrån medvetenhet om dessa förhållanden bör man vara försiktig och inte använda alltför små målgrupper i försök att dra generella slutsatser

## Bortfall – i vilken mening och av vilken anledning ?

Människor i behandling väljer ibland, mer eller mindre medvetet och planerat, att avbryta pågående insatser genom att hoppa av, inte återkomma, sabotera, flytta, rymma osv. - av en mängd olika anledningar inuti, utanför och i relation till de berörda personerna. Oavsett anledning utgör dessa avbrott ett *bortfall* i den aktuella utvärderingens uppföljning. Detta bortfall, vilket ofta oreflekterat brukar betraktas som något oönskat, kan ha många olika betydelser och fylla flera olika funktioner i ett bredare och längre tidsperspektiv.

I de flesta behandlingssammanhang är det oftast negativt med avbrutna insatser då planerade åtgärder och uttänkt behandling av olika anledningar inte kan slutföras. Detta tolkas härvid ofta som uttryck för olika former av "motstånd" och "försvar", ex mot att behöva förändras, bli medveten, möta sin smärta, besvikelse, egna svek, livets meningslöshet etc.

Ibland borde man dock kanske snarare tolka avbrutna insatser helt annorlunda och i grunden positivt – som uttryck för människors självständiga beslut att klara sig på egen hand. Vilket som är fallet får man kanske inte någonsin eller först långt senare, kunskap om.

Traditionella utvärderingar som försöker studera utfallet av en enskild insats i taget eller av ett avgränsat och definierat behandlingsprogram blir mycket påverkade och sårbara för avbrutna insatser - eftersom man begränsar sin studie av insatser till just detta program. Vid sådana ”drop-outs” måste man därför lägga mycket energi på att undersöka detta bortfall genom att på något sätt ändå försöka få tag i dessa personer eller på annat sätt få kunskaper om vad som var anledningen till avbrottet och vad som hände efteråt. Detta är ofta både svårt och tidskrävande samt kan dessutom i sig vara förändringspåverkande med snedvridande resultat effekter, sk. bias, som följd.

Sammantaget påverkar således dessa avbrott resultatens trovärdighet i traditionella utvärderingar och försämrar möjligheterna att dra några säkra slutsatser ur den undersökningsgrupp som återstår efter alla bortfall från det specifikt studerade programmet.

I en integrerad utvärdering med ambitionen att undersöka alla insatser och resultat gällande verksamhetens samtliga brukare, uppkommer emellertid inte alls detta dilemma i samma utsträckning. Brukare kan nämligen mycket väl vara ”avbrytare” eller ”avhoppare” från enskilda insatser och behandlingsprogram - utan att man därmed automatiskt har avbrutit kontakten med hela den samlade välfärdsverksamheten (och därmed utgår ur hela den generella uppföljningen). Det är i själva verket både vanligt och rimligt att enskilda insatser och program av olika anledningar avbryts, för att istället ersättas av andra insatser som av olika skäl kan vara mera lämpliga, önskade, adekvata och anpassade till andra viktiga levnadsförhållanden.

I seriös välfärdsverksamhet ”i verkliga livet” kan man naturligtvis inte heller tvinga en behövande människa att till varje pris fullfölja ett visst program, som kanske inte fungerar eller av andra anledningar är olämpligt för aktuell person, bara för att detta program ingår i en utvärdering ( som dessutom oftast styrs av andra än de som är behandlingsansvariga ). I varje enskilt ärende måste omsorgen och behandlingen flexibelt anpassas till de enskilda personernas faktiska och föränderliga livssituation samt de insatser användas som verkar ha de för tillfället största möjligheterna att bidra till positiva förändringar.

Inom välfärden kan man heller inte ”låtsas” att andra insatserna inte förekommer, även om dessa insatser inte ingår bland de insatser som studeras i den aktuella utvärderingen.

I en integrerad utvärdering utgör detta ett betydligt mindre bekymmer då den behandlande välfärdsarbetaren också är den kunskapsinsamlande fältförlagda utvärderaren i dialog med berörda brukare. Detta innebär att man har mycket bättre möjligheter att få kunskaper, både om andra insatser och om den fortsatta utvecklingen i berörda människors liv. Man kan således mycket väl vara ”avbrytare” av enskilda behandlingar utan att man därmed är avhoppare från hela välfärdsverksamheten - och så länge man lever utgör man i alla fall inte något ”bortfall” från sitt eget liv. Det är därför betydligt mera verklighetsnära och mindre sårbart om utvärderingen inte begränsas till en insats eller ett program i taget, utan istället inkluderar så många genomförda insatser som möjligt inklusive brukarnas egen aktivitet.

### Utfall – med eller utan bortfall ?

I generell bemärkelse har man således i utfallsanalyser, vid ett tidigare tillfälle, ”före” de aktuella insatserna, undersökt berörda människors livssituation och förändringsbehov inom olika livsområden. Därefter har man vid ett senare tillfälle, ”under tiden” och/ eller ”efter” dessa insatser, genomfört en eller flera uppföljningar där man på nytt undersökt berörda människors livssituation inom samma livsområden. Dessutom har man, för att det skall vara möjligt att koppla insatser till eventuella effekter, undersökt vilka olika insatser som genomförts under den tid som förflutit från ”före” till ”efter”.

Vid dessa uppföljningar, samt när dessa kunskaper från en mängd enskilda ärenden skall aggregeras till mer generaliserbara kunskaper på målgruppsnivå, kan man gå tillväga på några principiellt olika sätt beroende på hur man hanterar uppföljningens bortfall.

Antingen kan man välja den till synes enkla vägen att enbart följa upp de personer som är kvar från den ursprungliga undersökningsgruppen dvs utan de personer som fallit bort på vägen ( ett tillvägagångssätt som ibland används både vid mer eller mindre experimentella undersökningar med kontrollgrupp och vid longitudinella uppföljningar i efterhand ). Detta förfarande underlättar givetvis det preliminära genomförandet men har dels nackdelen att man varken vet vad som orsakade bortfallet eller hur det gått för dessa personer i fortsättningen, dels att målgruppens storlek minskar i proportion till bortfallet. Skall den fortsatt utvecklingen undersökas, också för de personer som utgör detta bortfall, står man inför relativt besvärliga bortfallsanalyser eventuellt kompletterade med separata studier och åtföljande svårigheter att få tag i berörda personer etc.

Eller så utgår man från vissa specifika kriterier när man väljer ut målgruppen för utvärdering. Vid en senare uppföljnings-aggregering väljer man en ny ”motsvarande målgrupp” ur den aktuella verksamheten, vilken överensstämmer med de ursprungliga urvalskriterierna. Detta ger nackdelen att man inte vet hur det gick för dem som föll bort. Dessutom kan man inte veta vilka av de personer som ingår i den nu aktuella uppföljningsgruppen, som också ingick i den ursprungliga ”startgruppen”, vilket gör att man inte kan få kunskaper om vad som hände med just dem som var med från början. Samtidigt kan emellertid en välfärdsverksamhet ha nytta av att kunna följa den ”generella utvecklingen” av insatser och effekter i en ”generell målgrupp”, dvs hur verksamhetens olika insatser och målgruppens livssituation inom olika livsområden förändras över tid. Exempelvis kan verksamheten vara intresserad av hur insatser i och effekter av behandlingsarbetet med en generell ungdomsgrupp (ex med vissa familjförhållanden och problematik som varit föremål för vissa generella samhällsåtgärder) utvecklas över åren.

I den integrerade utvärderingen har flera av dessa dilemman kunnat mötas genom att modellens IT-stöd dels medger flexibla val av målgrupp ur den samlade undersökningspopulationen, dels gör det möjligt att välja tidsperiod samt att ange om man i den uppföljda målgruppen avser ärenden med pågående och/eller avslutade och/eller avbrutna insatser.

Det blir härvid möjligt att dels följa den ursprungliga gruppen och de individer som är kvar i denna grupp vid tiden för uppföljningen. Dessutom kan man jämföra denna grupp med det man nu vet om den grupp som avbrutit ett visst behandlingsprogram – då denna ”avhoppargrupp” även fortsättningsvis med stor sannolikhet ingår i den integrerade utvärderingens uppföljning. Det blir även möjligt att jämföra den ursprungliga målgruppen med den ”sammanlagda” grupp som utgörs av både de som är kvar och de som avbrutit en viss insats. Slutligen blir det också möjligt att följa de generella levnadsförhållandena, insatserna och effekterna i generella målgrupper över längre tidsperioder

## Urval – slumpmässigt representativt eller styrt reellt ?

När man i traditionella undersökningar använder begreppet ”urval” så avses vanligen att man mer eller mindre slumpmässigt valt ut en viss numerärt avgränsad grupp som skall representera en oftast betydligt större population ur vilken denna grupp valts ut. Detta får till följd att man, oftast med hjälp av olika statistiska metoder, måste försöka bedöma sannolikheten för att detta slumpmässiga statistiska urval verkligen representerar de förhållanden som gäller för hela populationen.



I den integrerade utvärderingen sker emellertid urvalet av målgrupp på ett principiellt annorlunda sätt – styrt och reellt.

I modellens resultatanalys utgår man från samtliga ingående ärenden i verksamhetens integrerade utvärdering. Bland dessa utväljs en specifik målgrupp genom att man anger ett antal urvalskriterier, vilka hämtas ur berörda personers bakgrundsförhållanden och ur de insatser som varit aktuella för denna målgrupp, inom angiven utvärderingsperiod med viss ärendestatus.

Detta innebär att man inte väljer ett statistiskt representativt urval utan att man gör ett *styrt reellt urval* – av just de faktiska personer, ur den sammanlagda verksamheten inom angiven utvärderingsperiod, som har de förhållanden som anges av valda kriterier. Den målgrupp som härvid utväljs är således den faktiska avgränsade totalgrupp verkliga personer som har just dessa förhållanden och som därför inte representerar några andra än sig själva.

Om det exempelvis under en utvärderingsperiod finns 37 ungdomar i kommunen med viss familjebakgrund som fått en viss insatskombination, så består den valda målgruppen av just dessa 37 ungdomar, varken färre eller fler, vilka utgör den ”totalgrupp” personer som överensstämmer med dessa urvalskriterier.

Sammantaget innebär detta förfarande att bortfallet begränsas och att resultatens säkerhet ökar samtidigt som man inte heller behöver beräkna sannolikheter och felmarginaler för olika utfall. Den integrerade utvärderingen redovisar således resultat gällande en reell målgrupp och beskriver vad som faktiskt hänt just dessa utvalda faktiska personer – i verkligheten.

## Principer för resultatanalys vid integrerad utvärdering

Med hänsyn till den komplicerade innebörden i begreppet ”resultat” och att utvärderingen skall byggas in i en ordinarie, diversifierad, komplex och pågående välfärdsverksamhet, genomförs den integrerade utvärderingens resultatanalys enligt följande principer:

**Resultat** definieras som ’effekter av den bedrivna välfärdsverksamheten i berörda människors inre och yttre livssituation’. Om förändringsbehov har uttryckts i form av ”mål för önskad förändring” kan resultatanalysen dessutom undersöka om dessa mål har förverkligats i form av ’måluppfyllelse’.

Detta innebär samtidigt att resultat inte får sammanblandas med verksamhetens medel; drift, budget, prestationer, personalsituation etc. Resultat handlar således inte primärt om vad som händer inom verksamheten, med personal och pengar - utan om vad som händer i de berörda brukarnas liv.

Effekterna i människors liv undersöks i inom flera olika livsområden (desamma som vid behovsanalysen) i strävan efter en helhetsbild som ökar kunskapens validitet och säkerhet.

Uppföljningar genomförs integrerade i det ordinarie arbetet, i dialog mellan professionell personal och berörda människor och med samma förhållningssätt som vid behovsanalysen.

Lämplig tid för uppföljningar bestäms av den lokala verksamheten då tidsperspektivet bl.a. styrs av verksamhetens syfte, uppdrag, juridik, politik och berörda målgruppers livssituation.

Resultaten bör helst undersökas i form av en sk tidsserieanalys, med flera på varandra följande uppföljningar.

För säker kunskap om resultatens varaktighet krävs oftast fortsatta uppföljningar även efter det att insatserna i respektive ärende har avslutats.

Utvärderingen bör inte avgränsas till enstaka insatser eller program utan bör istället omfatta så många faktiskt genomförda insatser som möjligt samt även inkludera de berörda människornas egna resurser och egenaktivitet samt engagemang från anhöriga och nätverk.

Vid integration i ordinarie välfärdsverksamhet kan alla berörda brukare med alla brister och förtjänster ingå i databasens sammanlagda utvärderingspopulation - vilket samtidigt förstärker modellens principiella försiktighet i att inte försöka dra generella slutsatser ur alltför små målgrupper.

Modellens dataprogram medger flexibla val av målgrupp ur den samlade undersökningspopulationen, genom att urvalskriterier kan hämtas både ur berörda personers bakgrundsförhållanden och genomförda insatser, och där man även kan ange utvärderingsperiod samt om målgruppen omfattar ärenden med pågående och/eller avslutade och/eller avbrutna insatser.

De flexibla valen av målgrupp, utvärderingsperiod, analysperspektiv och resultatdimensioner, gör det i sin tur möjligt att:

- följa den ursprungliga målgruppen med kvarvarande personer fram till senaste uppföljning
- jämföra den del av gruppen där insatser avslutats med den del där insatser fortfarande pågår
- jämföra den ursprungliga målgruppen med den ”sammanlagda” grupp som utgörs av ärenden med avslutade, pågående och avbrutna insatser vid tiden för senaste uppföljning,
- följa levnadsförhållanden och förändringsbehov samt verksamhetens generella insatser och effekter i mera ”generella målgrupper”, mellan olika år och över längre tidsperioder.

Dilemmat med att undersöka och förstå vilka insatser som ger vilka effekter löses inte primärt genom randomiserade kontrollgruppsstudier utan genom mer komplexa *mönsteranalyser* – där man för de valda målgrupperna kan studera mönster av insatser som bidragit till olika grad av måluppfyllelse.

Mönsteranalyser behandlas ur olika aspekter både i Del II och IV.

Modellens IT-stöd redovisas mera utförligt i Del III, IV och Appendix.



# DEL II

## TEORI OCH METOD

---

*Del II* definierar begreppet utvärdering samt presenterar den integrerade utvärderingsmodellens teori och metod i en genomgång av en rad ställningstaganden gällande

- vad som kan utvärderas, i vilket syfte och enligt vilka värderingar, ur vems perspektiv och i vilket kunskapsintresse
- rollen som kunskapsinsamlare specifikt i egen verksamhet
- processanalyser och lägesbeskrivningar
- mönsteranalyser för indikationer på verksamma insatser
- generella och specifika krav vid integrerad utvärdering
- koppling till brukarmedverkan, forskning, teorier, kvalitet, evidens, lärande organisation, IT-stöd och välfärdsintegrering

Denna del bör läsas för förståelse av den integrerade utvärderingens grundsyn och kan användas för introduktion och utbildning inom verksamheten.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell, Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9



## 4. VAL AV TEORI OCH METOD

För att förklara tankarna med modellen för integrerad utvärdering presenteras här en översikt av vad som menas med utvärdering, vad som kan utvärderas, inom vilken kontext och i vilket syfte samt av vem, ur vilken position som kunskapsinsamlare och i vilket kunskapsintresse. Under respektive avsnitt redovisas den integrerade utvärderingsmodellens ställningstaganden.

För analog översikt av modellens - se Bildspel – separat nedladdning  
För ett mera problematiserande, kritiskt jämförande och litteraturkopplat resonemang – se Sandell: ”Psykosocialt förändringsarbete” Del I, Kap.5 om vetenskapsteori.

### Definition av utvärdering - med hög ambitionsnivå

Utvärdering handlar i grunden om att värdera betydelsen, effekten eller förtjänsten av olika beslut, metoder, insatser eller verksamheter genom att undersöka och förtydliga någon form av förändring, fördelning, gradering, eller rangordning.

I denna generella grundbemärkelse kan utvärdering av verksamheter principiellt och oavsett verksamhetsområde definieras som ”att undersöka och värdera *effekter* och konsekvenser av bedrivna verksamheter, fattade beslut och genomförda insatser”.

Med ökad ambitionsnivå kan emellertid utvärderingens intention fördjupas varvid denna generella definition av utvärdering ytterligare kan förtydligas – enligt följande resonemang.

Välfärdsverksamheter fokuserar alltid i något avseende ”berörda människor” dvs. de personer som inom olika verksamheter betecknas som brukare, klienter, omsorgstagare, patienter, elever etc. samt i förlängningen deras familjer, anhöriga och sociala nätverk.

Inom välfärdsverksamheter kan därför denna definition av utvärdering förtydligas till att undersöka och värdera effekter och konsekvenser i berörda *brukares liv* av bedrivna verksamheter, beslut och genomförda insatser.

Förändringar, som effekter av insatser, kan naturligtvis först undersökas ”i efterhand”, när dessa insatser väl har genomförts. Vilka förändringar som har skett blir dock inte möjliga att undersöka och förstå utan att ha kunskaper om hur situationen var innan insatserna genomfördes.

Berörda människors livssituation, ”före” respektive ”efter” dessa insatser, måste därför i någon form undersökas för att det skall vara möjligt att se vilka förändringar som ägt rum under denna tidsperiod.

Den grundläggande anledningen till att välfärdsverksamheter bedrivs är att människor har en livssituation med omsorgs-/behandlings-/ förändringsbehov inom ett eller flera livsområden som man inte klarar att möta med enbart egna resurser hos individ, familj och nätverk. För att möta behoven och åstadkomma positiva förändringar behöver de egna insatserna kompletteras med välfärdsverksamhetens insatser. Välfärdsverksamhetens förmåga att bistå människor att möta dessa förändringsbehov till utveckling av egna resurser och förbättrad livssituation kan betecknas som verksamhetens *nytta*. ’Totalkvalitet’ och ’faktisk effektivitet’ kan här ses som synonyma begrepp.

Utvärdering i en välfärdsverksamhet kan härvid öka ambitionen, från att enbart studera förändringar i sig, till att också försöka se om dessa förändringar har skett i enlighet med människors behov dvs. att undersöka och värdera om verksamhetens insatser har bidragit till förändringar som möter förändringsbehov till *nytta för berörda brukare*.

För att kunna bedöma om verksamheten har varit till nytta för berörda människor måste man dessutom jämföra och reflektera över hur erhållna resultat, gällande faktiska förändringar och behovstillfredsställelse, förhåller sig till verksamhetens överordnade *syfte*. Verksamhetens syfte uttrycker det som är huvudanledningen, den ursprungliga meningen och avsikten med att bedriva denna verksamhet. Syftet kan härmed betraktas som en förhoppning om att insatserna skall göra nytta dvs. leda till resultat som möter brukarnas förändringsbehov. Dessa *förändringsbehov* kan i välfärdsverksamheter uttryckas som *mål för önskad förändring i berörda människors liv*.

Utvärderingens ambition kan härvid utökas till att undersöka om de genomförda insatsernas resultat i realiteten har bidragit till *nytta för berörda människor som överensstämmer med dessa mål* för önskad förändring. Exempelvis kan syftet med en behandlingsverksamhet för missbrukare uttryckas som en ambition och förhoppning att de berörda missbrukarna skall utveckla sina personliga resurser till att kunna leva mera självständigt och ansvarsfullt med minskat missbruk, förbättrade familjerelationer, egen bostad, meningsfull sysselsättning och aktiv fritid.



Utvärderingen kan härvid försöka undersöka om verksamhetens insatser i realiteten har varit till nytta för berörda människor genom att ovanstående mål för önskade förändringar har förverkligats i deras liv. Utvärdering med denna högre ambitionsnivå inom välfärdsverksamheter kan således definieras som att undersöka *nyttan* av genomförda insatser i berörda människors liv samt värdera hur denna reella nytta *förhåller sig till verksamhetens syfte*.

I utvärdering inom välfärdsverksamheter blir det därför också väsentligt att klargöra mot vilket överordnat syfte som utvärderingsresultaten skall värderas. Inom välfärden föreligger nämligen ibland flera konflikterande syften, vilka kan vara både omsorgsrelaterade, insiktsskapande och frigörande men också samhällsanpassande och tyvärr även förtryckande.

Modellen för integrerad utvärdering bedrivs öppet deklarerat i enlighet med välfärdslagstiftningens grundsyn och inordnas under välfärdsverksamheternas överordnade syfte - att bistå berörda människor att möta sina förändringsbehov till förbättrade levnadsförhållanden och utveckla sina resurser att leva behovstillfredsställande med självbestämmande och eget ansvar.

Begrepp som "outcome-studies" och "evidensbaserad" kunskap syftar primärt på den första ambitionsnivån och fokuserar huvudsakligen på vetenskapligt "bevisade" resultat av vissa metoder för vissa målgrupper samt om och hur dessa resultat kan omsättas i rekommendationer för klinisk praktik.

Det bredare begreppet utvärdering / evaluering bör även inkludera nästa ambitionsnivå, där nyttan värderas i förhållande till verksamhetens syfte och kunskaperna återförs både till pågående förändringsarbete och till mera långsiktig kvalitetsutveckling av verksamheten.

### ***Integrerad utvärdering***

undersöker om verksamhetens insatser har bidragit till förändringar inom olika livsområden som möter brukarnas behov av omsorg / stöd / behandling /förändring och därmed är till nytta för brukarna

söker värdera denna nytta i relation till verksamhetens överordnade välfärdssyfte, att bistå brukarna i utveckling av egna resurser till ett behovstillfredsställande liv

återför erhållna kunskaper till verksamhetens förändringsarbete och långsiktiga kvalitetsutveckling som ytterst skall komma brukarna tillgodo

## Vad kan utvärderas och vad görs ?

Inom välfärdsverksamheter är det flera principiella förhållanden som kan utvärderas, även om dessa fokuseringar kan förekomma olika frekvent.

**Genomförandet av beslut gällande verksamhetsinterna medel dvs. personal, pengar, lokaler, administration samt utförandet av verksamhetens olika prestationer.**

Det förekommer en mängd utvärderingar som avgränsas till verksamhetens medel och prestationer och som därför endast erhåller kunskaper om vad som utförs internt inom verksamheten. Exempelvis kan en verksamhet besluta om en ny vårdform inom ungdomsarbetet. Detta beslut kan utvärderas genom att ex undersöka om lokal anskaffats, personal anställt och arbetet planerligt igångsatts med ett antal ungdomar samt med redovisning av vilka prestationer i form av utredningar, möten, beläggning, behandlingar som utförts under aktuell tidsperiod och kostnaderna för dessa aktiviteter.

Vid utvärdering av verksamhetens interna medel och prestationer får man således en del kunskaper om det aktuella projektet. Däremot får man inget veta om de berörda klienternas livssituation och om eventuella förändringar motsvarar uppsatta mål och möjligen sammanhänger med genomförda insatser. Dessa kunskaper liknar i mycket den ordinarie verksamhetsredovisningen och det kan diskuteras om sådana undersökningar egentligen skall betecknas som ”utvärdering” eftersom man varken får kunskaper om resultat i brukarnas liv eller koppling mellan insatser och effekter.

**Berörda brukares upplevelser och erfarenheter av bemötande, service och samarbetsrelation.**

Det finns en stor mängd utvärderingar som undersöker brukarnas upplevelser av bemötande och behandling, dels i mera ytliga nöjd-kund-enkäter, dels i mera djuplodande individ- och gruppinriktade intervjuundersökningar inom samhälls- och vårdvetenskap samt genom olika kreativa metoder i samband med kvalitetsutvecklingsprojekt.

Brukarnas upplevelser av service och förhållningssätt är viktiga kunskaper vilka dock primärt fokuserar vad brukarna anser *om*, snarare än effekterna *av*, denna verksamhet.

**Genomförandet av olika professionella insatser och metoder gällande utredning, stöd, omsorg och behandling inriktade på individer, familjer och målgrupper.**

Om man är intresserad av effekterna av specifika insatser, exempelvis en viss behandlingsmetod för familjearbete, kan detta verka relativt enkelt att undersöka ex genom att vid en uppföljning med familjen fråga dem om förändringar i olika avseenden och vad de anser om bemötande och erhållen behandling. Resultaten kan dock ge en bedräglig kunskap. Då det inte finns några entydiga orsak-verkan-samband mellan insats och effekt och då människors liv är komplexa och mångfacetterade och samma familj ofta kan få en mängd olika insatser samtidigt, uppkommer svårigheter i att undersöka om det just är den aktuella metoden som lett till eventuella förändringar.

Utvärderingar som kopplar effekter till insatser förekommer främst inom evidensbaserade kontrollgruppsstudier ex inom den omfattande medicinska forskningen samt i begränsad utsträckning inom hermeneutiskt influerad samhälls- och vårdvetenskap.

**Bedrivandet av verksamheten i sin helhet, innefattande alla insatser till samtliga personer och målgrupper som berörs av välfärdsverksamheten**

Om man vill få ökade kunskaper om brukares livssituation och förändringsbehov och förstå vilka insatser som ger vilka effekter i hela den stora diversifierade ordinarie välfärdsverksamheten, exempelvis inom socialtjänsten i en kommun eller habiliteringsverksamheten i ett län, blir detta oftast mycket omfattande och komplicerade projekt vilka kräver analyser av förklarande samband i de samlade kunskaperna från brukare, insatser och resultat.

Utvärderingar i ordinarie välfärd, vilka på dessa sätt försöker hitta samvariationer och samband mellan insatser och effekter i hela den samlade välfärdsverksamheten, saknas i stort sett helt, både i norden och internationellt.

**Social- och vårdpolitiska beslut och satsningar inom olika välfärdssektorer med reflektioner över samhällsutveckling och samhällsnytta.**

Det är också möjligt att utvärdera verksamheten genom att undersöka effekter av organisationsförändringar eller mer externa social- och vårdpolitiska beslut. Om man då nöjer sig med att undersöka själva organisationen i olika interna avseenden före och efter dessa förändringar begränsas givetvis kunskaperna till dessa förhållanden.

Om man även vill veta vilka effekter dessa organisationsförändringar eller socialpolitiska beslut har fått på möjligheten att förverkliga verksamhetens syfte, måste man dels undersöka berörda människors livssituation, behov och resurser före och efter dessa förändringar, dels analysera samvariationer mellan dessa organisationsförändringar och socialpolitiska beslut och eventuella förändringar i berörda människors liv. Här finns en omfattande utvärderingstradition inom forskningsområden som pedagogik, juridik, statskunskap, ekonomi etc. vilka oftast studerar olika verksamhetsinterna förhållanden men mera sällan söker utvärdera effekter och nytta för brukarna.

Även konsekvenser av yttre händelser som inträffat utanför den aktuella verksamheten är möjliga att undersöka. Exempelvis kan man studera konjunkturförändringars effekter på olika gruppers ekonomi och hur detta påverkar socialtjänstens handläggning av ekonomiskt bistånd. Här saknas dock ett avsiktligt välfärdssyfte att värdera emot varför denna i sig viktiga kunskap knappast kan betraktas som utvärdering.

Sammanfattningsvis förekommer således en mängd undersökningar av verksamhetens interna förhållanden och prestationer, av brukarnas upplevelser av bemötande som klienter eller ”kunder” samt av olika organisationsförändringar och vård- och socialpolitiska satsningar med utvärderingsfokus på verksamhet, politik och ekonomi.

Det är sämre beställt med reella utvärderingar som kopplar insatser till effekter och nytta även om seriösa men relativt avgränsade undersökningar förekommer både inom logiskt empirisk evidensbaserad kunskapsbildning och hermeneutisk samhällsvetenskaplig tradition.

Utvärderingar i den stora differentierade ordinarie verksamheten inom olika välfärdsområden i kommuner och landsting, gällande samtliga berörda brukares livssituation, förändringsbehov och faktiska förändringar, vilka kopplar genomförda insatser till måluppfyllelse, brukarnytta och välfärdens syfte samt återför erhållna kunskaper till verksamhetens olika nivåer för kontinuerlig kvalitetsutveckling – saknas i stort sett helt.

### ***Integrerad utvärdering***

fokuserar hela den ordinarie välfärdsverksamheten med samtliga berörda brukares livssituation, förändringsbehov och egna resurser samt genomförda insatser, förändringsresultat och måluppfyllelse.

har ambitionen att utvärdera om välfärdsverksamheten fyller sitt syfte och söker därför efter mönster som kan öka förståelsen för olika processer och förändringsmekanismer i brukarnas liv.

## Utvärdering - enligt vilka värderingar i vilken kontext ?

Det finns inga ”neutrala” eller värderingsfria metoder för utvärdering av välfärdsverksamheter. Det är därför viktigt att reflektera över och ta ställning till de metateoretiska grundvärderingar rörande människosyn och kunskapssyn samt den kontext, de huvudsakliga kulturella, samhällsekonomiska, könsrelaterade, religiösa, välfärdspolitiska, organisatoriska, forskningspolitiska etc sammanhang, inom vilket utvärderingen äger rum.

Grundvärderingar och kontext påverkar både utvärderingens kunskapsintresse och modellval samt hur de erhållna kunskaperna förstås, värderas och används. Inom utvärderingar i välfärdsverksamheter, med en definitionsmässigt social- och vårdpolitiskt ideologisk koppling, är det nödvändigt att de värderingar som utvärderingen företräder blir tydliga och synliggörs.

### ***Integrerad utvärdering***

bedrivs inom ramen för välfärdsverksamheter och bygger på de gemensamma värderingar som uttrycks i välfärdslagstiftningens grundsyn:  
- demokrati, solidaritet, helhetssyn, gemenskap, integritet och utveckling av egna resurser till självbestämmande, egen aktivitet och personligt ansvar.

## Utvärdering – i vilket syfte ?

Utvärdering kan bedrivas utifrån tre principiella huvudanledningar:

### **Kontrollerande / styrande**

av strukturer, processer, metoder, personal, ekonomi, lagar och regler etc gällande verksamheter med olika målgrupper och i olika samhällssektorer.

### **Ifrågasättande / avslöjande**

av planer, maktstrukturer, brukarbemötande, levnadsförhållanden, utstöttningsprocesser etc. inom olika välfärdsinstitutioner och samhällsområden.

### **Lärande / kvalitetsutvecklande**

där erhållna kunskaper om förhållanden, processer, resultat etc skall användas för teori- och metodutveckling och förbättring av verksamhetens kvalitet, organisation, personalpolitik, kompetensutveckling etc för att förbättra verksamhet och ytterst berörda människors livskvalitet.

Olika modeller för utvärdering bedrivs principiellt utifrån någon av ovanstående huvudanledningar även om blandformer också kan förekomma.

Utvärderingar kan tyvärr även användas för ”orena” syften - som att bevisa att en viss vald insats, metod, organisationsförändring var den ”rätta” och/eller för att legitimera en fortsatt användning av en viss metod och/eller som en ritualiserad form av statistiksammanställning för att slippa ifrågasätta verksamhetens mera grundläggande strukturer och processer

### ***Integrerad utvärdering***

har ett lärande och förbättrande syfte med ambitionen att utveckla verksamheten till en lärande organisation  
- som kontinuerligt använder utvärderingskunskaperna till sådan kvalitetsutveckling av verksamheten som ytterst kommer berörda brukare tillgodo.

Modellen för integrerad utvärdering har således varken ambition eller lämplig metodik för att användas i kontrollerande eller avslöjande syften.

### **Ur vems perspektiv och i vilket kunskapsintresse ?**

Utvärdering inom välfärdssektorn kan bedrivas med skilda kunskapsintressen utifrån olika intressenters perspektiv, positioner och huvudsyften.

**Politiskt ansvariga, beslutande och anslagsbeviljande organ** på nationell nivå / riksdag, regering, departement, centrala myndigheter och verk, på regional läns- och landstingsnivå och på lokal nivå i kommun-, stadsdelsnämnder och förvaltningsstyrelser samt verksamhetsansvariga chefer inom landsting, kommuner och förvaltningar. Dessa beslutande församlingar och drifts- och budgetansvariga ledningar har oftast ett lärande kunskapsintresse, som beslutsunderlag vid prioriteringar, kombinerat med ett kontrollerande intresse för medelsanvändning och fullföljande av program och planer.

**Centrala tillsynsorgan** som Socialstyrelsen, JO, BO, JämO, HO, DO etc samt de tillsynsfunktioner som utövas vid länsstyrelserna.  
Även om det inom dessa organ kan förekomma lärande och avslöjande intressen, dominerar principiellt ett kontrollerande kunskapsintresse de likabehandling, rättssäkerhet, sekretess, kvalitetssäkring, administration etc.

**Externa och interna ”beställare”** som ( oavsett betalningsform) ”köper” olika insatser av den aktuella verksamheten.  
Beställarna är vanligen intresserade av att dels kontrollera att verksamheten utfört de insatser man beställt och betalat för, dels lära mer om vilka insatser som verkar ge ’mest effekt för pengarna’ - vilket tyvärr oftast uttrycks i prestationer snarare än i nytta.

**Professionella yrkesutövare** som möter berörda människor i sitt arbete. Den professionella personalen har ett helt dominerande lärande kunskapsintresse med engagemang för att utveckla teorier och metoder som kan förbättra arbetet - så att positiva förändringar kan åstadkommas i berörda människors livssituation, framförallt hos de personer som man själv har som omsorgstagare/ klienter/patienter.

**Berörda människor** i de roller som inom respektive verksamhet brukar betecknas som omsorgstagare, klienter, patienter, arbetssökande, brukare etc samt deras respektive familjer och anhöriga. Berörda människor har ett tydligt lärande kunskapsintresse. De vill få ökade kunskaper om sina behov, vilka förändringar som ägt rum och vilka insatser/strukturer/processer som bidragit till eventuella förändringar, både för egen del och gällande andra människor i liknande behovssituation.

**Vetenskapligt skolade forskare** - vid universitetsinstitutioner och centrala myndigheter med forskartjänster och centrala forskningsmedel. Bland forskarna dominerar ett kunskapsgenererande och kritiskt ifrågasättande kunskapsintresse med krav på teoriansknytning och metodologisk stringens, medan man vanligen är avvisande till att medverka i myndigheters och driftansvarigas kontrollintresse. Till det förbättrande kunskapsintresset har många forskare ett kluvet förhållande. Ur ett mera långsiktigt perspektiv vill man bidra till kunskapsutvecklingen på fältet, medan man oftast är mera tveksamma till ett alltför tätt samarbete med den professionella fältpersonalen – kanske för att inte riskera att bli ”indefinierad” av systemet och förlora sin ”vetenskapliga frihet”. Många forskare är också negativa till att medverka i så kallad ’uppdragsforskning’ med finansiering och frågeställningar från fältet och forskarna medverkar också sällan med att dra slutsatser i form av konkreta åtgärdsförslag för den aktuella verksamheten.

**Forskare vid FoU-verksamheter** och fältforskningsstationer företräder oftast en kombination av lärande och ifrågasättande kunskapsintressen. Genom sin organisatoriska placering har man en tätare koppling till fältet vilket ger en rad fördelar gällande möjligheterna att fånga upp frågeställningar och medverka vid implementering av slutsatser och åtgärdsförslag. Ett eget rättmätigt behov av ”forskningsfrihet” i kombination med denna fältplacering innebär dock samtidigt en risk att varken accepteras fullt ut av fältet eller av akademien.

**Massmedia** genomför emellanåt en undersökande journalistik som kan liknas vid utvärderingar exempelvis när man undersöker konsekvenser av tidigare fattade planer, prioriteringar och organisationsförändringar inom välfärden. Massmedia har främst ett avslöjande kunskapsintresse – i linje med sin uppgift att bevaka samhällets maktutövning.

### ***Integrerad utvärdering***

företräder ett lärande och förbättrande kunskapsintresse – primärt ur det perspektiv som delas av berörda brukare och professionell personal

kan i princip omfatta hela verksamheten och kan därmed också möta ett förbättrande kunskapsintresse hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga.

### **Att följa med eller stanna upp i en pågående process ?**

Vid val av forskningsmetodik i utvärderingen bör man klargöra innebörd och skillnader mellan processanalyser och lägesbeskrivningar.

#### **Processbeskrivningar/-analyser**

följer rörelsen/ ”processen” inträngande och kontinuerligt över tid, i likhet med att föra processanteckningar i en pågående behandling eller handledning. Här innefattas både vad som händer i klientens/familjens inre och yttre liv och livshistoria (sk narrativ) och det som samtidigt händer i behandlaren tankar och känslor samt hur detta ömsesidiga samspel påverkar behandlingsrelationen i ”det terapeutiska systemet” och strukturer och processer inom den behandlande organisationen.

Processanalyser kan genomföras såväl i enskilda ärenden och målgrupper som i olika former av verksamheter. De används primärt för ökad förståelse ”på djupet” kring behov, tankar, känslor, handlingar, narrativ etc i klienternas livssituation samt i sökande efter mål, principer, handlingsregler, förhållningssätt, arbetsinnehåll etc. i den aktuella verksamheten.

#### **Läges-/tillståndsbeskrivningar**

handlar i stället om att ”stanna upp” (exempelvis inför en förestående behandling) för att undersöka de aktuella förhållandena i olika avseenden - för att återkomma vid en senare uppföljning och återigen stanna upp, för en ny lägesbeskrivning av dessa förhållanden. Genom lägesbeskrivningar vid olika tidpunkter kan således förhållanden *före* och *efter* olika insatser studeras

Undersökningar och beskrivningar av ”tillstånd” används primärt för att få en klarare överblick av eventuella förändringar i brukarnas liv som resultat av ett behandlingsarbete - hur genomförda insatser har förverkligat de mål som uppställts. Denna undersökningsform behövs därför principiellt i alla former av utvärdering. Tillståndsbeskrivningar beskriver naturligtvis inte ett statiskt tillstånd – som att livet i en familj eller en verksamhet ”står stilla”. Snarare handlar det om en mental interpunktering - som att tillfälligt ”frysa” en rörelse eller tidssekvens, i en process som oupphörligt pågår.



### **Processanalyser och lägesbeskrivningar kan komplettera varandra.**

De båda analysformerna kan utföras ”parallellt” och båda kan genomföras med olika metoder som observationer, intervjuer, test etc. Det är exempelvis möjligt att beskriva processen i en pågående behandling med en familj - vilket inte utesluter att man dessutom gör lägesbeskrivningar av olika förhållanden i denna familj, före och efter den aktuella behandlingen.

Processanalyser kan liknas vid att ”ta på sig dykardräkten”. De ger vanligen fördjupade kunskaper på och under ytan i enskilda behandlingsprocesser / förändringsprojekt. Då de följer en rörelse försvårar detta emellertid möjligheten att tillskapa en på förhand given dokumentationsstruktur. Detta leder till att processanalyser oftast är mycket besvärliga att aggregera och att de därför är generellt svåra att använda vid resultatutvärderingar.

Lägesbeskrivningar, där man stannar upp och sammanställer olika förhållanden i enskilda ärenden, vilka senare kan aggregeras till målgruppsnivå, kan snarare liknas vid att ”åka upp i helikoptern”. Detta ger en ökad bredd och överblick, där man kan börja se mönster i terrängen, men till priset av att man kan missa vissa mindre detaljer och rörelser.

Utvärderande lägesbeskrivningar kan därför uppfattas som ytliga just genom att de inte beskriver alla nyanser och pågående processer. De har dock den stora fördelen att kunskapsinsamlingen kan ske enligt en på förhand genomtänkt struktur som kan användas för aggregering - vilket krävs för att kunna dra generaliserbara slutsatser i utvärderingar.

### ***Integrerad utvärdering***

kombinerar processanalyser och lägesbeskrivningar

Kunskapsinsamlingen genom dialogintervjuer med brukarna, vilken integreras i ordinarie omsorgs-/behandlingsarbete, ses som processanalyser inom en strukturerad ram.

Dokumentationen med hjälp modellens IT-stöd, vid startsituation och olika uppföljningar, ses som interpunkterade lägesbeskrivningar enligt en given dokumentationsstruktur, avseende inre och yttre förhållanden för enskilda personer, vilka senare kan aggregeras till målgruppsnivå.

Se: Bildspel för modellens perspektiv på syfte, behov, resultat, medel/prestationer och internkvalitet samt nytta/totalkvalitet.

## Utvärdering bygger på aggregerade uppföljningar

Utvärdering inom välfärden handlar således om att undersöka förändringar i berörda människors liv som effekter av verksamhetens insatser.

För att kunna studera om olika förhållanden har förändrats i något avseende måste därför de strukturer, processer och sakförhållanden som undersöks vid ett visst tillfälle *följas upp*, dvs. de undersökta förhållandena måste undersökas på nytt vid ett eller flera senare tillfällen.

Om man exempelvis vill undersöka en viss medicins påverkan på patienters blodtryck måste detta mätas innan medicinen sätts in. Vid en senare uppföljning, då medicinen använts en tid, mäts blodtrycket på nytt, för att man skall kunna se om det skett någon förändring.

Uppföljningar, vilka kan omfatta en mängd olika fenomen, såväl yttre och inre, större och mindre som kvantitativa och kvalitativa förhållanden, är således principiellt nödvändiga för att studera förändringar inom alla former av utvärdering. Uppföljningar i sig utgör däremot inte någon utvärdering, då de erhållna kunskaperna visserligen insamlats och dokumenterats – men inte sammanställts, värderats, implementerats och använts. Resultatens säkerhet ökar om man kan genomföra flera uppföljningar efter varandra med en tidsperiod emellan dessa uppföljningar – en så kallad *tidsserieanalys*.

Mera tillfälliga ”puckeffekter”, vilka kan uppkomma redan genom det ökade intresse för berörda människors situation som deltagandet i utvärderingen innebär, brukar nämligen ”plana ut” om man i upprepade uppföljningar kan följa processen en längre tid.

Utvärdering av verksamheter och insatser kräver dessutom en samlad bedömning av de erhållna resultaten i relation till verksamhetens syfte. För att kunna dra slutsatser från en sådan samlad bedömning ur erhållna resultat eftersträvas därför *generaliserbara* kunskaper. Generaliserbarheten ökar härvid principiellt om man kan följa en *grupp* människor i likartade förhållanden som erhållit insatser över en längre tidsperiod - eftersom man mycket sällan kan dra några slutsatser utifrån enstaka ärenden som studerats vid enstaka ”mättillfällen”. Av detta skäl eftersträvas utvärderingskunskaper *över tid och på gruppnivå*.

De erhållna kunskaperna om olika förhållanden i människors liv, som erhållits från olika uppföljningar i enskilda ärenden, måste därför kunna *aggregeras*, dvs. sammanställas över tidsperiod och till (mål)gruppnivå. Kunskapsinsamlingen inom den integrerade utvärderingen bygger således på flera på varandra följande uppföljningar av en rad olika förhållanden hos en mängd personer/ ärenden - vilka kan aggregeras till målgruppnivå.

Utvärdering är slutligen det överordnade begreppet för den samlade värderingen av de sammanställda resultaten/effekterna av olika insatser – där nyttan i människors liv kan relateras till verksamhetens syfte.

### ***Integrerad utvärdering***

dokumenterar brukarnas livssituation, förändringsbehov och egna resurser samt insatser, faktiska förändringar och måluppfyllelse - genom upprepade uppföljningar i en mängd 'person-ärenden'

aggregerar samtliga dessa individuella uppföljningar till olika målgrupper - för att möjliggöra en samlad värdering av insatsernas nytta i brukarnas liv, i relation till verksamhetens syfte

## **Principiell utvärderingsdesign**

Utvärderingar, vilka således generellt brukar genomförs med upprepade lägesbeskrivningar under en utvärderingsperiod, använder vanligen någon av följande principiella forskningsmetodologiska designar:

### **Måluppfyllelseanalyser**

Måluppfyllelseanalyser är utvärderingar om och hur uppsatta mål förverkligas i berörda människors livssituation .

Måluppfyllelseanalyser kräver att de undersökta målen är så tydligt formulerade att man vid uppföljning kan undersöka om målen uppnåtts. I välfärdssammanhang är det dessutom viktigt att de uppställda målen kan hänföras till berörda människors behov, så att målen inte ensidigt formuleras internt i verksamheten av utförarna själva.

Enbart en ensidig måluppfyllelse har den allvarliga nackdelen att dessa kunskaper blir hängande i luften om man inte samtidigt känner till de faktiska förändringar i levnadsförhållanden som denna måluppfyllelse motsvarar ” i verkligheten”. Även om man då kan veta graden av måluppfyllelse i ett visst behandlingsprogram, saknas ändå kunskaper om hur dessa människor har det i livet och om eventuella förändringar i så fall motsvarar deras verkliga förändringsbehov.

### Jämförelseanalyser

- *Jämförelser över tid* i en viss målgrupp, där ett startläge *före* en behandling påbörjas, jämförs med situationen vid en senare uppföljning *efter* behandlingen ( i samma målgrupp). Att jämföra förhållanden över tid är grunden för all utvärdering eftersom förändringar sker i en process över tid.

Om det är möjligt att genomföra flera i tiden separerade undersökningar, både före, under och efter insatsen, kan man skapa en *tidsserieanalys* , vilket ökar resultatens tillförlitlighet och säkerhet.

- *Jämförelser mellan grupper* exempelvis med hjälp av sk kontrollgruppsmetoder, där livssituationen i en grupp som fått vissa insatser jämförs med en annan grupp som antingen fått andra eller inga insatser. Kontrollgruppsundersökningar har ett generellt högt bevisvärde men kan vara etiskt och praktiskt svåra att åstadkomma i välfärdsverksamheter

( Se ” Verksamhetens resultat” i Del I ).

- *Jämförelser mellan olika ”scenarier”*, där jämförelser görs mellan olika ’tänkta’ startsituationer, målgrupper och framtida utfall, ex via olika spel- och simuleringsövningar. Jämförelser med hjälp av tänkta scenarier ger givetvis osäkrare resultat, jämfört med faktiska levnadsförhållanden i en verklig grupp människors som följs över en viss tidsperiod.

### Kostnad-nyttanalyser

De samhällsekonomiska konsekvenserna av välfärdens insatser, med direkta och indirekta effekter på sysselsättning, skatter, kapital, räntor, verksamhet etc.etc är mycket komplexa. En förutsättning för att påbörja värderingen av kostnaderna för välfärdens olika insatser är dock att kunna relatera dessa kostnader till insatsernas effekter och nytta i berörda människors liv. Sådana jämförelser av olika insatser, i relation till kostnaderna för dessa insatser, kan genomföras i några olika undersökningsvarianter:

- *Cost-benefit* / kostnad kontra nytta, som effekter i faktisk livssituation och levnadsnivå,
- *Cost-effectiveness* / kostnad kontra nytta, som bidrag till måluppfyllelse,
- *Cost-utility* / kostnad kontra nytta, som poängvärden för olika måluppfyllelsevariabler,
- *Målmaximering* / vilken insats som till samma kostnad når längst mot ett uppsatt mål,
- *Kostnadsminimering* / vilken insats som har den lägsta kostnaden för att uppnå ett visst mål.

### ***Integrerad utvärdering***

möjliggör flera parallella utvärderingsdesigner och undersökningsformer

Utvärderingen utgörs primärt av jämförelseanalyser över tid av faktisk livssituation i en utvald målgrupp, vilken kan följas över en tidsserie - från start till flera olika uppföljningar.

Det också möjligt att göra jämförelseanalyser mellan olika målgrupper, då modellen medger flexibla val av olika målgrupper, utvärderingsperioder och ärendestatus.

Som komplement till jämförelser av faktiska förhållanden, behov och förändringar finns en inbyggd måluppfyllelseanalys, gällande den andel av den aktuella målgruppen vilken uttryckt förändringsbehov som mål för önskad förändring inom olika livsområden.

Dokumentation av genomförda insatser används i redovisning av olika *insatser* gällande berörd målgrupp som utförts av olika förändringsaktörer

I mer komplexa mönsteranalyser kan de olika insatserna relateras till måluppfyllelsen inom olika livsområden. Dessa mönster kan ge indikationer på insatsernas nytta i förändringsarbetet.

Om kunskaper från den integrerade utvärderingen kopplas till verksamhetens redovisning finns även principiella möjligheter att genomföra kostnad-nyttanalyser. Verksamhetsredovisningens uppgifter om kostnader för olika insatser kan då relateras till utvärderingens kunskaper om faktisk nytta (cost-benefit) och måluppfyllelse (cost-effectiveness) i olika målgrupper.

Se vidare *Principiella resultatanalyser*

## Rollen som kunskapsinsamlare

Insamlingen och dokumentationen av det kunskapsunderlag som behövs för att en utvärdering skall kunna genomföras, kan principiellt utföras utifrån tre positioner:

### **Externa forskare**

vilka betraktar den undersökta verksamheten som ett ”studieobjekt”.

Traditionella orienterade forskare intar härvid ett ”utifrånperspektiv” och förespråkar ett *åskådarparadigm*. De tar ansvar för undersökningens syfte, frågeställningar, metodik, genomförande, resultatredovisning och generella slutsatser - men inte för hur slutsatserna därefter omvandlas till åtgärdsförslag för implementering i faktisk verksamhet. En utvärdering ”av” insatser och verksamhet utifrån en utanförstående position.

### **Undersökningspersonal**

vilket vanligen avser studenter eller projektanställda men kan också bestå av personal i den verksamheten som utvärderas”, vilka insamlar och dokumenterar utvärderingsdata på uppdrag och under ledning av externa forskare.

Forskarna, som oftast företräder åskådarparadigmets grundsyn, ansvarar således för utvärderingen även om de inte själva genomför kunskapsinsamlingen och utför analyser och resultatredovisning från ett centraliserat och till verksamheten distanserat perspektiv. En utvärdering ”av” insatser och verksamhet, trots att personalen kan vara inblandad.

### **Professionell personal och verksamhetsledning**

som ”äger” sin egen utvärdering och själva ansvarar för kunskapsinsamlingen i den egna verksamheten.

Personalen behöver oftast forskarstöd i metodval och resultatanalyser men ansvarar själva för kunskapsinsamling, slutsatser, åtgärdsförslag och implementering i verksamheten. En utvärdering ”i” och ”inifrån” verksamheten - med ett givet aktörsparadigm.

Även ett ökat antal forskare (inom olika vetenskaper) verkar vågar företräda ett ”*aktörsparadigm*”, där de aktivt tar medansvar för slutsatsernas implementering och etiska komplikationer.

**Utvärderingar av** kännetecknas oftast av vetenskapligt kunnande och metodologisk stringens medan man inte sällan saknar kulturkompetens, professionella kunskaper och personliga erfarenheter inom det aktuella verksamhetsområdet. Denna inriktning har sitt huvudsakliga stöd inom de etablerade forskningsinstitutionerna.

**Utvärderingar i** har oftast det motsatta kompetensförhållandet dvs. goda verksamhetskunskaper men avsaknad av vetenskapliga metodkunskaper. Denna riktning kritiserar emellanåt av det etablerade vetenskapssamhället som teorilös och metodologiskt osofistikerad.

Fältpersonalen, som vanligen vill undersöka verksamhetens konsekvenser i berörda människors liv, är samtidigt osäkra på hur utvärderingen metodologiskt kan genomföras och vad som är ”vetenskapligt tillåtet”.

Både utvärdering i och av kan studera såväl verksamheten medel och insatser som verksamhetens resultat i berörda människors liv.

### ***Integrerad utvärdering***

förespråkar ett aktörsparadigm med utvärdering i välfärdsverksamheten

Den professionella personalen i sitt ordinarie arbete, genomför strukturerade dialogintervjuer med berörda brukare.

### **Att utvärdera sin egen verksamhet – beror på syfte**

Det finns en spridd men oftast ogenomtänkt uppfattning att en utvärdering, för att kunna betraktas som vetenskapligt seriös och trovärdig, skall bedrivas av en extern neutral forskare som studerar verksamheten ”utifrån” och att den absolut inte bör utföras av någon som själv är anställd i den verksamhet som utvärderas.

Detta synsätt delas av många forskare, trots att de aldrig provat i verkligheten om detta är rimligt. Denna uppfattning är också vanlig bland välfärdens personal som emellanåt ger uttryck för farhågor över att inte framstå som seriösa. ”Det kan väl inte vara tillåtet att utvärdera oss själva. Ingen kommer ändå att tro oss om vi skulle redovisa goda resultat i vår egen verksamhet”.

Det bakomliggande resonemanget brukar lite tillspetsat låta som följer:  
 ” De som arbetar i en välfärdsverksamhet är säkert duktiga och engagerade men just därför är de sannolikt så ’hemmablinda’ att de själva varken kan se vad som pågår internt i verksamheten eller i kontakterna med klienterna.

De vill antagligen sina klienter så väl att de, medvetet eller inte, kommer att få en systematisk snedvridning (sk bias) av materialet så att resultaten blir förskönade. Och även om de är kunniga i sin profession så saknar de ju oftast kunskaper i forskningsmetodik. De blir troligen lurade av det som de tror är resultat och kommer därför också dra felaktiga och icke generaliserbara slutsatser. Att redovisa negativa resultat kan man rimligen inte heller förvänta sig att de skall orka göra – vem vill såga av den gren man själv sitter på. Och tänk om utvärderingen skulle påvisa brister i verksamhetens ledning, vilken personal vågar framföra det i tider av omorganisation och individuell lönesättning. - Nej, den som genomför en utvärdering måste vara en metodkunnig forskare som står fri från både makten och klienterna och som öppet kan redovisa även negativa resultat utan att själv bli drabbad. Personalen kan möjligen samla in kunskaper, ex enligt ett vetenskapligt standardiserat frågeformulär, men det måste till fristående forskare som står för design, metod, analys och slutsatser. Inget annat skulle vara trovärdigt.”

Detta synsätt bygger på okunskap och missuppfattningar. Man verkar inte vara medveten om att man kan utvärdera olika förhållanden utifrån olika syften och företrädande olika perspektiv och kunskapsintressen - vilket naturligtvis i sin tur påverkar vilken position och koppling till ”studieobjektet” som är lämplig för respektive kunskapsinsamlare.

Om man företräder ett *kontrollerande* kunskapsintresse, ur politikernas, ledningens eller tillsynsmyndigheternas perspektiv, är det givetvis olämpligt med verksamhetens personal som kunskapsinsamlare. Personalen är ju maktmässigt underställd och beroende av sin ledning och kan därför varken kontrollera eller utöva tillsyn på ledningen eller på sig själva. Det skulle analogt knappast heller vara trovärdigt om exempelvis cheferna undersökte effekterna av en omorganisation som ledde till att de själva blev chefer.

Och företräder man ett *ifrågasättande och avslöjande* kunskapsintresse, ur ett akademiskt eller massmedialt perspektiv, där man exempelvis är intresserad av maktutövningens effekter på personalens psykosociala arbetsmiljö, bör man givetvis inte göra en studie där verksamhetschefen själv eller dennes underställda samlar in kunskapsunderlaget. Det är heller inte lämpligt att personalen undersöker hur deras egna klienter upplever ”mötet” med verksamheten och förhållningssätt i behandlingsrelationen. Som behandlare är de ju själva ena parten i den relation som skall undersökas, vilken alltid principiellt har ett inbyggt strukturellt ojämlikt maktförhållande



Med samma argument är det inte heller rekommendabelt att personalen går ut till sina egna klienter och frågar om de är ”nöjda kunder”. – Det blir som att fråga någon som är beroende av mig ”om du tycker att jag är snäll” , vilket sannolikt skulle ge mycket snedvridna resultat.

Sålunda är det olämpligt med verksamhetens personal som kunskapsinsamlare om man har ett kontrollerande eller avslöjande kunskapsintresse med ett ”inåtvänt” fokus på verksamhetens medel, dvs om man vill undersöka vad som händer inne i den berörda verksamheten.

Om man däremot har ett lärande kunskapsintresse där man undersöker berörda människors livssituation och förändringsbehov, vilka insatser som görs och vilka faktiska förändringar som sker i brukarnas liv, i utvärdering med ett ”utåtriktat” fokus som relaterar insatser och resultat till verksamhetens syfte och nytta för berörda brukare – blir logiken omvänd.

Här kan det tvärtom vara tveksamt med externa utvärderare som vanligen saknar personalens professionella kompetens, erfarenhet och engagemang för berörda människor. Skolsköterskan, socialsekreteraren, primärvårdsläkaren barnpsykologen, mentalvårdaren, hemtjänstpersonalen osv. har givetvis bättre kunskap om sina respektive patienter / klienter / omsorgstagare än en forskare på besök eller tillfälligt inhyrd undersökningspersonal. Visserligen saknar de professionella välfärdsarbetarna oftast en dokumentationsstruktur ( som ger dem möjligheter att sammanställa sina kunskaper till gruppnivå för mera generaliserbara slutsatser) – men gällande berörda människor i sina ”egna” enskilda pågående ärenden har den engagerade personalen generellt mycket goda kunskaper.

Det är knappast heller den professionella personalen som blir lurad och omedvetet framställer berörda människors situation i en förskönad dager. Om personalen gör kunskapsinsamlingen i sitt ordinarie arbete finns oftast mycket goda möjligheter att undersöka olika förhållanden vid upprepade tillfällen och göra korrigeringar om något feluppfattats eller missförstått.

Att personalen omedvetet, pga av alltför stort engagemang i sina klienter eller av rädsla för negativa konsekvenser för sin egen arbetssituation, skulle framställa eller fabricera alltför positiva behandlingsresultat, är dessutom en oförskämd och okunnig mytbildning. Den mångåriga erfarenheten från utvecklingsarbetet av den integrerade utvärderingen visar att så inte är fallet. Den erfarna professionella välfärdsarbetaren har istället vanligen nått fram till en ”kritisk misstänksamhet” mot alltför enkla och snabba behandlingsresultat, dels för att man har sett att förändringar inte alltid sker och att behandlingsresultat inte alltid blir bestående, dels som egen överlevnadsstrategi för att slippa bli upprepat besviken i sitt professionella engagemang.

Risken är därför inte att personalen rapporterar orealistiskt goda behandlingsresultat utan snarare att de för säkerhets skull är en aning ”försiktigt negativa”.

Dessutom förstår givetvis personalen att det skulle se mycket märkligt ut om man exempelvis vid årets slut skulle redovisa ett antal lyckade fall med avslutade behandlingar – för att direkt efter årsskiftet åter skriva in dem som pågående och ännu inte avslutade ärenden. I ett långsiktigt välfärdsarbete vinner man naturligtvis inget på ett tillfälligt förskönande.

Det är istället mera sannolikt att en tillfällig och förment ’neutral’ och ’objektiv’ besökare på fältet (oavsett denne undersökares utbildningsnivå ) får svårigheter att kontrollera såväl de undersökta brukarnas trovärdighet som sanningshalten i olika sakuppgifter. Externa forskare, vanligen utan egenerapi och regelbunden processhandledning, kan dessutom omedvetet utsättas för en rad komplicerade överförings- och motöverföringsprocesser i sina tillfälliga brukarkontakter, vilka varken blir medvetandegjorda eller bearbetade – med okontrollerade biaseffekter av resultaten som logisk följd.

Sålunda är det både möjligt och önskvärt att det just är den professionellt verksamma personalen som är kunskapsinsamlare om man har ett lärande kunskapsintresse med ett ”utåtriktat” fokus dvs vill undersöka verksamhetens nytta i berörda människors livssituation.

Sammanfattningsvis beror således möjligheten att kunna utvärdera den egna verksamheten på utvärderingens fokus, syfte och kunskapsintresse:

- Om utvärderingen görs för att kontrollera, ifrågasätta eller avslöja det som händer inne i eller i mötet med verksamheten bör man använda externa och av verksamheten oberoende kunskapsinsamlare.

- Om utvärderingen däremot görs för att förbättra verksamheten genom att lära sig mer om vad som händer i berörda brukares liv, bör dessa kunskaper insamlas av erfaren och kompetent professionell personal, som med fördel kan vara anställda i denna verksamhet.

### ***Integrerad utvärdering***

har ett lärande kunskapsintresse och verksamhetsutvecklande syfte.

Personalen genomför kunskapsinsamling och dokumentation gällande brukarnas livssituation, behov, egna resurser och faktiska förändringar – i en gemensamt kunskapsökande dialog med berörda människor

## Bred, djup och valid kunskap kan erhållas genom den professionella personalens dialog med brukarna

Dialogintervjuer som integreras i det ordinarie arbetet och utförs av professionella, engagerade och kulturkompetenta välfärdsarbetare möjliggör en långsiktig förtroendefull personkontakt med bred kännedom om bakgrund och kontext. Detta ökar resultatens validitet och säkerhet.

Dialogformen gynnar dessutom empatisk "förtroelighetskunskap" och ger både brukare och personal en möjlighet att *metakommunicera* om och i själva intervjusituationen (dvs. att kunna samtala *om* det man samtalar om / vad man menar, tänker, känner, etc.) - för ökad ömsesidig förståelse.

Sammantaget ger detta förutsättningar för en både säkrare och djupare förståelse av berörda människors livssituation och behov, än exempelvis enkäter eller intervjuer med mer detaljstyrda frågeformulär, oavsett om dessa utförs av personal eller av mer "neutrala" externa intervjuare.

Många års utvecklingsarbete av den integrerade utvärderingen visar att valid och tillförlitlig kunskap gällande människors livssituation, förändringsbehov och lämpliga insatser kan erhållas i denna dialog – i det löpande samarbetet mellan professionell personal och berörda människor.

**Validiteten**, som handlar om att undersöka "rätt sak" dvs just det som är relevant och nödvändigt för tillräcklig adekvat förståelse av det som man söker kunskap om, kan inom välfärdsarbetets ram både *kontrolleras och konfirmeras* av kollegor i samarbete, handledning, mot journalunderlag etc.

Från denna princip finns *ett undantag* - gällande frågor som handlar om klienternas uppfattning om själva *relationen till den intervjuande behandlaren*. Här finns risken att den strukturellt ojämlika maktrelationen i mötet mellan klient och socialarbetare, patient och läkare osv. kommer att begränsa svarens tillförlitlighet. ( Behandlingsrelationen kan bättre studeras med metoder som kollegiegranskning, fokusgrupper och externa intervjuer).

### ***Integrerad utvärdering***

väljer strukturerade dialogintervjuer med brukarna som huvudsaklig form för kunskapsinsamling - inom den struktur som bildas av modellens inriktning och innehåll med nivåer, livsområden, insatser och tidsperspektiv.

**Dialogformen** har vetenskapligt övervägts, fältutprovats och medvetet valts framför andra undersökningsmetoder som:

- enkäter, vilka är mera lämpliga för klassificering av objektifierbara sakuppgifter och "icke - tolkningsbara" åsikter och attityder,
- strukturerade frågeformulär, vilka visserligen kan vara både valida och reliabla, men har en mera låst form som är svårare att integrera i det ordinarie professionella arbetet och därmed riskerar att ge en mera objektifierande och distansnerande effekt på omsorgs-/behandlingsrelationen med olika processtörningar och tidsförluster som negativa följdverkningar.
- medicinska undersökningar och standardiserade psykologiska tester, vilka oftast ger utmärkta kunskaper men inom ett alltför avgränsat undersökningsområde för den integrerade modellens syfte och helhetsperspektiv,
- ostrukturerade öppna frågor, processbeskrivningar, narrativa historier, observationer, videoinspelningar och s.k. medlevarstudier, vilka visserligen kan ge goda djupkunskaper men istället medför stora svårigheter vid dokumentation och resultatsammanställning.

Det bör observeras att valet av dialogintervjuer som primär form för kunskapsinsamling inte utesluter att flera av de ovan beskrivna metoderna kan användas som "*Kompletterande Fördjupningsundersökningar*"

- se Del V 'Modellens relation till olika undersökningsmetoder'

## Kvalitativa och kvantitativa metoder och kunskaper

Den integrerade utvärderingens metod för datainsamling i dialogform är *kvalitativ* till sin karaktär. Dialogen har en huvudsakligt hermeneutisk intention till inkännande och meningsskapande förståelse - gällande livssituation, förändringsbehov, resurser, förändring och måluppfyllelse.

Den integrerade utvärderingens metod för aggregering är däremot *kvantitativ* till sin karaktär - oavsett vilka typer av data som insamlats.

Vid sammanställningar till gruppnivå sker nämligen en "omvandling" av samtliga kunskaper, även av kvalitativa kunskaper som framtagits med kvalitativa metoder, till kvantitativa relationer, tex som en andel av hela målgruppen som har en faktisk eller upplevd livssituation.

De olika *kunskaper* som insamlas och dokumenteras i den integrerade utvärderingen består av *både* kvantitativa och kvalitativa data. Kunskaper om sysselsättning, boende ekonomi, fysisk hälsa, etc vilka handlar om *fakta* är primärt *kvantitativa*. De är mätbara i logisk empirisk bemärkelse och kan summeras vid aggregeringen ex antal personer i målgruppen som studerar och har hyresbostad.

Kunskaper som handlar om värderingar och upplevelser samt bedömningar ur gemensam reflektion är däremot primärt kvalitativa. Även dessa data kan emellertid aggregeras. Exempelvis kan man sammanställa andelen flickor i en viss målgrupp som uppger att de fått en förbättrad självuppfattning. Här bör man dock vara medveten om att de enskilda flickornas upplevelser inte är möjliga att ”mäta” och ”summera” med samma inbördes exakta objektiva värde i logisk empirisk bemärkelse. Med detta menas att om en enskild flicka uppger att hon fått en förbättrad självuppfattning så kan man aldrig veta om hennes uppfattning är exakt jämförbar med några andra flickor som också uppger att de fått en förbättrad självuppfattning. Däremot kan man veta sammantaget hur många flickor som ( var för sig ) uppger att deras respektive självuppfattning har förbättrats.

Vid alla sådana kvalitativa förhållanden bör man vara försiktig med det naturvetenskapliga begreppet ”mäta” - vilket inte hindrar att man kan föra dialog, undersöka, sammanställa och reflektera över dessa förhållanden.

### ***Integrerad utvärdering***

intar ett principiellt både-och-perspektiv gällande kvantitet och kvalitet

- I utvärderingen insamlas både kvantitativa och kvalitativa kunskaper
- Formen för kunskapsinsamling i dialog med brukarna har en primärt kvalitativ relation och karaktär.
- Vid aggregering till gruppnivå omvandlas samtliga kunskaper till kvantitativa resultatsammanfattningar.

### **Mönsteranalyser relaterar insatser till måluppfyllelse**

Människors sammansatta behov och välfärdsverksamheters komplexitet omöjliggör principiellt entydiga kausala orsak-verkan-samband mellan insatser och effekter.

Detta är ett dilemma oavsett utvärderingsmodell då det är mycket svårt att se vilka insatser som ger vilka effekter, när så många och ömsesidigt involverade faktorer påverkar ’slutresultatet’. Komplexiteten med många parallella insatser och effekter gör dessutom att man inte kan välja ut en enskild insats för att direkt studera resultatet av just denna insats.

Om utvärderingen dessutom skall integreras i en diversifierad, pågående, komplex välfärdsverksamhet är den traditionellt rekommenderade designen med randomiserade kontrollgrupper också sällan möjlig att genomföra.

Integrerad utvärdering löser detta 'kausalitetsdilemma' genom eget utvecklade mönsteranalyser

Resultatens generaliserbarhet ökar principiellt om utvärderingen kan genomföras med en utvald grupp med specifik livssituation som erhållit definierade insatser över en viss tidsperiod..

Modellens mönsteranalyser bygger därför på följande **förutsättningar** :

- Kunskaperna om behov, insatser och resultat, vilka erhålls i dialogen med enskilda individer, måste kunna sammanställas och aggregeras på målgruppnivå och över en utvärderingsperiod.
- Målgruppen för den aktuella resultatanalysen måste kunna definieras och specificeras till karakteristika och volym.
- Vid uppföljning och aggregering måste man kunna skilja på ärenden med avslutade, pågående och avbrutna insatser ( då detta påverkar resultaten).

### **Mönsteranalysen genomförs i följande faser**

1. Först sammanställs målgruppens *resultat* inom olika livsområden:
  - *faktiska förändringar* i målgruppens livssituation,
  - hur dessa *förändringar uppfattas / upplevs* av berörda brukare
  - bedömning av *måluppfyllelsen* för de personer i målgruppen som uttryckt *förändringsbehov* som "mål för önskad förändring".

2. Därefter sammanställs de olika *insatser* som målgruppen erhållit med inriktning på *förändringsbehov* inom olika livsområden.

Insatserna, som oftast är av komplex och sammansatt natur och vanligen genomförs parallellt och 'samtidigt' i målgruppens olika ärenden, kan principiellt hänföras till följande generella *förändringsaktörer*:

- brukarmedverkan dvs egna insatser av klient, anhöriga och nätverk,
- frivilligorganisationer som är engagerade i klientens förändringsbehov
- olika interna och externa insatser av den "utvärderande" verksamheten
- insatser som utförs av andra välfärdsverksamheter/-myndigheter.

3. Slutligen blir det möjligt att skapa *mönster av samvariationer* mellan de i målgruppen genomförda insatserna och resultaten i form av måluppfyllelse

De insatser av skiftande volym som utförts av olika förändringsaktörer relateras till måluppfyllelsen i förhållande till förändringsbehoven inom respektive livsområde för den aktuella målgruppen. Mönsterna visas grafiskt som olikfärgade staplar vilka anger respektive insats volym och samvariation med fullgod, god, liten eller ingen måluppfyllelse

### Mönsteranalysen ger 'analytisk generalisering' på metanivå

Mönsteranalysens samvariationer - som varken bör betraktas som kausala samband mellan insatser och effekter eller som styrande rekommendationer i enskilda personärenden - kan ge indikationer på underliggande samband och verksamma förändringsmekanismer.

Det bör nämligen vara ett rimligt antagande att vanligt förekommande insatser som samvarierar med positiva faktiska förändringar och hög måluppfyllelse är mera lämpliga och effektiva i medverkan till positiva förändringar i den aktuella målgruppens livssituation – jämfört med insatser som samvarierar med negativa förändringar och ingen måluppfyllelse.

*Mönsteranalys handlar om sammansatta mönster av olika samverkande insatser som bidrar till förändringar inom olika livsområden i en målgrupp. Således beskrivs inte isolerade insatser som ger enstaka tydliga resultat för enskilda individer, och de insatsmönster som visas på gruppnivå gäller därför inte nödvändigtvis för varje enskild individ.*

Förklaringsvärdet avser inte enskilda fenomen utan bör snarare betraktas som *förklaringar på metanivå* – som från ett 'helikopterperspektiv'.

Kunskaperna om mönster bör därför primärt betraktas som *analytiska generaliseringar* ( snarare än statistiska ) - av komplexa samspelande mönster av förändringsmekanismer inom den aktuella målgruppen.

Dessa mönster ger en mer komplex bild att analysera och dra slutsatser utifrån (jämfört med "en insats i taget") – men har samtidigt den stora fördelen att de överensstämmer med hur förändringsarbetet gått till i verkligheten.

Den integrerade utvärderingens IT-stöd möjliggör flexibla val av olika målgrupper ur utvärderingens totalpopulation.

Detta möjliggör i sin tur *jämförelseanalyser mellan olika målgrupper* som har en mera verklighetsnära karaktär än randomiserade kontrollgruppsexperiment. I dessa jämförelseanalyser kan livssituation, behov, insatser, förändring och måluppfyllelse följas parallellt i olika målgrupper

*Varför* dessa förändringar ägt rum, vad som egentligen är *verksamt* i olika insatser och *vem* som utför *vad* och *hur* i olika samhällsekonomiska, socialpolitiska, professionella och välfärdsorganisatoriska kontextkombinationer gällande *vilka* målgrupper, livssituationer och behov samt vilken *professionell relation* med mänsklig närhet, förståelse och mognad som härvid krävs – är oerhört komplexa samband vilka manar till ödmjukhet inför förändringens mysterier. Här krävs eftertanke och fördjupade dialoger i personalgrupp, i handledning och med berörda människor – dialoger som förhoppningsvis både kan utgå från och stimuleras av de *mönster* gällande *insats - effekt - måluppfyllelse* som den integrerade utvärderingen kan presentera.

## Sammanfattning av den integrerade utvärderingens teori och metod

Undersöker om verksamhetens insatser har bidragit till förändringar inom olika livsområden som möter förändringsbehov och därmed är till nytta för berörda människor.

Söker värdera denna nytta i relation till det överordnade välfärdssyftet att bistå människor att utveckla egna resurser till ett självständigt och behovs-tillfredsställande liv.

Omfattar principiellt hela verksamheten med alla genomförda insatser till samtliga målgrupper.

Ambitionen är att långsiktigt utveckla verksamheten till en lärande organisation, som kontinuerligt använder utvärderingskunskaper i kvalitetsutveckling till nytta för berörda människor.

Förespråkar ett aktörsparadigm med utvärdering i och inifrån verksamheten, i ett lärande och förbättrande kunskapsintresse ur det perspektiv som delas av berörda brukare, professionell personal och verksamhetsansvariga.

Betraktar berörda brukare som medmänniskor med förändringsbehov och egna förändringsresurser, med vilka man gemensamt söker kunskap, förändringsarbetar och utvärderar.

Genomför kunskapsinsamling och dokumentation, gällande brukarnas livssituation, förändringsbehov och faktiska förändringar samt insatser och måluppfyllelse, i en gemensamt kunskapssökande dialog mellan berörda människor och den professionella personalen, vilka utför denna kunskapsinsamling integrerat i sitt ordinarie arbete.

Kombinerar processanalyser i strukturerade dialogintervjuer med interpunkterade lägesbeskrivningar av inre och yttre, kvantitativa och kvalitativa, förhållanden i berörda människors liv, vilka dokumenteras i ett strukturerat dataprogram.

Väljer medvetet strukturerade dialogintervjuer i ett gemensamt kunskapssökande med brukarna som primär form för kunskapsinsamling  
- framför andra datainsamlingsmetoder som tester, enkäter, frågeformulär, självskattningar, observationer, narrativa historier etc.



**Dokumenterar** livssituation, egna resurser, insatser, förändringar och måluppfyllelse genom uppföljningar i en mängd ärenden vilka aggregeras för olika målgrupper för att möjliggöra en samlad värdering av insatsernas nytta i människors liv.

**Söker**, genom en kvalitativt präglad kunskapsinsamling i dialogform med brukarna, såväl kvantitativa som kvalitativa kunskaper, vilka vid aggregering omvandlas till kvantitativa sammanfattningar.

**Möjliggör** primärt jämförelser över tid av livssituation i flexibelt utvald målgrupp - från start till olika uppföljningar i en tidsserieanalys.

**Möjliggör** dessutom jämförelser mellan olika målgrupper vilka kan skilja sig åt både beträffande bakgrundsfaktorer och insatser.

**Har** en inbyggd måluppfyllelseanalys för den andel av den aktuella målgruppen som uttryckt förändringsbehov inom olika livsområden.

**Erbjuder** principiell möjlighet till kostnad-nyttanalyser om verksamhetsredovisningens kostnader för olika insatser relateras till erhållna kunskaper om faktisk nytta i brukarnas liv.

**Möjliggör** mönsteranalyser - där mönster av olika samverkande insatser i en målgrupp kan relateras till förändringar och måluppfyllelse inom olika livsområden – i sökande efter indikationer på insatsernas nytta i det reellt bedrivna omsorgs-/förändringsarbetet, vilket kan bidra till ökad förståelse av förändringsmekanismer i berörda människors liv.

---

Mönsteranalysen till *i:e* / Integrerad utvärdering, med flexibla val av målgrupp utvärderingsperiod, uppföljningshistoria, ärende- och uppföljningsstatus - är unik för denna modell och skyddas med upphovsrätt, mönsterskydd och copyright samt via eget internationellt patent.

( U.S. Patent / Sandell / Analysity® )



## 5. GENERELLA OCH SPECIFIKA KRAV VID INTEGRERAD UTVÄRDERING

### Generella krav på utvärderingar

Oavsett verksamhetsområde och utvärderingsmodell bör följande generella krav kunna ställas på seriös utvärdering:

- *vetenskapsteoretiskt förankrad* avseende syfte, kunskapssyn, forskarroll, kontext och kunskapsintresse samt övergripande validitet och reliabilitet.
- *forskningsmetodologiskt genomtänkt* avseende vad som utvärderas, i vilket sammanhang, hur, när och av vem samt med vilka kvalitativa och kvantitativa metoder för datainsamling.
- *bygga på beprövad erfarenhet*, vilket dels innebär att både själva utvärderingsmodellen och de insatser som utvärderas skall ha prövats i verkligheten, dels syftar på att erhållna utvärderingskunskaper också skall kunna omsättas i reellt förändringsarbete.

### Krav på utvärderingar i välfärdsverksamheter

Utvärderingar inom välfärdsverksamheter måste dessutom ta hänsyn till välfärdens specifika syfte och förutsättningar och bör därför principiellt:

- undersöka brukarnas *livssituation, egna resurser och förändringsbehov*.
- följa livssituation och förändringsbehov över tid för att kunna undersöka *förändringar i berörda människors liv* under viss "utvärderingsperiod".
- känna till vilka *insatser* som genomförts i de olika ärendena under denna utvärderingsperiod för att kunna relatera resultat till insatser.
- kunna *aggregera* livssituation, förändringsbehov, resurser, insatser och resultat i enskilda ärenden till gruppnivå, för generaliserbara slutsatser.
- kunna *analysera verksamheten nytta* för berörda människor, genom att relatera förändringsresultaten till verksamhetens överordnade syfte.
- kunna *återföra* kunskaperna till verksamheten för *kvalitetsutveckling*.

## Specifika krav vid integrerad utvärdering

Att bygga in 'integrera' utvärdering i ordinarie välfärdsverksamheter ställer, utöver ovanstående generella krav och välfärdskrav, följande *specifika krav* på utvärderingens inriktning, innehåll och genomförande

### **Utvärderingen måste vara kongruent med välfärdens överordnade syfte**

Det är varken möjligt eller önskvärt i en lagstadgad och demokratiskt styrd verksamhet att personalen skulle bedriva en utvärdering i sitt arbete som hade andra syften än välfärdsverksamhetens. Det är dessutom inte möjligt att särskilja omsorgs-, behandlings-, förändringsarbetet med klienterna, från en kunskapsinsamling som utförs tillsammans med klienterna i detta arbete. Dessa båda aspekter inom "ett och samma" arbete måste därför ha kongruenta syften och förhållningssätt (såsom de uttrycks i SoL, HSL, LSS etc).

### **Den professionella personalens vilja, kompetens och engagemang är nödvändig för att kunna genomföra en integrerad utvärdering**

Även om den integrerade utvärderingen givetvis måste förankras och beslutas av politiker och verksamhetsledning kan den inte "beordras". Modellens grundläggande förhållningssätt, med empatiskt lyssnande och samarbete med berörda människor i dialogintervjuer, som är nödvändigt för de erhållna kunskapernas kvalitet och trovärdighet, samt den nyfikenhet på resultaten och vilja att fördjupa sin yrkeskompetens, som krävs för att utvärderingens kunskaper i realiteten skall användas i verksamhetens kvalitetsutveckling - är inte möjlig utan den professionella personalens engagemang.

### **Personalen måste få tid att pröva och reflektera**

Den professionella personalen uttrycker ibland som bekymmer inför att medverka i utvärderingen - att den skall ta för mycket tid "från arbetet", eventuellt "förstöra" relationen till brukarna och kanske äventyra klienternas integritet. I en del fall hyser man också tveksamheter inför sin egen kompetens att kunna genomföra dialogintervjuer med klienterna och i undantagsfall uttrycks ovilja att öppet redovisa verksamhetens resultat - "tänk om vi inte gör någon nytta". Dessa tveksamheter kan i princip endast mötas genom att personalens oro tas på allvar och att de själva professionellt får pröva modellen tillsammans med berörda människor - vilket så gott som alltid undanröjer dessa bekymmer.

### **Brukarna måste informeras och medvetandegöras om utvärderingens syfte så att deras medverkan blir genuin**

Brukarmedverkan brukar aldrig vara något egentligt bekymmer då berörda människor i stort sett utan undantag är positiva till att medverka i den integrerade utvärderingen när de får klart för sig utvärderingens syfte, att den är inbyggd i det ordinarie arbetet och i princip omfattar ”alla” samt att deras integritet är skyddad i resultatpresentationen. När brukarna efterhand märker att dialogintervjuerna inte handlar om att bli utfrågade som ”objekt” utan om ett gemensamt kunskapssökande, brukar de bli mycket positiva till medverkan - både i behovsanalys, förändringsarbete och i senare uppföljningar.

### **Utvärderingens former och förhållningssätt måste stödja brukarnas egna resurser, ansvar och engagemang för förändring**

Berörda människors egna resurser kan stärkas om behovsanalysen inte enbart fokuserar på problem och brister utan verkligen lägger vikt vid resurser hos individ, familj och nätverk. Med en kunskapsinsamling i dialogform med öppet lyssnande och respekt kan man undvika sådan objektifiering och distans som riskerar att förstöra behandlingsrelationen.

### **Politiker och verksamhetsledning bör aktivt stödja den integrerade utvärderingen genom att efterfråga dess kunskaper**

Berörda beslutsfattare måste ställa sig bakom utvärderingens syfte och vara intresserade av att få kunskaper om ”hur det går för klienterna” samt vara beredda på att dessa kunskaper kan få genomslag i det löpande program, plan och budgetarbetet. Att besluta om utvärdering men sakna viljan att ta till sig erhållna kunskaper skulle naturligtvis ge en bristande trovärdighet som i förlängningen skulle minska personalens engagemang.

### **Verksamheten måste själv ’äga’ utvärderingens kunskaper och resultat och själv bestämma vilka resultatanalyser man vill göra**

’Egennyttan’ krävs för att verksamhetens ledning och personal skall engagera sig i kunskapsinsamling, resultatanalyser och slutsatser som leder till kvalitetsutveckling. Om personal och ledning upplever utvärderingen som tillhörig någon annan, med en analys skild från verksamheten och utan koppling till hur arbetet med de egna brukarna skulle kunna förbättras, så minskar av förklarliga skäl verksamhetens engagemang.

### **Ansvar för utvärderingens genomförande bör följa verksamhetens ordinarie ansvarsfördelning**

Förtroendevalda och verksamhetsledning bör tydligt besluta om att den integrerade utvärderingen skall genomföras och att resultaten skall återföras i genomtänkta former. Ansvar för genomförandet av utvärderingen bör därefter följa ordinarie ansvars- och beslutsordning där chefer och mellanchefer har ansvar för att utvärderingen genomförs och resultaten återförs inom sitt respektive ansvarsområde.

Detta markerar att utvärderingen ingår i den ordinarie driften, vilket ger nödvändig stabilitet över tid och minskar risken för att utvärderingen skall bli alltför personrelaterad eller betraktas som ett tillfälligt projekt.

### **Personalen måste tidsmässigt hinna genomföra utvärderingens kunskapsinsamling inom ramen för sitt ordinarie arbete**

De konkreta formerna för datainsamling, dokumentation och aggregering får inte ta onödig tid i anspråk - utöver den tid som ändå åtgår för arbetets bedrivande. Detta är i sig en viktig anledning till att använda ett specialdesignat IT-stöd i utvärderingen, vilket bland annat möjliggör tidsbesparande färdiga rubriker och genomtänkta listor. Samtidigt leder detta till ett inbyggt dilemma där man får försöka finna den bästa kombinationen av två svårförenliga strävanden.

Utvärderingen måste vara tillräckligt bred, djup, noggrann etc. för att ge seriösa och trovärdiga kunskaper men samtidigt inte vara så omfattande och krånglig att man inte hinner genomföra den inom arbetets ram. Man kan därför inte välja den lätta vägen med ”mesta möjliga datainsamling”.

Snarare måste man försöka finna den optimala, relevanta, gemensamma och tillräckligt omfattande” kunskapsbas - för att kunna dra slutsatser om verksamheten fyller sitt syfte till nytta i berörda människors liv.

### **Personalen måste stå ut med utvärderingsdokumentationens förenkling av kunskaperna ur dialogen med berörda brukare**

Förenklingar blir alltid följderna av kompromissen mellan omfattning och tid och när den personliga dialogen skall dokumenteras i ett dataprogram med färdiga rubriker och listor.

Frustrationen brukar dock avta betydligt när man efterhand inser att om den stora mängden detaljer och individuella upplevelser, som erhålles i dialogen och samarbetet med enskilda brukare hade dokumenterats, så skulle detta ändå ”förvinna”/ inte kunna visas / i den aggregerade resultatpresentationen.

### **IT-stöd för dokumentation och resultatanalys måste fungera användarvänligt, tidsbesparande och grafiskt överskådligt**

Det är viktigt att utvärderingens IT-stöd både har en god egen funktion och att det fungerar bra i relation till personalens övriga arbetsuppgifter och till de andra dataprogram som verksamheten använder för journalföring och annan dokumentation. Annars finns risken att krångel vid datoranvändning både tar dyrbar arbetstid i anspråk och hindrar ett smidigt samarbete med berörda brukare.

Givetvis måste dokumentationsprogram, databas, analys- och presentationsverktyg hålla mycket hög säkerhet, integritet, kapacitet och IT-support.

### **Återföring av resultat och slutsatser bör ske både till brukare och till personal, verksamhetsledning och berörda politiker**

Återföringen till berörda människor är 'automatiskt' inbyggd i varje uppföljning och är väsentlig både av etiska och juridiska skäl men också för att den bidrar till en öppen samarbetsrelation.

Återföringen till den egna enheten och personalen är nödvändig, dels för att möjliggöra resultatanalyser och gemensamma slutsatser, dels för att de ansträngningar man lägger ner i utvärderingen måste upplevas ge långsiktig egennytta - i betydelsen att personalen själva får något tillbaka i form av egen kompetensutveckling och förbättrad verksamhet.

### **Integrerad utvärdering bör kunna kopplas till verksamhetens program-, planarbete och årsredovisning**

Utvärderingens kunskaper kommer troligen inte att användas i verksamhetens kvalitetsutveckling om utvärderingen lever sitt eget liv, bredvid de reellt beslutande sammanhangen - och genererar intressanta kunskaper som inte får någon som helst effekt på verksamhetens planer och prioriteringar, metodutveckling, vidareutbildning, handledning osv.

Återföringen av utvärderingens kunskaper till verksamhetsledning och politisk nämnd måste därför ske i genomtänkta och verksamhetsanpassade former - schemalagd minst en gång om året, så att kunskaperna om berörda människor "kommer upp samtidigt på bordet" när program, planer och budget skall diskuteras, prioriteras och beslutas.

**Integrerad utvärdering höjer kraven på validitet och reliabilitet**

De krav på den erhållna informationens validitet / relevans och reliabilitet / tillförlitlighet och noggrannhet, som gäller för alla seriösa utvärderingar, får en utökad betydelse i den integrerade utvärderingen.

Då denna kunskapsinsamling ingår som en ordinarie del i det löpande välfärdsarbetet, räcker det inte med att kunskaperna i sig är relevanta, korrekta, tillräckliga och trovärdiga inom de livsområden som studeras.

Kunskaperna måste dessutom kunna förstås av berörda brukare och implementeras i aktuellt förändringsarbete med berörd person och målgrupp samt kunna användas i verksamhetens kvalitetsutveckling.

Detta är en avgörande anledning för dialog som primär form för kunskapsinsamling eftersom denna möjliggör kontinuerlig avstämning och klargöring av innebörd och mening för ökad begriplighet och tillämpbarhet.



## 6. REELL BRUKARMEDVERKAN

### Brukarmedverkan – som kund eller medborgare ?

Utvärderingar kan bedrivas utifrån olika syften, intressen och perspektiv. En grov uppdelning kan oftast göras mellan ”inåtvända” (ut?)värderingar med fokus på den aktuella organisationens inre verksamhet ( medel, personal, pengar, prestationer etc ) och reella utvärderingar som fokuserar verksamhetens effekter i brukarnas liv, exempelvis för erhållande av s.k. evidensbaserad kunskap genom olika utfallsanalyser /outcome-studies.

Inom båda dessa fokuseringar har utvecklingen gått, från mer distanserade och objektifierade upplägg, till ett ökat intresse för ”processer” - kring vad som händer inne i verksamheten och hur olika tjänster ”levereras” i relation till berörda ”intressenter” i roller som ”beställare” och ”brukare” samt hur dessa personer som mottagare av olika tjänster blir bemötta i välfärden. Efterhand har två ideologiskt åtskilda utvärderingsinriktningar växt fram.

Den ena riktningen betonar den enskilda individens rättigheter och valmöjligheter och betraktar välfärdsverksamheter primärt i termer av tjänsteproducerande ’servicemanagement’-organisationer, som på en mer eller mindre konkurrensutsatt ”marknad” levererar olika prissatta tjänster till mer eller mindre nöjda ”kunder”. Man uttrycker en generell tveksamhet till ett alltför ”starkt samhälle” som kan agera överförmyndare åt den enskilda individen vilken kan bli handlingsförlamad i inlärd hjälplöshet.

Ofta förespråkar denna inriktning att den offentliga kontrollen av välfärden tonas ner och att antalet politiker liksom skatteuttaget till offentligt styrd välfärd skall minskas. Istället skall den enskilde få ut mer eget kontrollerade pengar, direkt från lön eller exempelvis i form av ”vård- och skolpeng” som man kan använda efter eget gottfinnande och härigenom utöva sitt inflytande som enskilda konsumenter, genom egna val och köp av välfärdstjänster.

Här får utvärdering oftast en vinkling med betoning på *konsumentmakt* i form av olika mätningar av kundtillfredsställelse, vanligen genom sk nöjd-kund-undersökningar via enkäter. Med detta synsätt försöker man undersöka vad kunden vill ha och söker därefter att leverera detta önskemål till ett konkurrenskraftigt pris. Hur detta sker, till vilket kostnad och vad kunden anser om tjänster och bemötande blir utvärderingens fokus.

Den andra inriktningen hävdar ett mera solidariskt demokratiskt rättviseperspektiv och betonar brukarnas *egenmakt* i rollen som medborgare vilka bedömer välfärdsorganisationen utifrån välfärdslagstiftningens värderingar, exempelvis om jämlikhet, rättvisa etc. Här blir det oftast besvärligare att finna entydiga undersökningsmetoder utan oftast får man öka sin kunskap via olika former av person- och gruppintervjuer där också brukarna kan vara aktiva i att formulera kriterier för vad som menas med ex jämlikhet och i vilken grad de i så fall har blivit jämlikt bemötta i kontakten med välfärden.

En intressant modell för sådant brukarinflytande har utvecklats av i Danmark av Hanne Krogstrup under beteckningen ”Bikva” (Brukar-medverkan i kvalitetsutveckling). Här genomförs gruppintervjuer med olika brukargrupper för att utröna deras positiva och negativa perspektiv på aktuell välfärdsverksamhet. Från dessa erfarenheter utvecklas frågor till personalen där brukarnas erfarenheter kan ställas mot personalens professionella synsätt. Ur erfarenheterna från såväl brukare som personal utvecklas frågor som ställs till ledning, administration och politiker - för att till slut leda till diskussioner om prioriteringar och kvalitetsutveckling.

### Förmyndarinställning kan inte ersättas med ett lika oreflekterat 'ensidigt brukarperspektiv'

Den nordiska välfärdslagstiftningen har medvetet tagit avstånd från forna tiders maktspråk och överförmynderi. Både gällande hälso- och sjukvården, individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen etc betonas vikten av att den enskilde medborgarens rättigheter stärks, att egna resurser utvecklas och att berörda brukares synpunkter och erfarenheter tillvaratas i mötet med välfärden.

Dock finns fortfarande risken att välfärdsverksamheter i praktiken ändå kan ha kvar en förmyndaraktig besserwisser-attityd med ”bedömningar” bakom ryggen och över huvudet på de berörda brukarna – gällande deras eventuella ’problem’ och bristande förmågor i en rad avseenden och genom snävt samhällsanpassande attityder till normaliserat beteende.

Samtidigt bör det påpekas att iden att använda olika brukares blandade synpunkter på välfärdsverksamheten som utvärdering inte alltid är så välbetänkt. Man får ju definitionsmässigt vinklade uppfattningar om just dessa brukares personliga erfarenheter, utan att kunna få grepp om vilka förändringar som faktiskt ägt rum i mer generell bemärkelse i berörda människors inre och yttre livssituation. De kunskaper man kan få är begränsade till uppfattningar om verksamheten – inte gällande faktiska förändringar.

Sådana modeller (vilka kan exemplifieras av tidigare nämnda ”Bikva”) kan därför var utmärkta som processinriktade och demokratistimulerande brukarundersökningar av avgränsade aspekter vilka kan användas i internt kvalitetsutvecklande syfte. Däremot bör man inte få för sig att man härmed har utvärderat verksamheten. Det blir exempelvis omöjligt att denna väg få samlad kunskap om vilka förändringar som ägt rum för verksamhetens samtliga klienter gällande sysselsättning, boende, ekonomi, relationer, hälsa, etc.

Sammanfattningsvis finns således minst tre potentiella fallgropar:

- antingen att försöka reducera människors behov till önskemål från ”kunder” på en fantiserad välfärdsmarknad,
- eller att man tillämpar ett gammaldags von-oben- perspektiv där den professionella personalen gör bedömningar över huvudet på brukarna,
- eller att man i en positiv men oreflekterad demokratisträvan låter spridda brukares röster få orimlig tyngd i relation till den professionella personalens mer generella kunskaper och erfarenheter.

## Brukare är medmänniskor med förändringsbehov och egna förändringsresurser

Den professionella välfärdspersonalen förstår naturligtvis att brukare i vissa avgränsade avseenden kan betraktas som kunder (vilka bl.a har möjlighet att tacka nej till ett visst välfärdserbjudande), givetvis försvarar man överlag den grundläggande välfärdsideologin och oftast gör man också avstämningar med brukarna kring hur de uppfattar de pågående insatserna.

Den egentliga huvudanledningen till välfärdspersonalens kontakt med brukarna är emellertid att dessa är människor med olika omsorgs- och förändringsbehov som det är välfärdens överordnade syfte att i ömsesidigt samförstånd söka bistå och bemöta. Brukarna kan därför varken betraktas som vilken allmänhet som helst eller som medborgare vilka utgör en valmanskår eller som kunder vilka väljer servicegrad vid en viss prisnivå.

Banaliteter som att ”kunden alltid rätt” ( i naiv service-mangement-bemärkelse) stämmer inte i mer komplexa välfärdssammanhang då människor inte alltid är medvetna om eller kan uttrycka sina ’egentliga’ behov.

Vid enkelt definierbara serviceinsatser, som att till ett visst pris få fönstertvätt inom ramen för hemtjänstens generella bistånd, kan det väl i och för sig vara tänkbart att betrakta detta som ett rent kund – leverantörsförhållande.

Så fort det emellertid handlar om välfärdens kärnverksamhet, dvs att bistå människor i att möta sina mera grundläggande behov, krävs så gott som alltid att brukarna får hjälp av professionell personal och experter för att gemensamt försöka utreda sina behov och komma fram till adekvata behandlings-, omsorgs-, förändringsinsatser. Detta är själva grundanledningen till varför det inom välfärden finns behov av professionellt utbildade läkare, psykologer, socionomer, psykoterapeuter, sjuksköterskor, sjukgymnaster, specialpedagoger, mentalvårdare etc - och inte enbart folk som läser innantill ur frågeformulär eller ett antal ”säljare” av välfärdstjänster.

Huvudanledningen för brukarnas kontakt med välfärdsverksamheten är givetvis att kunna utveckla sina resurser och möta sina behov - så att de i realiteten kan leva mer behovstillfredsställande och hälsofrämjande.

Brukarperspektivet inom välfärdsverksamheter kan därför varken begränsas till kunder, servicemottagare, väljare eller medborgare i allmänhet utan får framförallt en djupare betydelse som

*medmänniskor med förändringsbehov och egna förändringsresurser.*

Hur dessa brukare bemöts, hur behoven undersöks och förändringsarbetet genomförs blir avgörande både för etik, samarbete och förändringsresultat. Ett respektfullt, empatiskt, uppmuntrande och salutogent förhållningssätt bidrar generellt till goda behandlingsresultat. Även om de faktiska förändringsresultaten i livet rimligen utgör det överordnade utvärderingsperspektivet blir därför brukarnas upplevelser och erfarenheter av välfärdsorganisationernas insatser och bemötande också mycket väsentliga.

I reellt välfärdsarbete handlar det inte om att välja mellan antingen ett gott bemötande eller goda förändringsresultat utan alltid om ett både-och-perspektiv. I djupare bemärkelse är människosyn, etik, bemötande, kompetens, insatser och resultat alltid ömsesidigt beroende av varandra.

## Reell brukarmedverkan genom dialog och samarbete med berörda människor

På motsvarande sätt som bemötande och resultat är beroende av varandra i det pågående förändringsarbetet, blir det ytterst väsentligt hur man bemöter och engagerar de brukare som ingår i en utvärdering rörande välfärdens insatser och effekter. Det sätt som man förhåller sig till brukarna i utvärderingen kommer dessutom, via parallellprocesser och den kultur man härigenom skapar, att påverka det övriga förändringsarbetet.

Då det är väsentligt för välfärdsarbetet att eftersträva dialog och samarbete med brukarna för utveckling av egna resurser, självbestämmande, aktiv medverkan och eget ansvar, så måste man också försöka utveckla ”icke-objektifierande” utvärderingsmetoder som gynnar sådana processer.

Att i öppna demokratiska former involvera berörda brukare i utvärderingar av välfärden för sannolikt med sig en rad positiva sidoeffekter - som att servicen kan förbättras och ”kundanpassas” samt att acceptansen för god generell välfärd kan öka både hos berörda och allmänhet.

Brukarnas medverkan i utvärdering handlar emellertid inte i första hand om vad de berörda anser ”om” välfärdsorganisationen och dess olika tjänster eller om de är nöjda kunder eller om vilka betydelser som några berörda brukare eventuellt lägger i olika välfärdsbegrepp.

Brukarmedverkan i utvärdering handlar istället om att mycket mera genomgripande och radikalt försöka utveckla ett *reellt samskapande samarbete med berörda människor* - i sökandet efter kunskap om behov, resurser och förändring samt i hur dessa kunskaper kan implementeras och användas i gemensamt förändringsarbete.

Den principiella huvudformen för denna reella brukarmedverkan är att den integreras i det direkta ordinarie förändringsarbetet inom välfärdens ordinarie organisationer samt att utvärderingen i sin tur integreras i detta förändringsarbete i *kontinuerlig dialog mellan berörda brukare och personal*.

Brukarmedverkan kan härmed inte begränsas till formen av ett till tid och volym avgränsat projekt gällande ett visst antal talföra brukare utan blir något som *präglar hela den ordinarie och kontinuerligt pågående välfärdsverksamheten och omfattar verksamhetens samtliga brukare*.

De kunskaper och erfarenheter som kan erhållas genom denna integrerade dialog får en helt annan dignitet och bredd och kan nå ett helt annan och djupare förståelse, än vad som skulle bli fallet om brukare respektive personal var för sig hade försökt göra separata bedömningar.

Huvudanledningarna för brukarmedverkan i utvärdering är således att man både kan få *fördjupade kunskaper* om berörda människors förändringsbehov och mera sannolikt *kan använda* dessa kunskaper i individuellt och målgruppsinriktat förändringsarbete tillsammans med dessa brukare samt att man kan stärka brukarnas egna resurser genom ett demokratiskt förhållningssätt där kunskaperna söks i gemensam dialog.

Brukarmedverkan kan härmed bidra till en rad *förbättringar* gällande:

- kunskaperna om brukarnas livssituation och förändringsbehov,
- förändringsarbete och samarbetsrelation med dessa brukare
- förändringsresultat och måluppfyllelse i berörda brukares liv samt
- verksamhetens långsiktiga brukarinriktade kvalitetsutveckling

Vid en utvärdering som integreras i pågående välfärdsverksamhet, i reell samverkan med berörda brukare, kan man heller inte å ena sidan utreda och behandla med ett visst förhållningssätt och å andra sidan utvärdera med ett annat förhållningssätt i en annan situation. I en integrerad utvärdering kan dessa olika aspekter betraktas som faser i "ett och samma" välfärdsarbete – vilket även förändrar och i mental bemärkelse upplöser den traditionella uppdelningen i utredning, diagnos, behandling och utvärdering.

Att utvärdera blir lika mycket ordinarie arbete som att utreda och behandla.

Det handlar således härvid inte primärt om att utvärdera ett förändringsarbete utan snarare om att bedriva ett förändringsarbete med integrerad utvärdering som ett naturligt ordinarie inslag - i direkt dialog med brukarna vilka aktivt deltar i detta utvärderade förändringsarbete.

### ***Integrerad utvärdering***

eftersträvar ett förhållningssätt till berörda brukare som medmänniskor med förändringsbehov och egna förändringsresurser

utvecklar ett kunskapssökande och samskapande förändringsarbete i vilket en gemensam kontinuerlig utvärdering integreras – i dialog med berörda brukare.

## 7. TEORIBASERAD UTVÄRDERING

### Teorianknytning med olika betydelser och konsekvenser

Ett vanligt akademiskt krav är att utvärderingar skall vara *teoribaserade*. Härmed menas förenklat att man inte enbart kan gå ut och observera olika händelser och fenomen utan att först ha en 'teori' som både ger en ledning till vad man skall observera och ger en möjlighet att förstå det som observeras samt hur olika observationer, insatser och effekter sammanhänger, både inbördes med varandra och med omgivande kontext. Inom utvärderingar i välfärdssammanhang används härvid vanligen någon av följande strategier.

Antingen utgår man från de mål som mer eller mindre tydligt anges i lagstiftning eller i riks- och lokalpolitiska ambitioner och försöker bryta ner dem successivt till tydliga, entydiga, mätbara och "operationaliserade" delmål på kort och lång sikt – varefter man söker "mäta" om dessa mål har uppfyllts och extrapolerar upp till de större målen igen. Fördelen här är kopplingen till de politiska ambitionerna. Nackdelen är att man saknar en egentlig förklarings teori varför man möjligen kan mäta men knappast förstå måloppfyllelsens innebörd eller överensstämmelse med brukarnas behov.

Eller så utgår man från lagstiftning och politiska eller professionella ambitioner och försöker något mera "teoretiskt" tydliggöra vad som menas med dessa ambitioner och hur dess förändringsmekanismer fungerar samt hur dessa mekanismer kan observeras. Exempelvis söker man utveckla betydelser och förändringsaspekter i "självbestämmande" samt sätta upp kriterier för hur självbestämmandets mekanismer skall kunna observeras och dokumenteras. Fördelen här är viljan att fördjupa förståelsen av de välfärdspolitiska syftena. Nackdelen är bl.a. att det inte är självklart att forskarens 'teori' gällande innebörd och förändringsmekanismer i "självbestämmande" även delas av brukare, personal och politiker.

Eller så försöker man att utgå från etablerad teoribildning som utgångspunkt för hypoteser gällande förklaringar till problem och förändringsprocesser. Exempelvis kan man utgå från neuropsykiatrisk genetisk- biologisk medicinsk teori och/eller psykodynamisk utvecklingsteori och/eller systemteoretisk familjeteori ( eller inom någon av dessa generella teoriers specialiserade underskolor ex olika varianter av objektrelationsteori eller strategisk, strukturell, experientuell, språkssystemisk, narrativ etc. systemteori ) när man utreder, behandlar och handleder ett "ärende" med viss problematik, så att det som observeras blir tydliggjort, tolkat och "sammanhangsmarkerat" inom vald teoretisk referensram.

Här är den uppenbara fördelen den historiska utveckling, vetenskapliga forskningsbakgrund och omfattande erfarenhet som ligger till grund för dessa teoribildningar. Utmärkande för all seriös professionell välfärdsverksamhet inom olika professioner är just att man utbildar, bedriver och leder arbetet utifrån tydliga teoribildningar som är adekvata utifrån uppdrag och målgrupp ( som givetvis bör innefatta flera teorier på olika nivåer ). Denna referensram bidrar oftast till ökad gemensam förståelse och handlingsinriktning. Nackdelen är dels att valda teorier och föreslagna hypoteser kan visa sig vara felaktiga (vilket hänt många gånger under historiens gång), dels att det som observeras, exempelvis i termer av orsak - verkan, insats - effekt , blir ”fundamentalistiskt” tolkat och intryckt i en viss teori - så att teorin trots logiska motsägelser fortfarande skall kunna behållas. Det är inte heller säkert att all personal omfattar eller behärskar den valda teoribildningen och det är ännu mindre troligt att man kan föra dialoger med berörda brukare med hjälp av denna specialterminologi. Om man dessutom skulle välja en enda ”godkänd” teori som förklaringsmodell vid en utvärdering är det mycket sannolikt att detta skulle leda till fraktionsstrider mellan olika teoriföreträdare om vem som har ”mest rätt” och tolkningsföreträde.

Det är således inte alldeles enkelt att definiera innebörden i ”teoribaserad” utvärdering. Vilken av de genomgångna varianterna man än väljer så för den dessutom med sig ett antal negativa konsekvenser – särskilt om man har ambitionen att bedriva en utvärdering inom ordinarie välfärdsverksamhet och i direkt dialog med berörda människor.

## Teorianknytningen kan inte väljas bort

Själva idén, att man i en utvärdering inte kan observera olika fenomen utan en ”teori” för vad som skall studeras och hur detta skall tolkas, är i själva verket mycket mer basal och nödvändig än vad som kanske först är uppenbart, även om det egentligen handlar om både metateori och teorier.

Det är nämligen principiellt omöjligt att observera, tolka och förstå något som helst fenomen i tillvaron utan att ha någon form av förhandsuppfattning om det som observeras i förhållande till den kontext inom vilket detta äger rum. Alla kunskaper bedöms och förstås, medvetet eller omedvetet, mot en bredare förförståelse.

Det förekommer helt enkelt inga förutsättningslösa observationer, varken inom forskning, arbete eller vardagsliv, och man kan därför inte heller ”välja bort” teorianknytningen vid utvärderingar.



Valet står således istället mellan att antingen låta en mer omedveten förförståelse indirekt styra det som undersöks och tolkas - eller att försöka medvetandegöra och förtydliga ( så långt man nu förmår ), de metateoretiska, teoretiska och metodologiska premisser som utgör den förförståelseram inom vilken utvärderingen bedrivs.

## Den integrerade utvärderingens teori anknytning

### **1. Utvärderingen utgår från ett genomtänkt paradigm med en öppet deklarerad vetenskapsteori och forskningsmetod.**

Dessa ställningstaganden redovisas i denna skrift – främst inom Delarna I, II och V samt med specifika kopplingar till betydelsefulla teoretiker under ”Den integrerade utvärderingens teorigrund” som redovisas i Bakgrund.

Ställningstagandena baseras i sin tur på metateoretiska paradigmatiska värderingar rörande människosyn, samhällssyn och kunskapssyn vilka kan häröras ur filosofiskt ontologisk förförståelse kring tillvarons ursprung och beskaffenhet, förändringens möjlighet, ande - materia, kropp - själ etc (Se vidare Sandell: ”Psykosocialt förändringsarbete”, 1985, Del I).

### **2. Fenomen som skall undersökas måste både begreppsdefinieras och tydliggöras avseende vad och vem som avses samt vad som menas med använd terminologi samt hur dessa kunskaper kan erhållas, dokumenteras, sammanställas och analyseras.**

Om man exempelvis vill utvärdera ”behandling av aggressiva pojkar” så måste man klargöra dels vilka pojkar, i vilken ålder, livssituation etc. som avses, dels vad man i utvärderingen menar med ”aggression” och insatsen ”behandling”, dels fastlägga vilka kriterier / utsagor / beteenden som skall ”observeras” för att kunna betecknas som behandling och aggression samt slutligen planera hur denna kunskapsinsamling och resultatanalys konkret skall genomföras och dokumenteras, av vem, under vilken tidsperiod etc.

**Integrerad utvärdering möter behoven av gemensam terminologi och begreppsdefinition på följande sätt:**

I möjligaste mån undviks begrepp som bygger på en specifik teori och som skulle kräva särskild utbildning och besvärliga tolkningsprocesser för att kunna användas i dialogform eller begrepp som av brukarna skulle kunna uppfattas som uttryck för nedsättande eller förtryckande förhållningssätt. Exempel på sådana begrepp är transmittorsubstans, jagsvaghet, borderline, individuation, bipolär, karaktärsstörning, bristande individuation /omsorgsförmåga /gensvar på relationsdefinitioner, dysfunktionella familjesystem, tregenerationsmönster, alienation, anomie, utslagningsmekanismer, etc.

Samtliga texter, rubriker och variabelistor, gällande såväl olika livsområden som insatser från en rad olika aktörer, har utvecklats i nära samarbete med den professionella personalen inom en rad olika verksamheter, i en strävan att ligga så nära som möjligt det vardagligt professionella språkbruk, som ömsesidigt används och förstås i klient-/patient-/omsorgskontakter.

Intervjuerna genomförs i dialogform med brukarna vilket ger goda inbyggda möjligheter för båda parter att metakommunicera ”om samtalets betydelse under samtalets gång”, för att förtydliga och fördjupa meningen och betydelsen av både det som undersöks , efterfrågas och ’svaras’.

De individer som väljs ut till respektive målgrupp för resultatanalys definieras tydligt i dataprogrammet genom en rad olika urvalskriterier.

Urvalskriterierna hämtas dels ur berörda personers bakgrundsförhållanden dels ur tillämpliga insatser som varit aktuella för utvald målgrupp.

Slutligen ingår denna skrift ( som Du just nu läser) vilken söker förtydliga:

- paradigmval, människors behov och verksamhetens resultat ( Del I )
- utvärderingens värdegrund, teori och metodval ( Del II )
- vad som skall undersökas och dokumenteras ( Del III och Appendix )
- hur resultaten kan analyseras ( Del IV och Appendix ) samt
- kvalitetssäkring, andra modeller, ifrågasättanden etc. ( Del V).

Appendix redovisar betydelsen av dokumentationsrubriker, aggregring, analys och resultatredovisning i dataprogrammet.

Diagramförklaringar ( i dataprogrammet ) utreder slutligen betydelsen av resultatpresentationen till respektive graf.

### 3. Fördel om den utvärderande *verksamheten* är teoretiskt och metodologiskt tydlig.

Det är slutligen underlättande för den integrerade utvärderingen om de olika vårdande, behandlande, habiliterande etc *insatser* inom den utvärderande verksamheten som bedrivs för olika *målgrupper*, baseras på adekvata *teorier* på de förklaringsnivåer som kan vara adekvata ( biomedicinska, neuropsykiatriska, individual-, familj-, gruppsykologiska, utvecklings-, social-, organisationspsykologiska, sociologiska, ekonomiska etc ).

De metoder och tekniker som används inom dessa insatser bör givetvis sin tur vara kongruenta mot de teorier man valt.

Denna teorikoppling är i sig *ingen nödvändig förutsättning* för att en utvärdering skall kunna genomföras. Dock utgör teorikopplingen en *fördel* för den utvärderande verksamheten eftersom utvärderingens analyser av behov, insatser, förändringar och nytta samt slutsatser i kvalitetsutveckling underlättas om verksamheten är teoretiskt och metodologiskt 'tydlig'.

Se vidare 'Att använda utvärderingens kunskaper i verksamhetens kvalitetsutveckling' i Avsnitt 21, Del IV

Det bör uppmärksammas att kravet på teorianknytning i den integrerade utvärderingen *inte* betyder att man omfattar en viss teori ( som exempelvis förklarar klienternas lidande eller det psykosociala arbetets praktik ) och att utvärderingen används för insamling av data som stöd för just denna teori. Ett sådant förfarande skulle bilda ett alltför slutet cirkelresonemang för att kunna betraktas som en seriös utvärdering.

## 8. UTVÄRDERING OCH FORSKNING

### Utvärdering kan vara lika vetenskaplig som forskning

En vanlig missuppfattning bland välfärdsarbetare, beslutsfattare och medelsbeviljande organ men också ibland många forskare, är att det finns någon sorts kvalitetsskillnad - mellan en seriös och vetenskaplig forskning och en mera fälttillvänd, beslutsavhängig och aktivitetinriktad utvärdering.

En möjlig förklaring till dessa åsikter är att utvärdering ofta uppfattas som ”uppdragsstyrd” och därmed underställd olika samhällsorgan med deras beslutshierarkier, medan forskning ses som mera ”teoristyrd” ur forskarens eget intresse, tillhörighet och forskningstradition.

Denna uppfattning är riktig i så motto att det i utvärdering krävs en dubbel kompetens och tillhörighet. Utvärderaren måste primärt behärska den vetenskapligt teoretiska begreppsapparaten och ha nödvändig metodologisk kompetens för att kunna genomföra en trovärdig utvärdering. Samtidigt måste utvärderaren känna till och kunna förstå den välfärdskultur inom vilken den utvärderade verksamheten bedrivs för att begripa dess syfte och uppdrag och vad som bör utvärderas. Dessutom krävs att utvärderaren har de berörda beslutsfattarnas förtroende eftersom dessa annars inte är beredda att låta denna utvärdering överhuvudtaget komma tillstånd eller är villiga att ta till sig av utvärderingens kunskaper för prioriteringar i en verksamhet för vilken de har ett politiskt, juridiskt och ekonomiskt ansvar.

Beträffande forskaren krävs inte motsvarande dubbla kompetens. Om en kompetent forskare väl kan erhålla tillräckligt förtroende från de akademiskt dominerade beslutsorgan vilka beviljar medel till forskningsprojekt och tjänster, så behöver forskaren inte på samma sätt dessutom ha fältets förtroende och godkännande. Att traditionell forskning i stor utsträckning beslutas och styrs ”internt” inom forskningen, ger därför ytligt betraktat forskaren större ”vetenskaplig frihet” jämfört med en utvärderare som kontinuerligt måste balansera mellan vetenskap, praktik och politik.

Bakom det mångfacetterade begreppet ”vetenskaplig frihet” kan emellertid olika innebörder finnas med komplicerade ömsesidiga påverkansförhållanden och maktrelationer. Det förekommer exempelvis utvärderingar som till inriktning och struktur helt har skapats av oberoende forskare samtidigt som det kan förekomma forskning som helt styrs av rådande akademiska maktförhållanden. Många forskare har i praktiken endast möjligheter till finansiering genom att underordna sig gällande forskningsprioriteringar

Rimligtvis har både forskaren och utvärderaren en frihet att tänka och utveckla modeller - medan båda i praktiken är beroende av överordnade beslutssystem om de även vill kunna förverkliga sina idéer och projekt.

Det finns heller ingen enkel logisk kausalitet, varken för forskning eller utvärdering, mellan graden av ”frihet” och graden av ”vetenskaplighet”. Ett visst projekt blir inte automatiskt mera vetenskapligt för att det kallas forskning, lika lite som en utvärdering i direkt samverkan med välfärdsverksamheter därmed automatiskt skulle vara mindre teoretisk eller vetenskaplig. Exempelvis kan sk. uppdragsforskning, vilken ofta betraktas nedlåtande inom samhällsvetenskap, märkligt nog få internationell uppskattning inom andra vetenskaper (som exempelvis Nobelpris i medicin). Att oreflekterat företräda en fördömande förhandsuppfattning om en viss utvärderingsmodell eller forskningsinriktning, innan man analyserat eller prövat densamma, kan däremot utan tvekan betraktas som uttryck för ett i grunden ”ovetenskapligt” förhållningssätt. Det bör istället vara reell kompetens, teori/metod, design och genomförande som avgör graden av vetenskaplighet snarare än finansieringsformer eller undersökarens organisatoriska hemvist. Olika modeller och projekt bör rimligen bedömas var för sig beträffande syfte och kunskapsintresse, analytisk skärpa och metodologisk stringens.

## Olika perspektiv kan gemensamt fördjupa kunskapen

Olika forskningsdesigner och utvärderingsmodeller kan företräda skilda perspektiv gällande omfattning, bredd, djup, tid, intressenter, teorier, metoder, aktörer och relation till användare och brukare etc - utan att dessa olika perspektiv därmed behöver vara i konflikt med varandra eller att en viss inriktning med nödvändighet är ”mera vetenskaplig” än de andra. Exempelvis kan en enkätundersökning studera inställningen till mat hos tonårsflickor generellt i landet, en annan djupintervjua fyra flickor med ätstörningar, en tredje undersöka kvinnors relation till mat i ett tregenerationers systemperspektiv, en psykoanalytisk mångårig processanalys skildra en kvinnas omedvetna konflikter mellan individuation, separation och mat, en annan studie mäta eventuella förändringar i transmittorsubstanser vid olika matintag samtidigt som en utvärdering kan studera effekterna av olika insatsprogram för flickor med ätstörningar.

Ingen av dessa undersökningar kan egentligen ses som uteslutande de övriga. Vissa undersökningar kan bilda en generell bred kunskapsbas, andra kan fördjupa sig i en specifik aspekt, vissa kan fokusera det aktuella läget, några kan följa fenomen longitudinellt över många år och ytterligare andra kan undersöka effekter av välfärdens olika insatser. De olika perspektiven kan komplettera varandra och gemensamt bidra till ökad kunskap.

Den integrerade utvärderingen företräder primärt ett kontinuerligt och longitudinellt ”breddperspektiv” på livssituation, förändringsbehov och effekter av olika insatskombinationer - gällande alla de potentiella målgrupper som berörs av en utvärderande välfärdsverksamhet. Detta perspektiv utesluter därmed inte andra undersökningar som kan genomföras av lokala/ regionala/nationella FoU-enheter, universitetsknutna forskare och nationella statistikorgan, vilka ur olika intressen och inriktningar kan söka både fördjupad och översiktlig kunskap.

Den breda, verksamhetsanknutna och brukarinriktade kunskapsgenerering, som kontinuerligt kan erhållas genom en integrerad utvärdering, kan med tiden bilda en generell kunskapsbas - vilken sannolikt i praktiken endast kan nås genom denna välfärdsintegrerade form. Denna kunskapsbas kan både användas som ”grunddata” för vidare analyser och kunskapsöversikter samt emellanåt behöva kompletteras med specialiserade och fördjupande studier - såväl i berörda människors liv som gällande de engagerade välfärdsverksamheterna.

Den integrerade utvärderingen intar således en positiv grundinställning till kompletterande undersökningsformer. Inom modellens ram kan dessutom forsknings- och FoU-projekt samt regional och nationell statistik ”integreras”. Se ”Modellens relation till olika undersökningsmetoder” i Del V.

### ***Integrerad utvärdering***

bygger på välfärdslagstiftningens värdegrund och syfte

eftersträvar en seriös och öppet redovisad vetenskaplig hållning gällande metateori, syfte, inriktning, teori, metod och praktik

finner en etisk och metodologisk styrka i dialogen med brukarna

intar en positiv inställning till kompletterande undersökningsformer

Genom kontinuerlig, inbyggd och brukarinriktad kunskapsgenerering, bildas grunden för en bred kunskapsbas gällande målgrupper, behov, insatser och resultat – vilken kan användas för översikter och fördjupade analyser och kompletteras med specialiserade undersökningar och forskningsprojekt.

## 9. UTVÄRDERINGENS RELIABILITET

Den integrerade utvärderingen väljer att bygga kunskapsinsamlingen på strukturerade dialogintervjuer under olika huvud- och underrubriker, i stället för att exempelvis använda s.k. standardiserade bedömningsinstrument, självskattningsskalor etc. Se vidare Del III Dokumentera intervju.

Denna utformning kan väcka ifrågasättanden av tillförlitligheten i utvärderingens kunskapsinsamling - vilka härrör ur i huvudsak tre typer av inbyggda förhållanden som kan uppfattas ge bristande reliabilitet, dvs om de dokumenterade kunskaperna är trovärdiga, tillförlitliga och 'upprepningsbara'.

### Osäkerheter om personal och brukare förstår varandra gällande livssituationer, behov och insatser

Personal och brukare använder ju inte en definierad, specificerad och gemensamt överenskommen teori och terminologi när de samtalar med varandra.. Läger exempelvis en socialarbetare samma innebörd i insatsen "personligt stöd" som en annan socialarbetare och menar hon själv samma sak i arbetet med två olika klienter ? Ger personal och brukare bedömningen "god måluppfyllelse" samma betydelse gällande en viss förändring ? Vad händer om personal och brukare har olika uppfattningar om en livssituation ?

Någon gemensam och av alla professionella eller forskare godtagen terminologi när det gäller levnadsförhållanden eller insatser existerar inte, varken nationellt eller internationellt. Detta sammanhänger antagligen med en mängd faktorer gällande kulturella kontext, språkets roll, människors kommunikationsförmåga och olika teories begreppsvärld och tolkningsföreträde.

Den integrerade utvärderingen försöker möta behovet av en gemensam terminologi, utan att välja en viss avgränsad teoririktning (se Del I, Kap. 7 om Teorianknytning ). Denna terminologiutveckling inom modellen har sammanfattningsvis handlat om mångåriga försök i samverkan med olika välfärdsverksamheter att använda det professionella språkbruk som vanligen brukas och ömsesidigt förstås i klientkontakter och som inte upplevs kränkande eller nedtryckande av brukarna. I väntan på att centrala myndigheter kan skapa en nationellt gemensam terminologi utgör dessa erfarenheter, från modellens mångåriga utvecklingsarbete på fältet, den hittills bästa gemensamma terminologin utifrån den integrerade utvärderingens ambitioner. Dessa begrepp och variabler används också i modellens IT-stöd och verkar fungera utmärkt i den faktiska dialogen mellan personal och brukare.

Det förekommer givetvis att personal och brukare upplever fenomen på olika sätt och gör olika bedömningar av levnadsförhållanden och behov och av insatsers innebörd och förändringars betydelse, och att de härvid kan använda olika språkbruk för sin verklighetsuppfattning.

Kommunikationssvårigheter ur olika världsbilder, realitetsuppfattningar och utbildningar förekommer i allt välfärdsarbete där människor försöker förstå varandra - och sammanhänger inte enbart med olika utvärderingar. Eventuella motsättningar och skilda bedömningar återfinns såväl i välfärds-kulturen som i relationen mellan personal och brukare, oavsett om en utvärdering pågår och de försvinner eller inte om utvärderingen avslutas.

Däremot är det säkerligen så att de krav på förtydligande av faktiska förhållanden, upplevelser och bedömningar som följer av att man i en utvärdering i en mer strukturerad dialogform går igenom och tar ställning till ett antal livsområden, ”tvingar fram” ett synliggörande av dessa motsättningar som annars kanske förblivit omedvetna eller dolda.

En möjlig väg människor emellan att försöka förbättra den gemensamma förståelsen och om möjligt nå fram till samsyn, är att försöka få tillstånd en varm, öppen och tillåtande dialog där olika uppfattningar kan mötas, missförstånd kan klaras ut och återstående meningsmotsättningar blir tydliga. I de allra flesta sammanhang, med vissa undantag för myndighetsutövning gällande barn som far illa, utagerande missbrukare och människor i djup depression eller akut förvirring, är det i praktiken också möjligt genom fortsatt dialog att efterhand nå fram till gemensam förståelse.

Utvärderingsmetoder som inte möjliggör en sådan dialog – som exempelvis observationer, enkäter, självskattningsinstrument och hårt strukturerade frågeformulär - har härvid stora svårigheter att ens få vetskap om eventuell språkförbistring och skillnader i bedömningar - och mycket begränsade möjligheter att i så fall kunna åtgärda dessa brister inom undersökningens ram.

### ***Integrerad utvärdering***

väljer strukturerad dialogintervju mellan personal och brukare som primär form för kunskapsinsamling.

Dialogen väljs både för att den ger de bredaste och djupaste kunskaperna och att den samtidigt är lättast att integrera i ett psykosocialt välfärdsarbete.

Dialogen synliggör dessutom skilda uppfattningar och erbjuder samtidigt en möjlighet att förbättra den gemensamma förståelsen.



## Skillnader mellan faktisk och upplevd förändring och mellan faktiska insatser och hur dessa upplevs

En viss faktisk förändring, exempelvis att en person som var arbetslös vid utvärderingens start har fått arbete vid tiden för uppföljningen, kan ju både upplevas på olika sätt mellan brukare och personal men också mellan olika brukare och mellan olika välfärdsarbetare. Kan man verkligen lita på att de kan skilja på ”fakta” och ”upplevelse” och kan man egentligen dra några slutsatser ur en sammanställning för en hel målgrupp av alla dessa faktiska situationer, upplevelser och bedömningar ?

Faktiska förändringar i människors liv och vad som i så fall har orsakat eller bidragit till dessa förändringar uppfattas inte automatiskt på samma sätt av olika människor. Förändringar från exempelvis studier till arbete eller från arbete till studier kan av olika berörda bedömas både positivt och negativt.

Olika bedömningar sammanhänger med bl.a. människors aktuella levnadsförhållanden, personliga förutsättningar, tidigare historia och förväntningar hos individ och omgivning och värderingar i familj, klass, samhälle och kultur samt dessutom kopplat till ålder, kön, etnicitet, religion etc. Skillnader mellan faktiska förhållanden, upplevelser av dessa förhållanden samt hur dessa i sin tur bedöms och värderas, återfinns därför i alla mänskliga sammanhang och kontakter och påverkar visserligen alla tänkbara utvärderingsmodeller - men existerar således alldeles oavsett om en utvärdering bedrivs eller ej. Denna problematik kan heller inte undvikas inom någon modell eller metod för utvärdering inom något utvärderingsparadigm och bör därför så långt det är möjligt medvetandegöras och hanteras på ett genomtänkt sätt.

Att faktiska förändringar kan upplevas och värderas olika mellan olika människor kommer naturligtvis inte som någon överraskning för den professionella välfärdspersonalen. Snarare är detta en erfarenhet som man kontinuerligt gör i alla dessa välfärdsmöten med behövande människor. Med ödmjukhet inför de svårigheter som finns i att verkligen kunna förstå en annan människa kan man emellertid komma en bra bit på vägen genom att gemensamt medvetandegöra åtskillnaden mellan faktisk och upplevd förändring och tillåta att olika perspektiv och upplevelser får komma till tals.

I den integrerade utvärderingen har denna problematik uppmärksamats alltsedan starten.. Den erfarenhet som efterhand har erhållits genom alla dessa brukarkontakter är att det principiellt är möjligt att särskilja faktiska förändringar och genomförda insatser från hur dessa i sin tur upplevs och värderas - genom två samtidiga förfaranden.

Primärt måste man stimulera till en varm, öppen och tillåtande dialog där skillnaderna kan förklaras mellan *faktisk* situation och *bedömning av* denna och härvid ge brukarna 'rätt' till sina egna ocensurerade upplevelser.

Dessutom bör man i själva dokumentationen särskilja det som kan betecknas som *faktisk* livssituation och förändring samt förändringsbehov i termer av *mål för önskad (faktisk) förändring* - från upplevelse och gemensam *bedömning av* denna förändring och måloppfyllelse. Även *faktiskt genomförda insatser* måste kunna skiljas från *bedömning av* förändringsaktörernas betydelse för eventuell förändring.

Detta åskådliggörs grafiskt i modellens IT-stöd för 'Dokumentera intervju'. Faktisk situation vid start och uppföljning särskiljs från bedömning av Förändring och Måloppfyllelse genom att placeras under skilda rubriker och på olika 'nivåer' i respektive formulär.

Faktiskt genomförda Insatser särskiljs på liknande sätt från bedömning av Förändringsaktörernas betydelse, genom var sitt formulär - för att bidra till största möjliga klarhet i dessa förhållanden.

Denna struktur fungerar också i de konkreta brukarkontaktarna.

Förklaring av de olika formerna av kunskaper och kunskapsinsamling klargörs också efter bästa förmåga, dels genom resonemangen i denna bok, dels genom den information till varje enskild rubrik under Dokumentera intervju som interaktivt medföljer IT-stödet.

## Risker för logiska felslut gällande presenterade resultat i samvariationer mellan insatser och måloppfyllelse

Samvariationer - att olika fenomen inträffar samtidigt' - utgör ju inte i sig några bindande orsakssamband, dvs. att dessa variabler på ett logiskt, ömsesidigt och nödvändigt sätt utgör "orsak" och "verkan" ( på det sätt som ex upphettat vatten börjar koka eller att antibiotika kan bota en infektion ).

Enskilda personer i en målgrupp kan också ha fått en annan kombination av insatser med ett annat resultat än de som beskrivs samlat för målgruppen. Enstaka insatser kan dessutom bli missgynnade i vissa sammanställningar då exempelvis nya och oprövade (men kanske effektiva ) insatser till en början kommer att ha en låg volym, i jämförelse med mer traditionellt använda. De kan därför riskera att bli negligerade vilket i förlängningen skulle kunna ge en negativt konserverande och förändringshämmande effekt.

En mönsteranalys, som handlar om sammantagna samvariationer i en hel målgrupp, skulle dessutom kunna missuppfattas som ”rekommenderade” insatser för ett enskilt ärende.

Dessa frågor bottnar ytterst i varje människas metateoretiska förförståelse gällande de stora och eviga spörsmålen om tillvarons ”sanna natur”.

Om man ser tillvaron som determinerad och uppbyggd av en mängd separata, lineära orsakssamband blir naturligtvis frestelsen större att leta efter entydiga kausala samband mellan enskilda insatser och resultat och använda dessa som lineära rekommendationer av ”mest lämpliga insats”.

Om man däremot ser tillvaron som ett dynamiskt föränderligt ecosystem med komplexa cirkulära samband mellan en mängd orsaker och effekter vilka ömsesidigt påverkar varandra mellan och över olika nivåer – blir det mindre troligt att man förleds till förenklade slutsatser ur en mönsteranalys.

Enskilda välfärdsarbetare kan givetvis resonera olika i dessa frågor men den övergripande trenden i välfärdstänkandet går definitivt mot ett mer komplext ecosystemiskt synsätt - där man exempelvis vet att människors olika behov inom olika livsområden ömsesidigt påverkar varandra och att det i psykosocialt välfärdsarbete alltid parallellt pågår en mängd olika insatser på olika nivåer. Risken är därför snarare att det är de forskare, vilka försöker mäta en insats eller ett program ”i taget”, som kan förledas till felaktiga slutsatser, än den aktiva välfärdspersonalen - vilka oftast betraktar den stora komplexiteten som, visserligen tröttsam och svårförståelig men likväl, självklar.

Risken för att en hel välfärdsverksamhet, i öppen dialog inom personalgruppen och i gemensamma försök att utveckla kvaliteten med hjälp av den integrerade utvärderingens kunskaper, skulle förledas till att plötsligt tro på den förenklade lineariteten i ”en insats – ett resultat”, är försvinnande liten. Professionella verksamheter i välfärden vet att man i princip alltid måste vara öppen för att både orsaker, insatser och resultat är multidimensionella.

## 10. KVALITETSUTVECKLING GENOM UTVÄRDERING

### Olika fokus med gemensamt syfte

Begreppet *total kvalitet* definieras inom modellen för integrerad utvärdering ( i enlighet med den internationellt accepterade ISO-definitionen ) som: ”alla sammantagna egenskaper hos en produkt, tjänst eller verksamhet, som utgör dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov hos en viss målgrupp”. Vårldsvärksamhetens total kvalitet jämförs här med begreppen *nytta* och *faktisk effektivitet* och handlar ytterst om att förverkliga verksamhetens syfte att bistå brukare att möta sina förändringsbehov.

*Kvalitetsutveckling i vårldsvärksamheter* definieras inom den integrerade utvärderingen ( Sandell –85/93) som: ”alla åtgärder som genomförs inom en vårldsvärldorganisation och/eller med personal inom vårlden för att förbättra effekten av de olika insatser som genomförs i syfte att öka nytta och livskvalitet för berörda människor”

Vårldsvärksamhetens kvalitet avgörs således slutligen av dess bidrag till berörda människors livskvalitet. Kvaliteten i en verksamhet utgörs visserligen av olika interna aspekter inom den bedrivna verksamheten - men för att få kunskap om och perspektiv på denna kvalitet krävs det således att man undersöker hur berörda människors behov i realiteten har blivit mötta och huruvida verksamheten har bidragit till reella förändringar i deras liv.

*Integrerad utvärdering* fokuserar i första hand verksamhetens *effekter* i bemärkelsen ”nytta för berörda människor” - med tanken att erhållna kunskaper skall kunna återföras och användas för vidareutveckling och förbättring av verksamheten. Integrerad utvärdering har därmed sitt primära fokus på verksamhetens konsekvenser ”*där ute* i berörda människors liv”.

*Kvalitetsutvecklingen* fokuserar snarare på *förbättringar inom* den bedrivna verksamheten – i förhoppningen att detta skall leda till ”förbättrade effekter” till nytta för berörda människor. Kvalitetsutveckling har därmed sitt primära fokus på hur organisation, arbetsformer och insatser kan utvecklas ”*här inne* i vår egen verksamhet”.

### ***Integrerad utvärdering och kvalitetsutveckling***

har som gemensamt överordnat syfte att åstadkomma förbättringar i vårldsvärldsvärksamheter som kommer berörda människor tillgodo.

## Utvärdering och kvalitetsutveckling är ömsesidigt beroende av varandra

Det är principiellt omöjligt att bedöma en verksamhets kvalitet ”inne i sig själv” - som om det vore ett slutet system utan koppling till yttvärld och vardagsliv. Det är först när man får kunskap om konsekvenserna/ effekterna ”utanför” verksamheten i berörda människors liv, som man kan få perspektiv på verksamhetens interna kvalitet. Kunskaper om människors behov och verksamhetens nytta behövs därför alltid som underlag för att genomtänkt kunna utveckla verksamhetens kvalitet. Även andra kunskaper gällande omvärld, socialpolitiska intentioner, levnadsförhållanden i olika målgrupper etc, kan givetvis också behövas för verksamhetens kvalitetsutveckling.

Den verksamhetsinterna kvaliteten kan (enligt Sandell –85/-93) uppdelas i fyra huvudkategorier:

- *Kompetens* ; grundutbildning, vidareutbildning, professionell erfarenhet , teori- och metodutveckling, handledning och FoU-verksamhet.
- *Förhållningssätt* ; engagemang, etik, empati, lyssnande, bemötande och servicetänkande.
- *Ledning* ; program, planer, verksamhets- och arbetsledning, administration bemanning, rekrytering, arbetsplanering, schemaläggning, IT-system etc.
- *Samarbete* ; värdegemenskap, psykosocial arbetsmiljö och samarbetsklimat samt samverkan med andra organisationer och yrkeskategorier.

Inom välfärdsverksamheter finns också ”osynlig” / *virtuell* kvalitet:

- *Processer* dvs flöden i behovsanalys, arbetsmetoder, vårdkedjor, insatskombinationer, etc
- *Image* dvs verksamhetens ”självuppfattning” och ömsesidiga förväntans-effekter hos både brukare, allmänhet , personal, ledning och politiker.

I verksamhetens genomförda *prestationer* återfinns även kvalitetsdimensioner beträffande ”*rätt leverans*” – gällande nivå, innehåll, form, antal, tid, plats och pris per insats

Slutligen bedrivs välfärdsverksamheter inom *ekonomiska och juridiska ramar* vilka både skapar förutsättningar och utgör begränsningar för verksamhetens möjliga kvalitetsnivå.

Verksamhetens kvalitet får givetvis konsekvenser för hur verksamheten kan förverkliga syftet att möta människors behov. Att undersöka hur syftet förverkligats, blir därför en ”indirekt utvärdering” av verksamhetens kvalitet.

Samtidigt får utvärderingen ett mycket begränsat principiellt och praktiskt värde om inte erhållna kunskaperna används för verksamhetens interna kvalitetsutveckling - i de avseenden där analysen indikerar att olika aspekter av medel och insatser behöver förbättras. Utvärdering utan kvalitetsutveckling kan liknas vid kunskaper som blir "hängande i luften" (eller rapporter insatta i bokhyllan) vilka aldrig blir förverkligade.

Det är först när de genom utvärderingen erhållna kunskaperna återförs till verksamheten och används för kvalitetsutveckling - som utvärderingen har genomförts och cirkeln slutits.

### ***Integrerad utvärdering***

har ambitionen att ge de kunskaper - om människors livssituation, förändringsbehov och egna resurser samt gällande verksamhetens insatser, resultat, total kvalitet, nytta och mönster - som verksamheten behöver för sin egen kvalitetsutveckling.

I reflektioner över hur verksamhetens nytta överensstämmer med välfärdens syfte kan den interna kvalitetsutvecklingen relateras till verksamhetens total kvalitet och brukarnas livskvalitet.

Se vidare Litteraturförteckning samt Bildspel för modellens grundsyn gällande: syfte, behov, medel/prestationer, rationalitet/ produktivitet, intern kvalitet och resultat samt nytta / total kvalitet och faktisk effektivitet.

## 11. LÄRANDE ORGANISATION

### Verklighet och kunskap förändras kontinuerligt

Den integrerade utvärderingens syfte är att man genom de kunskaper som erhålls skall kunna bedriva ett långsiktigt kvalitetsutvecklingsarbete som kommer berörda människor tillgodo. Utvärderingen har därmed ytterst sitt berättigande om den leder till sådana verksamhetsförbättringar som får positiva konsekvenser i brukarnas faktiska livssituation.

Denna ambition går emellertid inte att nå med en enstaka utvärdering under en viss begränsad tidsperiod gällande en specificerad målgrupp, som exempelvis syftar till en form av konstaterande att en viss metod är den bästa för vissa definierade ”problem”.

Verkligheten i samhället, i välfärdsarbetet, i berörda människors liv och i vad som betecknas som en ”målgrupp” - är dynamiskt föränderlig. En kunskap som verkar stämma för en viss metod gällande viss målgrupp i ett tidsbestämt kontext är därför sannolikt delvis föråldrad redan när den presenteras, eftersom verkligheten fortsätter att kontinuerligt förändras.

Detta dilemma, som principiellt gäller alla former av utvärdering, bör mötas med ödmjuk insikt i att det inte existerar några statiska lineära ”sanningar” i berörda människors liv eller i välfärdens mångfacetterade verksamhet.

Detta bör emellertid inte leda till att man helt ger upp inför den komplexa verkligheten och inte alls vågar tro på några utvärderingskunskaper. Som professionell välfärdsarbetare bör man lämpligen ta till sig vad som verkar vara den för tillfället bästa kunskapen om effekter av olika insatser gällande olika förändringsbehov för aktuella målgrupper. Även om denna kunskap inte är för evigt sann så är den naturligtvis bättre än ingen kunskap alls, då man annars riskerar att famla i blindo.

## Dilemmat med utvärdering i en dynamiskt föränderlig verklighet kan mötas med en lärande organisation

Grundtanken bakom begreppet *lärande organisation* är att såväl tillvaron som kunskapen betraktas som en *process* snarare än ett "tillstånd".

Även insamlingen av kunskapen måste därför äga rum "i processen" - en erfarenhetsbaserad kunskap som kontinuerligt erhålles i och återförs till verksamheten för nya försök, kunskaper och återföringar. Härmed minskar risken att fastna i kontraproduktiva gamla sanningar eller dras med i icke utvärderade modetrender. I lärandet inkluderas givetvis även andra dimensioner som grund- och fortbildning, metod- och processhandledning, arbetsledning, personalutveckling, läsande av litteratur, forskningsrapporter, etc.

*En genuint lärande organisation* kan härvid möjliggöras om man bygger in en löpande utvärdering i verksamheten, som kontinuerligt dokumenterar och återför verksamhetens egna kunskaper och erfarenheter - för nya förbättringsförsök som också utvärderas osv.

Då skapas ett *kontinuerligt kunskapsflöde* som närmare kan följa den komplexa föränderliga verkligheten i vilken man tillsammans försöker samarbeta, förändra, reflektera och lära sig "i processen".

### ***Integrerad utvärdering***

har som långsiktig ambition att välfärdsverksamheter utvecklas till lärande organisationer som präglas av ett kontinuerligt kunskapsflöde i samverkan med berörda människor.

Ambitionen att kontinuerligt generera kunskaper i organisationen utgör samtidigt en avgörande anledning till att utvärderingen behöver integreras i den ordinarie välfärdsverksamheten.



## 12. MODELLENS IT-STÖD

### IT-stödets syfte

Den integrerade utvärderingens IT-stöd har som primära uppgifter att:

- underlätta för personalen att dokumentera dialogintervjuerna
- förenkla verksamhetens val av olika målgrupper för resultatanalys
- underlätta aggregering och resultatsammanställning på målgruppsnivå
- möjliggöra flexibla resultatanalyser ur en rad olika perspektiv
- grafiskt presentera utvärderingsresultaten för reflektion och slutsatser

### Dialogintervjuernas kvalitet avgör resultatens trovärdighet

IT-stöd med datorer och dataprogram är *verktyg* som kan underlätta och förbättra arbetet, men de kan naturligtvis aldrig ersätta dialog och samarbete mellan människor

Om kunskaper matas in i ett dataprogram så blir dessa data inte mera sanna eller trovärdiga enbart av detta skäl. Det är ju inte heller datorns eller dataprogrammets ”fel” om inmatade kunskaper håller en låg kvalitet. Dåliga indata i en databas ger verkligen ’automatiskt’ dåliga utdata.

I den integrerade utvärderingen kommer kvaliteten på de dokumenterade kunskaperna gällande berörda människors liv, och därmed i förlängningen de redovisade resultaten, att vara beroende av kvaliteten i det samarbete och de dialogintervjuer som kan etableras mellan den professionella personalen och berörda brukare. Om dessa intervjuer genomförs som ett gemensamt kunskapssökande i en varm, inkännande och salutogen atmosfär så ökar sannolikheten för att man tillsammans når fram till en djupare förståelse och därmed mera trovärdiga kunskaper.

Kvalitén på IT-stödets ’indata’ och i förlängningen resultatens ’utdata’ beror således ytterst på dialogintervjuernas kvalitet gällande relation och dokumentation.

## Kvalitetsutveckling kräver samreflektion.

När man, med hjälp av IT-stödet, har dokumenterat och sammanställt kunskaperna från många olika ärenden till resultat gällande olika målgruppers livssituation, förändringsbehov, insatser, faktiska förändringar och måluppfyllelse samt presenterat dessa i olika diagram - så har utvärderingen fortfarande inte slutförts.

Resultaten, i form av nytta i berörda människors liv, måste nu värderas i relation till verksamhetens syfte för att det skall bli möjligt att dra slutsatser för kvalitetsutveckling – gällande teori- och metod, förhållningssätt, ledning, kompetens, samarbete, prioriteringar, vidareutbildning, handledning etc.

Sådana processer av värdering och slutsatser kommer aldrig någonsin att kunna lösas med hjälp av dataprogram - utan enbart genom att personal, ledning och politiker, i en önskan att förbättra verksamheten, engagerar sig i samtal med varandra och med berörda människor.

Värderingar och slutsatser ur IT-stödets resultatredovisning beror följdaktligen på verksamhetens samarbetsrelation – internt och med brukarna.

Dataprogram kan således användas för att dokumentera, sammanställa och presentera - men det krävs människor i samtal med varandra för att kunna föra dialog, reflektera, dra slutsatser och förändra.

## Vägledande principer för modellens IT-stöd

Under det mångåriga och fältanknutna utvecklingsarbetet av dataprogrammet har ett antal vägledande principer växt fram för att detta IT-stöd verkligen skall kunna stödja den integrerade utvärderingen

- 1. IT-stödet måste utgå från välfärdens kultur och personalens ordinarie arbetsuppgifter och normala klientkontakter – inte från IT-kulturens språk, program och datamaskiner.**

Man bör försöka att leva sig in i situationen och efterhand pröva i praktiken att använda dataprogrammet i omsorgs-/stöd-/behandlingsrelationen med berörda individer/ familjer, där man ( mentalt eller konkret ) ”sitter på samma sida skrivbordet” och öppet dokumenterar dialogintervjun tillsammans.

Detta leder i förlängningen till att programmet måste sträva efter en enkel, logisk och pedagogiskt tydlig struktur där ”allt syns” på dataskärmen.

Det språk och den terminologi som används i rubriker och listor måste också ligga nära det vardagligt professionella språkbruk som används i dialoger med brukarna. Programmet får därför inte heller innehålla några nedsättande, diagnostiserande, von-oben-bedömande uttryck som skulle kunna såra klienterna och förstöra utrednings-/ behandlingskontakten. Dokumentationen måste således tåla att genomföras och visas upp helt öppet i dialogen.

## **2. IT-stödet måste vara användarvänligt, självinstruerande och fungera smidigt i relation till övrigt arbete och datoranvändning.**

Användningen av programmet måste vara enkel och tidsbesparande dvs. ta mindre tid än papper och penna, samt kunna ge en smidig koppling mellan olika programvaror med minimalt dubbelarbete, ex att man kan "bläddra" mellan journalföring och utvärdering i samma ärende.

Programmet bör eftersträva tydlighet och överskådlighet, som att man ex skall kunna se alla insatser på en sida och få en översikt av de olika livsområdena inom behovsanalysen. Till användarvänligheten hör även att programmet bör vara så självinstruerande som möjligt ( utan manualer på krångligt datateknikspråk) så att modellens datastöd efter introduktion skall kunna användas också av nytilkommen personal.

## **3. IT-stödet bör återspegla en genomtänkt information och grafisk struktur i kongruens med modellens logiska uppbyggnad.**

Programmets uppbyggnad följer en 'trädstruktur' som utgörs av rubriker på olika 'logiska nivåer' – där den översta nivån anger grov brukarkategori och ärendestatus samt om man befinner sig vid en inledande behovsanalys eller uppföljning, nästa nivå anger om man fokuserar lägesbeskrivning, förändring eller reflektion, nästa anger huvudsaklig 'livsområdesnivå' (strukturell, interpersonell eller bio-psykisk), ytterligare nästa nivå anger de olika livsområdena och de lägsta nivåerna anger underrubriker med en mängd variabler i förberedda sk. comboboxar (rullistor) och checkboxar (kryssa i).

Genom denna nivå-struktur blir det grafiskt synligt och intuitivt lättare att förstå var man befinner sig i utvärderingen - troligen för att vår mänskliga hjärna fungerar analogt ( och inte digitalt ).

Programmets uppbyggnad förmedlar samtidigt den genomgående tanken att den överordnade grundstrukturen ligger fast, då denna är nödvändig för att utvärderingen skall fungera enligt modellens intentioner, medan under-rubriker gällande livsområden och variabler samt innehåll i rullistor är principiellt anpassningsbara till olika målgrupper och verksamheter.

I den grafiska strukturen ingår också att val av målgrupp sker översiktligt på en sida och att resultatpresentationen sker med hjälp av samma trädstruktur som intervjudokumentationen och genom förhandsbestämda diagram där staplar, cirklar och färger förstärker resultatens tydlighet och överskådlighet.

Att använda på förhand bestämda rubriker och diagramstruktur i resultatpresentationen kan naturligtvis ge ett mera låst och ”odemokratiskt” intryck, jämfört med om den enskilda verksamheten eller personalgruppen själva skulle välja vilka diagram man vill ta fram vid varje nytt analystillfälle.

Efter en lång rad helt öppna försök genom åren i många olika verksamheter har emellertid erfarenheten nåtts att det är just den information som ges i dessa givna diagram - gällande startsituation, förändringsbehov, egna resurser, insatser, faktiska förändringar, upplevda förändringar, måluppfyllelse, förändringsaktörers betydelse och samvariationer mellan insatser och måluppfyllelse – som den professionella personalen och verksamhetsledningen har nytta av och kan använda för analys och reflektion i en kvalitetsutveckling som syftar till förbättringar i berörda människors livssituation.

Genom att alla data finns i en gemensam databas är det också möjligt att använda vanliga statistikprogram ex. för korrelationer mellan en rad olika faktorer. Dessa ”resultat” kan naturligtvis i sig vara intressanta kring olika avgränsade förhållanden. Däremot kommer de sannolikt att mestadels beskriva osäkra samvariationer som överlag skulle ha mycket litet att bidra med till verksamhetens kvalitetsutveckling.

Diagrammen bör också vara genomtänkta i den bemärkelsen att kunskapen presenteras på ett ekonomiskt sätt dvs innehålla olika typer av information i samma graf ( så att man i möjligaste mån begränsar antalet diagramsidor) – men ändå inte presentera alltför många och olika typer av information samtidigt, då detta kan försvåra förståelsen.

**4. IT-stödet måste vara säkert, ha tillräcklig kapacitet och ge ett stabilt integritetsskydd samt gå att samordna med verksamhetens övriga datasystem.**

Modellens IT-stöd måste tåla många samtida datoranvändare som kan komma att använda flera olika program samtidigt och måste kunna användas under lång tid med mycket stora datamängder i en gemensam databas.

Både brukare och personal måste också kunna lita på att den personliga integriteten är fullständigt säker och skyddad, så att ingen obehörig eller utomstående via någon konstig bakväg skall kunna få tillgång till deras uppgifter, (dvs helt i överensstämmelse med andra datorlagrade personuppgifter, som ex. journaler). Beträffande de aggregrerade kunskaperna i den integrerade utvärderingens resultatpresentation i olika diagram är *integritetsskyddet totalt och fullständigt säkert* - genom att denna presentation endast kan ske på målgruppsnivå, utan några namn, personnummer eller andra personidentifierande uppgifter och dessutom utan att ersättas av några kodnummer.

Utvärderingsprogrammet består sammantaget av *Dokumentera intervju* och *Analysera resultat*, med målgruppsval och diagram för resultatpresentation, samt *Information* ( motsvarande Del III, IV och Appendix ) samt *Bildspel*. Dessa delar kan betraktas som huvudmoduler i en gemensam mycket omfattande databas, där alla olika data lagras i en stor mängd tabeller.

Att säkerställa att allt detta dels fungerar inom utvärderingsprogrammets ram, dels kan samordnas med verksamhetens övriga datasystem, dels möjliggör en framtida flexibel utbyggnad även till andra verksamhetsområden, innebär en hög datateknisk svårighetsnivå gällande programmering, relationsdatabaser, analysverktyg, säkerhet, behörighet etc. Denna kompetens besitter man sällan på lokal verksamhetsnivå (eller bland utvärderingsintresserade forskare) varför dessa kapacitets-, analys-, behörighets- och säkerhetsfrågor bör överlåtas på kompetenta specialister.

Detta är en av huvudanledningarna till **samarbetet med Tieto-koncernen** - som har den kompetens, erfarenhet, storlek och geografiska spridning som den integrerade utvärderingen kräver - gällande funktion, datasäkerhet, integritet, kapacitet, samordning, support och utbyggnad inom IT-området.

IT-strukturen för modellens *Dokumentera intervju* och *Analysera resultat* redovisas i Appendix.

### **13. KUNSKAPSBASERAD VÄLFÄRD VIA EVIDENSINRIKTAD MODELL**

#### Evidens – som begrepp och rörelse

Till och från genom åren och i en rad olika sammanhang har välfärdens verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst kritiserats för att mera styras av tradition, byråkrati, regelverk, budgetberäkningar och modetrender, än av vetenskaplig kunskap om vilka insatser som faktiskt fungerar.

För att råda bot på dessa brister skapades inom sjukvårdens område redan i slutet av 80-talet SBU / 'Statens beredning för medicinsk utvärdering', med uppdrag att förmedla översikter av och rekommendationer utifrån godkända medicinska utvärderingar (se [www.sbu.se](http://www.sbu.se)). Efterhand började begrepp som evidensbaserad medicin (EBM), evidensbaserad praktik (EBP) och kunskapsbaserad socialtjänst, aktualiseras både i välfärdens generella verksamheter och gällande enskilda behandlingsmetoder inom psykoterapi, psykosocialt behandlingsarbete, missbrukarvård, omsorgsverksamhet, etc.

Själva idén att försöka basera välfärdens insatser på kunskaper är självklart alls inte ny. Ideologi, kunskaper, verksamheter och behandlingsmetoder har snarare växt fram successivt under en lång följd av år. Det är exempelvis stor skillnad på gamla tiders fattigvård, gårdagens socialvård och dagens socialtjänst. Utvecklingen har genom åren följt en trend mot alltmer professionell och specialiserad inriktning, både avseende utbildning, organisation, målgrupper och insatser.

I ett regeringsuppdrag 'Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten' ansvarade Socialstyrelsen för ett utvecklingsarbete åren 2001-04 för ökad kunskap och stärkt kvalitetsarbete inom socialtjänst och kommunpsykiatri. En rad utvecklingsprojekt igångsattes – strukturstöd för 'socialtjänstuniversitet', 'fullskaleprojekt' för bättre koppling mellan forskning och fält, översyn av socialt arbete som forskningsämne, utvärdering som ökat inslag i grundutbildningen och projekt kring etik, brukarinflytande, kompetensbeskrivningar, organisationsutveckling, ledarskapsutbildning och Internetbaserad informationsförsörjning.

Uppdragets idé, att erbjuda tjänster som fokuserar individens behov och stärker den enskilde brukarens inflytande och möjlighet att få tillgång till vetenskapligt utprovade metoder, är givetvis högst eftersträvänsvärt.

I samband med denna utvecklingsatsning tillskapades också Institutet för utvärdering av metoder i socialtjänsten / IMS vid Socialstyrelsen (ur det tidigare 'Centrum för utvärdering av socialt arbete' / CUS ). Institutets uppgifter ( i likhet med tidigare nämnda SBU inom sjukvården ) är att förmedla systematiska forskningsöversikter, bedriva empiriska studier av effekter av sociala interventioner samt utveckla och förmedla systematiska och standardiserade 'bedömningsinstrument'. Institutets uppdrag fokuseras således på metoder inom socialtjänsten, snarare än på utvärdering av socialtjänsten som sammantagen välfärdsverksamhet. Mot denna ambition finns rimligen inget att invända – all kunskap om vad som kan bidra till bättre resultat av genomförda insatser bör välkomnas.

Däremot kan man fundera över vad det betyder att dessa statliga organ med koppling till Socialstyrelsen så ensidigt förespråkar evidensbaserad forskning som enda rekommenderade kunskapsväg (se vidare Socialstyrelsen / IMS / SBU)). Signalerar detta en värderingsförskjutning i vad som menas med vetenskap och beprövad erfarenhet i välfärdssammanhang? Är vi kanske på väg, från en relativt brett synsätt där olika kunskapsvägar och forskningsriktningar samtidigt kan befrukta varandra, till en renodling av ett enda godkänt perspektiv - det 'evidensbaserade'?

Begreppen 'evidens' respektive 'evidensbaserad' (från 'evidence-based medicine') har sitt upphov i den skotske epidemiologen Archie Cochranes kritik av bristen på forskningsöversikter av bästa effekter av olika medicinska behandlingar. ( 'Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services', 1972)

Detta blev starten för något som kan kallas 'evidensrörelsen' inom välfärdsområdet. 1992 bildades Cochrane Collaboration som efterhand växt till ett internationellt nätverk (med flera center) i syfte att värna evidensinriktad forskning, bedöma och betygssätta vetenskapliga artiklar samt samla och sprida information om dessa effektstudier av prevention, behandling och rehabilitering inom hälso- och sjukvården. Senare påbörjades en motsvarande utveckling inom samhällsvetenskap och 1999 bildades Campbell Collaboration med liknade uppgifter inom främst socialt arbete och kriminalvård.

Under evidensrörelsens utveckling har betydelsen av begreppet diskuterats och kritiserats och olika riktningar har intagit mer eller mindre renläriga positioner. I en berömd artikel beskrev David Sackett et.al. EBM ('Evidence based medicine; what it is and what it isn't'. 1996) som "det samvetsgranna, tydliga och omdömesgilla användandet av bästa aktuella bevis för beslut om enskilda patienters vård ... .. att integrera individuell klinisk expertis med bästa tillgängliga extern kliniska bevis från systematisk forskning."

Forskarperspektivet med olika regler för hur undersökningar skall genomföras har hela tiden dominerat rörelsen även om klinikerns, dvs. den behandlande läkarens, kompetens också betonats alltsedan starten. Att även våga lita på andra professioners kompetens ( ex psykologer, socionomer, sjuksköterskor etc) har inte varit lika självklart.

Så småningom har även brukarnas perspektiv lyfts in i varierande grad.. Exempelvis beskriver den svenska socialstyrelsens IMS ( Tengvald & Järgeby, 2005) EBP / 'Evidensbaserad praktik', som bestående av tre perspektiv – 'där den vetenskapliga kunskapen skall användas i förening med praktiker- nas erfarenhetskunskap och brukarnas synpunkter'.

Inom den forskardominerade delen av evidensrörelsen har man upprättat mycket bestämda krav på hur 'godkända' effektutvärderingar skall genomföras. Forskningen, och i förlängningen praktiken, styrs här genom ett regelverk 'Research Design Policy' ( sök på Google/ Cochrane resp.Campbell Collaboration/ Guide-Lines för fördjupning) som positivistiska utvärderingsforskare i England och USA har återuppväckt ( från Wienerskolans logiska empirism med strävan mot likriktad 'enhetsvetenskap'). Presentationer i internationella vetenskapliga tidskrifter skall följa och bli bedömda efter dessa regler för att bli godkända för publicering. Detta får en klart styrande effekt, där forskare som vill bli publicerade helt enkelt får rätta in sig i ledet.

Inom Cochrane resp. Campbell Collaborations har man skapat en form av bedömningskala för studier med olika nivåer av evidens – från fallbeskrivningar och expertutlåtanden via olika grader av jämförande studier, utan eller med kontrollgrupp (s.k. kvasi-experiment ) till undersökningar med slumpmässigt urval till experiment- och kontrollgrupp ( randomised controlled trials ) sk. RCT-studier, vilka åtnjuter den högsta evidensnivån. Allra högst kommer dock s.k. metaanalyser av ett stort antal liknande RCT-studier, för gemensamma slutsatser ur dessa sammantagna undersökningar.

Detta regelverk har i sin tur indirekt lett till ökade krav både på tydliga diagnoser ( ex via DSM-systemet) och på tydliga behandlingsmetoder vilka helst skall vara 'manualbaserade' dvs. innehållsligt reglerade med tidsbegränsad och detaljstyrd struktur i olika punkter / faser, ( gärna kompletterade med kostnadsberäkningar till respektive 'program'). Parallellt ställs krav på utvärdering med RCT-design och standardiserade mätinstrument ( styrda frågeformulär, självskattningsskalor och s.k. klientbedömnings-instrument ). Godkända metoder för välfärdens insatser i omsorg, vård och behandling skall vara evidensbaserade, dvs. bevisat effektiva med hjälp av dessa specifika utvärderingsmetoder, och för praktiker utan egen forskarkompetens utges rekommendationer i form av Guide-Lines för val av lämpliga metoder.



Att exempelvis privata försäkringsbolag inom sjukvårdssektorn stöder ett synsätt där tillvaron uppdelas i avgränsade, reglerade och prissatta insatser för att slippa betala ut pengar för fel åtgärd till fel person, är inte särskilt överraskande. Mera förvånande är emellertid att den svenska välfärden även upp på departements- och myndighetsnivå utan större ifrågasättande verkar omfatta denna modetrend, som om all den tidigare ackumulerade kunskapen inte längre fanns. Man verkar märkligt omedvetna om att de grundläggande värderingar på vilka vår nordiska välfärd bygger - med humanism, demokrati, solidaritet, jämställdhet, eget ansvar, egna resurser, självbestämmande, dialog och strävan till samsyn och samarbete osv. - i stort sett utesluts i denna trend. Även om erfaren personal med förankrad välfärdsideologi ofta intar en skeptisk hållning är risken ändå stor att manualstyrda program och snäva evidensstudier efterhand kan komma att dominera 'välfärdsmarknaden'.

Att utvärderingsforskare därmed får minskat svängrum kommer på sikt att hämma deras kreativitet. Verkligt allvarligt blir det dock om välfärdsarbetare och brukare nedvärderar sin egen kompetens och erfarenhetskunskap och blir passivt väntande på beviset för den 'rätta metoden' för den exakta diagnosen. Brukarnas egna behov, tankar, känslor, önskningar och resurser, eget ansvar och självbestämmande kan därmed bli underordnade. Risken är därför att just det som regeringsuppdraget syftade till – kunskap om fungerande insatser som fokuserar berörda människors behov i reell brukarmedverkan – istället blir manualstyrda metoder som utvärderas med rigida RCT-regler.

Det bör förtydligas att man inte i sig måste vara negativ till manualstyrda behandlingsmetoder, vilka ofta har utvecklats ur engagemang för att finna en genomtänkt och fungerande metod för en viss målgrupp. Däremot bör man ha klart för sig att det endast är avgränsade delar av välfärdens komplexa verksamhet, (ex viss institutionsbehandling eller ett specifikt behandlingsprogram under avgränsad tid med en viss målgrupp ) som i realiteten kan styras via färdiga manualer. Och i de avgränsade sammanhang där det är etiskt och praktiskt möjligt finns det heller ingen anledning att vara specifikt negativ till en utvärderingsmetodik med randomiserade kontrollgrupper - även om denna metodik i många avseenden kan ifrågasättas för bristande realitetsuppfattning av hur en ordinarie välfärdsverksamhet faktiskt bedrivs.

Det som däremot allvarligt bör ifrågasättas är den fundamentalistiska hållningen att just detta enda utvärderingsperspektiv är det som ger vetenskapligt trovärdig kunskap. Det är således inte primärt metoderna i sig som avråds ifrån, utan anspråken på tolkningsföreträde och 'totalisering av perspektiv' till ett enda godkänt synsätt.

## Evidensbegreppet bör problematiseras

I generell bemärkelse borde man kunna enas om att evidens bör kunna betyda och kopplas till 'det som vetenskapligt har bevisats' tex. gällande effekter av olika behandlingsmetoder.

Om man då som i det evidensbaserade regelverket för bevisbara resultat, dels kräver specifika diagnoser och manualstyrda metoder/program, dels ensidigt förespråkar utvärdering med randomiserade kontrollgrupper, dels i huvudsak använder mätresultat från specifikt målgruppsinriktade och standardiserade frågeformulär/ självskattningsskalor vilka utvecklats inom en viss 'vårdkultur' ex inriktad på viss psykiatrisk målgrupp - får man av förklarliga skäl just den typ av resultatvariabler som kännetecknar denna kultur.

Det blir då minst sagt begränsande om man använder denna form av beskrivningar av mänskligt beteende som enda mätvariabler om man skall uttala sig med bevisade resultat när det gäller människors hela livssituation - som fallet exempelvis är inom socialtjänstens psykosociala behandlingsområde.

Det hela kan bli en form av 'inomsystemsmätning' - med termer som definieras i ett slutet system och utvärderas av experter med hjälp av terminologi och mätinstrument som utvecklats och godkänts inne i detta system. Man kan då tex få svar på frågor om olika sorters symtom, diagnoser och 'problemupplevelser' - men fortfarande sakna kunskaper om hur det går för dessa personer i verkliga livet, i förhållande till sin familj och sitt nätverk, om de klarar sig självständigt, har ett meningsfullt arbete, etc. Således får man visserligen 'bevisade resultat' - men inom en så begränsad del av människors verklighet att man kan fråga sig vad man egentligen har bevisat.

Att välja snäva och specifikt inriktade fråge- och självskattningsformulär ökar också riskerna för bristande validitet. Om man tex i en sysselsättningsstimulerande försörjningsenhet inom socialtjänsten skulle nöja sig med att enbart undersöka brukarens upplevda 'nedstämdhet' med ett standardiserat självskattningsformulär gällande depression, så skulle man verkligen kunna ifrågasätta denna mätningens validitet. För att öka validiteten i förståelsen av brukarens framtida försörjningsmöjligheter bör man rimligen också undersöka brukarens egna resurser, utbildning, arbetserfarenheter, ekonomi, boende, fysiska och psykiska hälsa, beroende, stöd från familj, nätverk osv.

Reliabiliteten i snäva standardiserade formulär måste också ständigt ifrågasättas eftersom man här frånhänder sig möjligheten att metakommunicera och undersöka innebörd, mening och samsyn när den 'cirkulära dialogen' ersätts av en 'linjär envägsfråge-kommunikation'.

Det evidensbaserade perspektivet verkar dessutom märkligt omedvetet om hur psykosocialt arbete bedrivs i praktiken. Sannolikheten att lyckas genomföra en utvärdering av en enda avgränsad metod / insats / behandlingsprogram i en ordinarie välfärdsverksamhet är mycket liten. Det förekommer i praktiken nästan aldrig att en viss brukare endast får en enda väldefinierad insats. Det vanliga är snarare att brukaren, utöver sin egen aktivitet, mer eller mindre planerat deltar i eller blir föremål för en mängd andra samtidiga insatser och aktiviteter från olika huvudmän, vårdgivare, professionella och civila aktörer. Det är betydligt vanligare med minst ett tiotal parallella insatser, än en enda snyggt avgränsad.

Att möjliggöra de givna metodförutsättningarna för RCT-studier – dvs. att kontrollera såväl den aktuella experimentgruppen som en eller flera kontrollgrupper gällande alla bakgrundsfaktorer och alla pågående insatser är dessutom (förutom etiska, juridiska och ekonomiska tveksamheter) så gott som praktiskt omöjliga. Kontrollbehovet, att allt skall vara 'lika' för de berörda grupperna utom just den insats som man vill utvärdera, gäller ju inte enbart tidsmässigt 'bakåt' utan även 'framåt' dvs. den tid som löper under vilken de olika insatserna utförs och senare följs upp och utvärderas.

I en stor och differentierad välfärdsverksamhet är detta knappast möjligt ens teoretiskt, då brukare kommer och går och startar olika insatser vid olika tidpunkter med en rad aktörer som både tillkommer och försvinner. Anhöriga och nätverk har dessutom alltid en mycket viktig, men i princip 'okontrollerad' betydelse, för det slutliga utfallet i allt psykosocialt förändringsarbete.

Själva designen vid en evidensbaserad utvärdering utgör onekligen ett starkt effektmått dvs ett randomiserat kontrollerat experiment där personer ur samma ursprungsgrupp slumpmässigt fördelas och där förändring i en grupp som får den undersökta metoden kan jämföras med förändringen i en annan kontrollgrupp, som vanligtvis erhåller verksamhetens ordinarie behandlingsutbud ( sk treatment as usual). Detta gäller under förutsättning att personalen haft utbildning och träning i metoden samt att metoden också följts i praktiken, vilket inte alltid är så lätt att kontrollera då mycket händer på vägen (även om sk metodhandledare ofta försöker kontrollera 'metodtrogenheten').

Betydligt större bekymmer i många RCT-studier är att man heller inte har kunskaper om den berörda personalens grundutbildning utan nöjer sig med att personalen är 'certifierad' i den aktuella metoden. Detta tyder indirekt på att man märkligt nog verkar tro att metoden sas 'lever sitt eget liv' oberoende av vem som utför den, vilket är en grov feluppfattning. 'Samma' metod får naturligtvis olika relevans, mening, utformning, förtroende, trygghet och uppfattas olika av brukarna och får sannolikt olika resultat om den utförs av en välutbildad och yrkeserfaren jämfört med en lågutbildad och oerfaren. Varför alla långa professionsutbildningar – om inga skillnader finns ?

I verksamheter med mera hierarkisk beslutstruktur och lägre utbildningsnivå (som delar av institutionsvård, vuxenpsykiatri och kriminalvård) och icke-professionella insatser (som kontaktpersoner och familjehem) bör man kanske vara mer försiktig i att rekommendera dialogintervjuer liksom i projekt med oerfarna studenter (ex socionom-, psykolog- och medicinarstuderande) som kunskapsinsamlare. Standardiserade fråge- och självskattningsformulär kan här ge ökad säkerhet och likformighet vilket gäller i ännu högre grad om projekten också leds av forskare ur en mera traditionell akademisk position, vanligen utan egen yrkeskompetens och erfarenhet av verksamhetsledning, planering, behandling, handledning, etc. inom aktuellt välfärdsområde. Manualstyrda metoder och evidensbaserad utvärderingsmetodik med standardiserade mätinstrument borde således primärt komma ifråga inom akademisk ledda forskningsprojekt som riktas mot specifika insatser med specifika målgrupper inom avgränsade verksamheter.

Som generellt kunskapsunderlag för den stora, generella, diversifierade och komplexa psykosociala området ex inom socialtjänsten, kommer däremot dessa snäva metoder varken att duga kunskapsmässigt eller fungera i praktiken. Här krävs en mycket mera heltäckande integrerad utvärdering där kunskapsinsamling med dokumentation i ett användarvänligt IT-stöd, kan ske i öppen dialog och samarbete med berörda brukare och utvärderingskunskaperna kontinuerligt kan återföras både till brukare, verksamhet och politiker.

## Evidensbaserad praktik bör också ifrågasättas

Alla seriösa utvärderingsmodeller innehåller två principiella steg. Det första handlar om formerna för kunskapsinsamling. Det andra steget handlar om att de erhållna kunskaperna också skall kunna användas och tillämpas i praktiken av de på fältet verksamma professionerna.

Här stöter det strikt evidensbaserade synsättet med sin 'Evidence Based Practice' (EBP) på verkliga bekymmer, både ideologiskt/, politiskt, praktiskt, ekonomiskt och gällande fältarbetarnas forskningskompetens.

Välfärdsarbete ex inom individ och familjeomsorgen, är och skall vara, värdegrundat och politiskt styrt. Det sociala arbetet är aldrig neutralt utan påverkas av rådande ideologier och trender i kultur, samhälle och partipolitik. Exempelvis kan man i en socialnämnd pga politiska strömningar och lokala ekonomiska och kompetensmässiga överväganden, ha valt att satsa på en ungdomsverksamhet med 'praktikplatser och familjestöd i öppna former på hemmaplan'. Denna prioritering kommer givetvis att påverka de berörda socialsekreterarnas syn på vad som är möjligt att föreslå som insatser inom den egna arbetsgruppen, till nämnden och i behovsanalysen med brukarna.

Det är mindre sannolikt att man föreslår en insats som varken finns i kommunen, är budgeterad eller politiskt prioriterad, bara för att en amerikansk kontrollerad studie på ej helt jämförbart 'material', kanske tyder på ett bättre utfall. Att förespråka ett sådant tillvägagångssätt är så pass politiskt och ekonomiskt naivt att det nog enbart kan förklaras utifrån att man aldrig själv har arbetat i en välfärdsverksamhet.

Om man istället gör tvärtom och politiskt i kommunen bestämmer att man under en viss tidsperiod skall satsa på just en specifik insats som fått bra evidensbaserade resultat ex ett amerikanskt manualbaserat familjebehandlingsprogram som i kontrollerade studier visat goda resultat för målgruppen 'utagerande pojkar med missbruk och kriminalitet', kan man lätt hamna i en annan problematik. Oftast måste personalen som skall utföra detta program utbildas och licensieras av experter, ibland från utlandet, som också står för programmets regelverk, uppföljning och kontroll av 'metodtrogenhet'. Sammantaget kan dessa stora personella och ekonomiska satsningar leda till en osund styrning där mer eller mindre lämpliga brukare sätts in i detta program. Det skulle kanske varken förespråkats av socialarbetaren eller valts av brukaren men när man nu lagt ner så mycket energi och pengar på detta projekt så måste man på något sätt ändå få valuta för sin investering.

En förutsättning för att de evidensbaserade kunskaperna skall kunna användas i praktiken är ju dessutom att de berörda fältarbetarna känner till den forskning som finns kring verk samma metoder för olika målgrupper.

Idén är därför att personalen skall utbildas och informeras genom forskningsöversikter av olika behandlingsmetoder som är bevisat effektiva för en viss problematik/diagnos, så att de både själva känner sig säkrare och kan informera brukarna och föreslå en godkänd metod. Att göra denna sökning i aktuella forskningsdatabaser samtidigt som man bedriver själva förändringsarbetet med klienterna är givetvis helt orealistiskt.

Tanken måste därför rimligen vara att personalen antingen på förhand läser in olika studier om sin egen målgrupp eller att man bokar in klienten för ett återbesök så att man under mellantiden kan skaffa sig nödvändiga kunskaper. Här finns en rad tveksamheter om vilken forskningskompetens som olika yrkesgrupper besitter för att överhuvudtaget kunna tillägna sig och dra rätt slutsatser ur dessa forskningsöversikter samt om denna inläsning får äga rum på betald arbetstid. Om så inte är fallet kan ju olika yrkesgrupper efter slitsamma arbetsdagar i närkontakt med behövande människor kanske välja att göra andra saker på sin fritid, ex umgås med sin egen familj, så att man även orkar nästa arbetsdag.

Slutligen skall ju det sociala arbetet, enligt Socialtjänstlagen, eftersträva dialog och samförstånd mellan den professionella personalen och berörda brukare, såväl enskilda personer, deras familjer och anhöriga och om möjligt med koppling till deras sociala nätverk. Det som efterhand kan leda till olika insatser kan ofta i realiteten ses som en förhandling där flera olika åsikter och viljor är inblandade.

Exempelvis – vill den missbrukande och kriminellt belastade 16-årige pojken inte skiljas från sitt destruktiva gäng, hans flickvän är beredd till vad som helst för att hålla honom kvar, föräldrarna vill att han skickas till ett behandlingshem så långt från gänget som möjligt, skolan har inget att invända mot detta även om skolkuratorn skulle vilja ge den nystartade pojkgruppen en chans, farföräldrarna vill istället att deras sonson skall bo hos dem, de ansvariga socialsekreterarna anser gemensamt att någon form av familjeterapi skulle vara det bästa men är inte ense om inriktningen bör vara konstruktivt stödjande, salutogent uppmuntrande eller mera konfrontativt bearbetande, barnpsykiatrien är angelägna om att få avsluta sin psykiaterutredning och socialsekreterarnas chef tänker enbart godkända insatser i närmiljön då det i praktiken råder budgetstopp för köp av externa placeringar och politikerna är angelägna att få tillstånd det planerade samarbetet med arbetsförmedlingen och deras praktikplatser. Ingen av alla dessa berörda har lyckats hitta någon evidensbaserad modell som just passar till denna situation och ingen har ens hunnit leta. Dessutom är det nog enbart psykologen på barnpsykiatri och en magisterutbildad områdeschef som i så fall skulle ha den grundläggande forskarutbildning som den evidensbaserade modellen anser krävs för att kunna dra de rätta slutsatserna, men de har tyvärr fullt upp med annat.

Insatserna i den faktiskt bedrivna välfärden är oftast något som 'processas' fram i en kontinuerlig händelsekedja där det både handlar om värderingar och kunskaper, huvudmän och professioner, arbetsledning och handledning, pengar och modetrender samt personliga önskemål och vem som har makt och inflytande i detta mångdimensionella system. Processen fram till olika insatser är oerhört mycket mer komplex än det verklighetsfrämmande ideal som de evidensbaserade forskarna förespråkar.

Även bortsett från all denna komplexitet kvarstår den överordnade välfärdstanken - att om möjligt stimulera och motivera berörda brukare till utveckling av egna resurser, egen aktivitet och eget ansvar. Detta innebär att vilka insatser som än skulle kunna rekommenderas ur en forskningsdatabas, så skulle dessa hur som helst behöva konfronteras med brukarens egna åsikter om vad som han själv anser vara bäst i sitt eget liv. Trots att en viss metod kan uppvisa goda resultat i kontrollerade studier så är förändringschanserna på individnivå inte så goda, om inte brukaren själv vill medverka i sin förändring.

## En reellt kunskapsbaserad välfärd

Att kvalitetsutveckla välfärden genom så goda kunskaper som möjligt om verkningsfulla behandlingsmetoder är självklart önskvärt för varje seriös välfärdsverksamhet och professionell personal – men begreppen kunskaps- och evidensbaserad måste ges bredare och mera allmängiltiga innebörder.

Utveckling och förverkligande av en kunskapsbaserad välfärd berör nämligen både grundsyn och politik, olika förklaringsnivåer, huvudmän och organisationer, personal och ledning, professionalism och brukarmedverkan, utbildning på grund- och avancerad nivå, samt teorier och metoder för utredning, behandling, utvärdering och forskning.

Synen på välfärdens berättigande i samhället och stödet hos allmänheten för generell välfärd är för det första av avgörande betydelse. Här avses de grundläggande värderingar som utgör den nödvändiga bas på vilken välfärden ytterst bygger - gällande alla människors lika värde och rätt att bli behandlade med respekt och värme i en humanistiskt förankrad grundsyn.

Det finns ingen logisk, juridisk eller ekonomisk anledning att 'marknadsanpassa' sin grundläggande välfärdssyn även om pengarna till välfärden skulle tryta. Att våga lita på människors egna inneboende resurser, vilja till eget ansvar och självbestämmande handlar nämligen inte om pengar utan om grundläggande människosyn. Det är i snålblåst som denna grundsyn prövas - i förmågan att försvara humanistiska värden även gällande utsatta barn, människor med psykiska störningar och funktionshinder, rädda asylsökande, fattiga familjer, utslagna missbrukare och andra på samhällets skuggsida.

Kunskapsbaserad välfärd måste därför primärt utgå från kunskaper om brukarnas livssituation och förändringsbehov, ( snarare än att utgå från kunskaper om vissa behandlingsmetoder och utvärderingsprogram ).

Man måste rimligen primärt veta vem och vad som skall åtgärdas och vart man gemensamt vill nå, innan man kan välja insatser och metoder. Detta ställer krav på reell brukarmedverkan i välfärdsarbetet och på personal med kulturkompetens och inlevelseförmåga i brukarnas livssituation - i ett kontinuerligt, etiskt, humant, flexibelt och konstruktivt samarbete både med enskilda brukare, deras familjer och sociala nätverk och med olika former av brukarorganisationer. Här är det inte tillräckligt med Socialstyrelsens formulering ' inhämta synpunkter från brukarna' ( ex.gällande vad de tycker om en viss metod) – utan mycket mera seriöst – att brukaren reellt är en medaktör i sin egen utredning och behandling. Menar man allvar med Socialtjänstlagens syn på brukare som självbestämmande och ansvariga i sina egna liv – så måste väl detta också avspeglas i den konkreta välfärdsverkligheten.

En sådan kunskapsbaserad välfärd måste bedrivas av kompetent personal, i en genomtänkt och rimligt budgeterad verksamhet, i dialog och samförstånd med behövande brukare/klienter/patienter - för att tillsammans försöka möta deras behov och åstadkomma positiva förändringar och ökad livskvalitet.

En 'kunskapsbaserad personal' handlar i första hand om välutbildade och mogna personer som 'bär välfärdens grundsyn i sina hjärtan' och har förmågan att engagerat och flexibelt kunna omsätta sina kunskaper i dialog och samspel med berörda brukare. Denna personal behöver därför ha en erfaren och kompetent arbetsledning och processhandledning.

Kunskapsutveckling inom den stora ordinarie socialtjänsten, liksom inom psykiatrin, skolhälsovården och omsorgerna om äldre och funktionshindrade etc., handlar därför primärt om en kvalitetshöjning av den generella utbildningsnivån för chefer och handläggande/ behandlande personal samt att man får processhandledning (av handledarutbildade handledare) och gärna även egenterapi (av legitimerade psykoterapeuter). Här finns inga genvägar via tidsbegränsade projekt, tillfälliga öronmärkningar eller snabbkurser i avgränsade småmetoder. I ett allt komplexare samhälle krävs det enkelt uttryckt mycket rejäla och seriösa utbildningsinsatser vilket både tar tid och kostar pengar – men som ända på sikt blir mänskligt och samhällsekonomiskt lönsamt genom förbättrade behandlingsresultat till nytta för brukarna.

En ytterligare kvalitetssäkring av personalens kompetens skulle erhållas genom att införa ett legitimationsförfarande även av personal inom socialtjänst och äldreomsorg - då personal i utredande och ledande ställning ofta ansvarar för livsavgörande beslutsunderlag och verkställighet i brukarnas liv.

Kunskapsbaserad välfärd handlar slutligen om vilka utredningar och insatser med förändrings-/ behandlings-/ omvårdnads-/ rehabiliteringsmetoder som är mest 'effektiva' för att uppnå positiva resultat i brukarnas liv.

Man kan då varken nöja sig med naiva resultatmått som 'kundtillfredsställelse' eller 'symtomreduktion' och det hjälper föga med en avskalad kontextlös evidensbaserad kunskap om en viss behandlingsmetod i mycket specifika förhållanden – om man saknar kunskaper om och förståelse för de kombinationer av brukarmedverkan, familj och nätverk och mönster av insatser som i verkligheten hjälper människor att få ett fungerande och värdigt liv.



## Evidensinriktad Integrerad utvärdering

i:e / Integrerad utvärdering instämmer i evidensrörelsens definition av en evidensbaserad välfärd ( i den mjukare form som deklarerats av IMS

vid Socialstyrelsen ) - dvs. att kombinera de tre perspektiven:

1/ välfärdsarbetarnas kompetens och erfarenhetskunskap

2/ brukarnas behov och resurser

3/ bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om verksamma metoder för att möta brukarnas behov

Trots att i:e således är positiv till evidensrörelsens ambition för en generell kunskapsutveckling inom välfärden ( även om mycket mera krävs enligt resonemanget i föregående avsnitt) - förhåller den sig kritisk till de metoder som evidensrörelsen valt för att nå detta syfte..

Att kritisera och utmana denna starka modetrend är inte alldeles smärtfritt. FoU-tillvaron har givetvis fördelar med en tillhörighet till en riktning som anser sig företräda den rätta läran - med stöd, kontakter, projekt, pengar, konferenser, osv. via ett inflytelserikt nätverk av forskare, politiker, central-administratörer, etc. som erbjuds inom denna rörelse.. Förhoppningen är ändå att kunna framföra konstruktiv kritik utan att hamna i snålblåst och bli utdefinierad.

Låt oss därför våga oss på denna balansgång och kritiskt analysera evidensrörelsens sätt att möta sina egna krav - och jämföra detta med hur Integrerad utvärdering möter motsvarande krav.

När det gäller de båda första evidenskraven - välfärdsarbetarnas kompetens och erfarenhetskunskap samt brukarnas behov och resurser - har Integrerad utvärdering en radikalt annorlunda grundsyn, teori och praxis, som betydligt mer seriöst och djupt än evidensrörelsens tradition, möter dessa krav.

Hela *i:e* bygger ju på att välfärdsarbetarna i sitt ordinarie arbete insamlar och dokumenterar efterfrågade kunskaper i direktdialog och samarbete med berörda brukare - vilket även genomsyrar hela denna skrift liksom IT-stödet. ( se ex Kap. 2. Människors behov, Kap. 6. Reell brukarmedverkan, Kap.10. Kvalitetsutveckling, Kap. 16 Strukturerade dialogintervjuer )

Det är sammanfattningsvis både teoretiskt och praktiskt omöjligt att genomföra integrerad utvärdering utan välfärdsarbetarnas engagemang, kompetens och erfarenhetskunskap och relatera till brukarnas behov och resurser – vilka dessutom specifikt undersöks och dokumenteras i modellens IT-stöd.

Gällande evidensrörelsen kan man däremot undra hur pass seriöst man tar de uttryckta kraven på personalens och brukarnas medverkan.

Beträffande personalen vill man oftast ha deras hjälp att distribuera och i vissa fall genomföra de av forskarna bestämda bedömningsinstrumenten, men helst utan några egna åsikter som kan grumla resultaten. Dessutom vill man givetvis att de skall genomföra den studerade metoden så metodtroget som möjligt, men utan egna kreativa vinklingar som kan grumla just denna metod. Vilken professionalism och erfarenhetskunskap som skall kunna användas i denna eglerade tillvaro kan man fundera över.

Beträffande brukarna finns inga redovisade evidensstudier någonstans som i någon reell form försöker samarbeta med dem eller använda deras egna reflektioner, kreativa förslag osv. eftersom sådana varianter genast skulle grumla den studerade metoden. Inte heller finns några exempel på att brukarna uppmanas att med egna ord försöka reflektera över sin livssituation eller uttrycka förändringsbehov ur eget perspektiv, utan deras huvuduppgift vid genomgången av bedömnings- och frågeformulär eller ifyllnad av självskattningsformulär, är att samarbetsvilligt svara på ställda frågor. Ibland har man lite friare öppna frågor till brukarna gällande vad de tycker om just den genomförda metoden – men inte om vad de tycker om sitt verkliga liv.

Avseende de båda inledande evidenskraven - personalens professionalism och brukarnas behov visar det sig således att integrerad utvärdering tar dessa krav på betydligt större allvar än den formellt evidensbaserade forskningen

Gällande det tredje kravet – bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om verk samma metoder för att möta brukarnas behov – instämmer således *evu*. i modellen också i detta definitionskrav, men har en mängd tveksamheter till evidensrörelsens metodologiska vägval fram till målet.

Den integrerade utvärderingen är tveksam till den evidensbaserade forskningens ensidiga betoning på randomiserade kontrollgruppsstudier med standardiserade bedömningsinstrument och manualstyrda metoder avgränsade till väldefinierade målgrupper. Initialt kan man ifrågasätta evidensrörelsens värdegrund med avsaknad av genomtänkt välfärdssyn på brukarnas behov, självbestämmande, eget ansvar och egna resurser, men också avsaknaden av kontext perspektiv och okunskap om hur psykosocialt arbete i praktiken bedrivs med ett flertal parallella insatser till respektive brukare. Tveksamheten handlar också om hur dessa kunskaper i praktiken skall kunna användas i det dagliga välfärdsarbetet med alla de olika krafter som kontinuerligt samspelar till bakgrund, livssituation, behov, insatser och resultat.

Slutligen kan man förundras över en rad inte så genomtänkta konsekvenser ur socialpolitiska, etiska, juridiska, praktiska, ekonomiska, kompetensmässiga och andra aspekter, när allt detta skall omsättas i välfärdens vardag.

*i.e* / Integrerad utvärdering väljer en annan väg för att möta samma krav.

Kunskap inom välfärden måste alltid primärt sökas i reell brukarmedverkan och omfatta hur brukarna har det inom väsentliga livsområden. För en verkligt kunskapsbaserad och lärande välfärd behövs därför en utvärdering som byggs in i den ordinarie välfärdsverksamheten och genomförs av personalen i dialog med brukarna och som kontinuerligt ger kunskaper om behov, insatser och förändring i berörda människors liv.

*evu.i* använder strukturerade dialogintervjuer med brukarna som genomförs av den professionella personalen i sitt ordinarie arbete i sökande efter kunskaper inom väsentliga livsområden - om faktisk livssituation och förändringsbehov samt faktiska och upplevda förändringar och måluppfyllelse i det genomförda förändringsarbetet.

Med denna metod får man givetvis inte resultat som är 'bevisade' enligt det evidensbaserade reglementet. Däremot får man tillgång till hela den kunskap om brukarnas väsentliga livsområden som erhålls ur den direkta dialogen med berörda brukare och insamlas kontinuerligt av olika professioner i hela detta välfärdssystem. Skulle då denna, av personalen dialoginsamlade kunskap, vara mindre 'evidensbaserad' i betydelsen 'bevisad', adekvat, säker och trovärdig i termer av validitet och reliabilitet ?

Om denna kunskap inte skulle 'stämma med verkligheten' skulle ju detta i princip innebära att det råder felinformation i alla utredningar och all dokumentation i alla akter och journaler inom hela den samlade socialtjänsten – eftersom de både bygger på och handlar om samma kunskapsunderlag och har dokumenteras av samma personal.

Att välja flera olika livsområden i en kunskapssökande brukardialog bör snarare stärka utvärderingens validitet, då en bredare kunskap om brukarnas livssituation logiskt minskar risken för att inte undersöka det som verkligen är väsentligt i den aktuella behovsanalysen.

Reliabiliteten blir sannlikt också generellt bättre i en bred kunskapssökande dialog som genomförs av kompetent välfärdspersonal och som kan kontrolleras mot all annan samlad kunskap i den aktuella välfärdsverksamheten, stämmas av mot kollegor och arbetsledning och analyseras och bearbetas i professionell processhandledning.

Det bör påpekas att fördelen med dialogintervjuernas bredd, djup, flexibilitet, brukarmedverkan, validitet och reliabilitet förutsätter att de genomförs av välutbildad och kulturkompetent personal inom ordinarie välfärdsverksamhet, ex socionomer, psykologer, läkare och andra professionsutbildade inom ex socialtjänst, barnpsykiatri, skolhälsovård och äldreomsorg.

Vad gäller evidensinriktningens påbudna design med randomiserade kontrollgruppsstudier / RCT, måste det ändå öppet tillstås att detta tillvägagångssätt ger en hög säkerhet i effektbedömningar av enskilda metoder som svårliken kan nås på andra vägar, eftersom man över tid just kan jämför förändringar i den grupp som fått en viss metod med förändringar i en annan grupp som inte fått denna metod.

Samtidigt innebär RCT-studier ett antal svårigheter vid tillämpning i ordinarie välfärd – som att brukare har ett flertal parallellt pågående insatser från olika huvudmän, att det ibland kan finnas etiska tveksamheter med att av ekonomiska eller organisatoriska skäl forcera in brukare i en viss metod eller lämna dem utanför det som man ändå tror kan vara den bästa insatsen, att det forskningsmässigt kan vara svårt att få tillstånd tillräckligt stora grupper för säkra statistiska beräkningar samt att man måste kontrollera processen, inte enbart bakåt utan även framåt, och att familj, anhöriga, socialt nätverk och andra omvärldsbetingelser alltid spelar en viktig icke-kontrollerbar roll i det som utgör såväl livssituation, behov, insatser och effekter.

Modellen för integrerad utvärdering erbjuder emellertid en lösning på denna RCT-problematik - som behåller jämförelseperspektivets fördelar men i princip undviker nackdelarna när de skall genomföras i ordinarie välfärd.

Det internationellt unikt avancerade IT-stödet möjliggör för det första en kunskapsinsamling och dokumentation innefattande alla verksamhetens brukare ( utan begränsning i antal, tid, organisation, etc ), vilken kan genomföras av ordinarie personal i ordinarie verksamhet till en mycket rimlig kostnad.

Istället för att på förhand dela upp brukare i olika grupper som placeras eller inte i en viss avgränsad behandlingsmetod - kan verksamhetens samtliga brukare, och oavsett vilka insatser som pågår, delta i kunskapsinsamlingen.

Istället för att reduktionistiskt och en aning verklighetsfrämmande studera en viss avgränsad metod i taget - kan samtliga insatser från olika verksamheter som brukaren möter, kontinuerligt inkluderas

Istället för effektmätningar avgränsade till förändringar på olika begränsade skalor, diagnosmallar och bedömningsformulär - kan både livssituation, behovsanalys, faktisk och upplevd förändring och måluppfyllelse, inkluderas.

Istället för ett linjärt orsak-verkan-tänkande (en insats – ett resultat) - kan avancerade mönsteranalyser i en cirkulär eco-systemisk grundsyn ge perspektiv på 'mönster av insatser som ger ett mönster av effekter', som samvariation mellan insatser och måluppfyllelse ( via eget USA-patent vilket kommenteras under 'Analysera resultat / Mönsteranalys')

Istället för att på förhand nödgas välja en viss grupp med viss diagnos som får en viss metod under en viss tid ( under vilken studien bedrivs ) - kan modellens IT-stöd erbjuda en total frihet att 'i efterhand' välja målgrupp, insatser, tidsperiod och analysperspektiv. Detta innebär att man i sin analys även kan involvera en mycket stor mängd jämförelser - mellan olika målgrupper med olika bakgrundsförhållanden och behov, med olika insatser och tider, olika förändringar och måluppfyllelse - och i denna mening få till stånd alla de tänkbara jämförande 'kontrollgrupper', som man överhuvudtaget kan önska.

Jämfört med den rekommenderade designen för RCT-studier, innebär detta att den integrerade utvärderingen möjliggör en mera avancerad effektutvärdering, som bejakar viktiga jämförelsemöjligheter men som undviker dess negativa aspekter. Därutöver möjliggörs en rad ytterligare intressanta analyser som inte är möjliga i traditionella evidensupplägg – ex insats-analyser omfattande samtliga bedrivna insatser till aktuell målgrupp under en utvärderingsperiod eller mönsteranalyser med en annan teoretisk höjd än banala resultat utifrån 'en insats – en effekt'. IT-stödet till EVU.i möjliggör dessutom en avsevärt utvecklad resultatpresentation som den engagerade verksamheten själv kan hantera för egen kvalitetsutveckling – så att utvärderingskunskaperna i nästa steg även kan komma verksamhet och brukare tillgodo.

Sammantaget kan konstateras att den integrerade utvärderingen, visserligen väljer en annan väg, men likväl förmår möta det tredje evidenskravet - 'bästa tillgängliga kunskap om verksamma metoder för att möta brukarnas behov'.

### ***Integrerad utvärdering***

har en evidensinriktad grundsyn genom att modellen kombinera personalens kompetens och erfarenhet *med* brukarnas behov och resurser, *med* bästa tillgängliga kunskap om verksamma metoder för att möta brukarnas behov

Utvärderingen bygger på personalens engagemang och brukarnas reella medverkan och har ett avancerat IT-stöd som möjliggör ett omvärldsperspektiv med olika målgrupper, insatser, utvärderingsperioder, förändringar, måluppfyllelse och mönster. Härigenom kan utvärderingen ingå i en kunskapsbaserad välfärd med kvalitetsutveckling för ökad brukarnytta.

## 14. VÄLFÄRDSINTEGRERAD MODELL

Utvärderingsmodellen EVU.i använder *integrerad* både som beteckning, beskrivning och varumärke eftersom utvärderingen både har sin grund i välfärdens värderingar och är inbyggd i välfärdens verksamhet ur flera perspektiv.

Begreppet integrerad har således här en rad olika betydelser - vilka kan sammanfattas enligt följande:

### Integrerad Värdegrund

Utvärderingsmodellen är ideologiskt integrerad med den nordiska välfärdens grundvärderingar med betoning av berörda brukares egna resurser till eget ansvar och självbestämmande.

Brukare förtyllas inte till kunder, konsumenter eller valmanskår utan ses som medmänniskor med förändringsbehov och egna förändringsresurser.

Utvärderingen företräder ett lärande och kvalitetsutvecklande 'aktörsparadigm' som i kongruens med välfärdens överordnade syfte har ambitionen att vara till nytta för berörda människor.

### Integrerad Form och Evidens

Utvärderingen byggs in i och anpassas till välfärdens verksamhet, följer verksamhetens ansvars- och befogenhetsordning och ingår i den professionella personalens välfärdsarbete.

Utvärderingen betraktas inte som ett tillfälligt eller avgränsat projekt utan ingår i den samlade välfärdsverksamhetens ordinarie drift och demokratiska styrning och i den professionella personalens ordinarie utrednings-, omsorgsbehandlings- och förändringsarbete.

Modellen stöder en evidensinriktad kunskapsutveckling genom att kombinera personalens kompetens och brukarnas behov med bästa tillgängliga kunskap om effekter och måluppfyllelse av olika insatser.

## Integrerad Process

Utvärderingens kunskapsunderlag inhämtas i en kunskapssökande dialogintervju mellan berörda brukare och professionell personal inom ramen för pågående gemensamt utrednings-, behandlings-, förändringsarbete.

Utvärderingens resultat och slutsatser återförs till brukare, personal, ledning och politiker - i ambitionen att bidra till en lärande organisation där utvärderingens kunskaper används i en kontinuerlig kvalitetsutveckling.

## Integrerad Kunskap

Utvärderingens kunskaper samskapas i dialogform inom det gemensamma välfärdsarbetet mellan brukare och personal.

Verksamheten äger sin egen utvärdering och kan själv välja målgrupper, verksamheter, utvärderingsperiod och en rad analysperspektiv.

Utvärderingen söker såväl kvalitativa som kvantitativa kunskaper vilka insamlas i kvalitativa dialoger och aggregeras till kvantitativa resultat-sammanställningar.

Den integrerade utvärderingen kan vid behov kompletteras med fördjupade undersökningar och kan med tiden bilda en omfattande kunskapsbas, som både kan användas för statistikuttag och som kunskapsunderlag för FoU-projekt och forskning ur olika perspektiv och intressen.

## Integrerat IT-stöd

Utvärderingens dokumentation integreras med verksamhetens ordinarie data-stöd och anpassas till ordinarie arbetsformer och dokumentation.

Integrationen med övrigt IT-stöd ger en användarvänlig, snabb, säker, integritetsskyddad och mycket kostnadseffektiv utvärderingsdokumentation med tidsbesparande möjlighet att 'bläddra' mellan journalføring, beslutsunderlag och utvärderingsdokumentation i samma ärende.

IT-stödet erbjuder också en logisk och mycket tidsbesparande aggregering till principförberedda grafiska resultatdiagram - för användning i verksamhetens resultatanalys och fortsatta kvalitetsutveckling.





# DEL III

## DOKUMENTERA INTERVJU

*Del III visas i IT-stödets under Procapita / Navigator /  
i:e / Integrerad utvärdering / Information.*

---

*Del III* beskriver de olika momenten i den integrerade utvärderingen - med sammanfattande förklaringar av inriktning, innehåll, tid, struktur, förhållningssätt, information, motivation och uppföljningar i kunskapsinsamling genom strukturerade dialogintervjuer i välfärdsarbetet.

Denna del bör studeras relativt inträngande av den som själv arbetar med den integrerade utvärderingens dialogintervjuer med berörda människor.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell, Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9



## 15. KUNSKAPSINSAMLINGENS INNEHÅLL, STRUKTUR OCH TID

Utvärderingens innehåll består av att i dialog med berörda brukare undersöka och dokumentera:

- **Bakgrundsfakta**
- **Livssituation inom olika livsområden**
- **Förändringsbehov inom olika livsområden**
- **Egna resurser / utveckling av egna resurser**
- **Insatser från olika Förändringsaktörer**
- **Förändringar i faktisk livssituation**
- **Upplevelse av Förändring**
- **Bedömning av Måluppfyllelse**
- **Bedömning av Förändringsaktörernas / insatsernas betydelse**

Utvärderingen följer en tvärstruktur på tre huvudnivåer:

### **Social situation / Strukturell nivå**

- med livsområden som sysselsättning, boende, ekonomi och utbildning.

### **Relationer / Interpersonell nivå**

- med livsområden som barn-förälder, familj, parrelation, nätverk etc

### **Personligt / Individuell bio-psykisk nivå**

- med livsområden som hälsa, självuppfattning och beroende.

**Egna resurser** utgör ett eget mycket väsentligt frågeområde.

### Dessutom möjliggörs olika **Fördjupningar**

- avseende olika Målgrupper/livsområden, Verksamheter och Insatser

Inom varje livsområde följer dialogintervjun ett genomgående inriktnings- och tidsperspektiv :

**Livssituation vid Start**

ger en lägesbeskrivning av den faktiska livssituationen för berörda människor - vid tiden ”strax före och i anslutning till” de eventuella insatsernas påbörjande.

**Mål för önskad förändring**

uttrycker förändringsbehov inom olika livsområden i samband med startsituationen och anges oavsett om den aktuella verksamheten kan eller förväntas göra några insatser.

**Uppföljning av faktisk livssituation** ( från 1 till 6 möjliga uppföljningar)  
undersöker den nya/aktuella livssituationen vid tiden för resp. uppföljning. Härvid kan denna uppföljningssituation, med de eventuella förändring som skett, jämföras med startsituationen, oavsett om dessa förändringar önskats och/eller varit föremål för insatser.

**I dialogreflektioner vid uppföljningarna bedömer brukaren**

**Upplevd förändring** – vilken anges oavsett om förändring önskats eller ej - och bedöms gemensamt i skalstegen: positiv, ingen eller negativ.

**Måluppfyllelse** – vilket förutsätter att förändringsbehov i form av ”mål för önskad förändring” har uppställts - och bedöms gemensamt i skalstegen: fullgod, god, delvis och ingen.

**Förändringsaktörernas betydelse** - för omsorgs- / behandlingsarbetets faktiska förändringsresultat i brukarens liv, vilket avser de aktörer som varit aktivt engagerade i någon form gällande den berörda personens förändringsbehov – och bedöms i skalstegen: mycket stor, stor, liten, ingen.

Se vidare Bildspel för analog översikt.

## 16. STRUKTURERADE DIALOGINTERVJUER

Modellens struktur bildar ram för dialogintervjuerna.

Strukturen med innehåll, nivåer, livsområden och tidsperspektiv utgör en ram för samtalen. Detta innebär att samtliga intervjuer i alla ärenden följer samma grundstruktur och täcker av samma huvud- och underrubriker. Samtidigt kan kunskapsinsamlingen genomföras i en individuellt anpassad ordningsföljd och i en ledig samtalsform under dessa respektive rubriker, vilket innehållsmässigt överensstämmer med och till formen liknar den professionella välfärdsarbetarens ordinarie arbetsformer i möten med brukarna.

Graden av önskvärd detaljstruktur i en dialogintervju är inte helt självklar. En alltför bred och 'lös' struktur kan visserligen öka processförståelsen men samtidigt försvåras möjligheterna till aggregering. En alltför detaljstyrd struktur med mera 'bundna' frågor och svar ger enklare sammanställning men hämmar samtidigt dialogens samtalsform. Idealet är att försöka ha tillräcklig styrning för att klara aggregeringskraven utan att gå så långt i detaljstyrning att dialogen blir begränsad till enbart frågor och svar.

Strukturens syfte är att bidra till en helhetssyn med en bred kunskap för ökad förståelse för människors levnadsförhållanden och förändringsbehov, vilket i sin tur ökar utvärderingens validitet. Den valda strukturen, med livsområden uppdelade på olika nivåer, gör den principiellt tillämpbar på alla människor i alla tänkbara målgrupper, oavsett deras individuella livssituation. Den individ existerar inte där dessa rubriker inte är tillämpliga.

### Seriös kunskapsinsamling inom flexibla yttre former

Dialogintervjuernas yttre former, som tidsåtgång, plats, tempo etc. bör anpassas till berörda brukares situation och behov, ålder och utvecklingsnivå. Det går exempelvis att utföra sin kunskapsinsamling vid flera olika tillfällen, ta paus under samtalet, ta en kopp kaffe, träffas i familjens bostad, åka bil, ta en promenad, leka med barnen osv. Man måste således inte sitta still på var sin stol och se allvarig ut för att kunskapsinsamlingen skall vara seriös.

Det är de berörda människornas faktiska livssituation och förändringsbehov som man gemensamt försöker förstå - och då måste formerna för denna kunskapsinsamling flexibelt kunna anpassas därefter.

Dialogformen är mycket väsentlig - både för bemötande, motivation, förståelse och förändringsarbete.

Dialogintervjuerna liknar i mycket det ordinarie arbetsinnehållet och kan smidigt integreras i verksamhetens utrednings-/behandlings-/omsorgsarbete. I dialogen mellan den professionelle välfärdsarbetaren och aktuella individer och familjer bör man eftersträva öppenhet, respekt, aktivt lyssnande och empatiskt bemötande. Detta förhållningssätt ökar motivationen att medverka och bidrar till att stärka brukarnas resurser, ansvar och självbestämmande.

En dialogintervju innebär ett ömsesidigt samtal mellan brukare och personal och ger båda parter ökade möjligheter att lära känna varandra – alltså även att brukaren får 'se mer av personalen som person' vilket oftast bidrar till ökad motivation, djupare förståelse och förbättrat samarbete. Dialogen ger också deltagarna möjlighet att ömsesidigt utbyta både verbal och icke-verbal kommunikation – vilket kraftigt ökar möjligheterna till förståelse jämfört med traditionella frågeformulär, enkäter och självskattningsskalor. Samtalet kan i sig skapa ett nytt kontext som avtäcker innebörd, mening och intention även för den intervjuade – man blir mera medveten själv om vad man egentligen menar under samtalets gång. Dialogformen ger även möjlighet till flexibel 'tratt-teknik' - där man kan börja relativt brett under ett livsområde för att efterhand snäva in till mera specifika förhållanden. Intervjuaren kan också välja att avsluta respektive frågeområde med en enkel sammanfattning och undersöka om något har missuppfattats eller behöver kompletteras.

Dialogen ger dessutom både personal och brukare möjligheter att *metakommunicera* om samtalets intention, form och innehåll för ömsesidig klarifiering av innebörden i det som efterfrågas och svaras. Dialogen bidrar härmed en ökad förståelse för berörda människors livssituation, förändringsbehov, egna resurser och faktiska förändringar.

### Att stå ut med dokumentationens förenkling

Det som dokumenteras under respektive livsområde ( med eller utan data-program) utgör givetvis en *sammanfattning* - utan alla de personliga nyanser och djupperspektiv som kan ingå i hela dialogsamtalet. Denna förenkling är dock nödvändig för att alla dessa kunskaper från många olika ärenden senare skall kunna aggregeras till meningsfullt överblickbara resultat

Att ett djupt personligt samtal i dokumentationen förenklas till ett visst värde inom en variabel i ett livsområde, kan upplevas som ytligt både av brukare och personal.

Detta intryck kan ytterligare förstärkas om man har förhandsuppfattningen att ett dataprogram med färdiga rubriker och variabler kan upplevas kallt och teknokratiskt. Uppfattningen om datateknisk kyla brukar dock upphöra i praktiken, när väl dialogintervjun kommer igång eftersom man då, med eller utan maskiner, måste samtala med varandra. Även om olika nyanser utelämnas i dokumentationen har de således inte erhållits ”i onödan” utan finns naturligtvis kvar i behandlingsrelationen och ( om så önskas ) i journalföringen - för båda parter att använda i det fortsatta förändringsarbetet.

## I utvärderingen insamlas olika typer av kunskaper.

I intervjun ( liksom i den senare resultatanalysen) bör man vara medveten om att man inom olika livsområden hanterar kvalitativt olika typer av data.

- Yttre social situation, som sysselsättning, bostad och ekonomi, en del personliga hälsodata och vissa registrerade förhållanden, kan betraktas som ”objektifierbara” *fakta*. Här är den gemensamma uppgiften att få fram så sanningsenlig kunskap som möjligt om faktiska förhållanden i brukarnas liv.
- Relationer inom familj och nätverk samt personliga förhållanden som psykisk hälsa och självuppfattning, är däremot uppgifter som primärt handlar om den enskilda individens/familjens *värderingar och upplevelser*. Även om dialogen naturligtvis bidrar till ömsesidigt ökad förståelse, måste relationernas kvalitet ytterst avgöras av klientens/familjens uppfattning.
- I behovsanalysens ’Mål för önskad förändring’ är det väsentligt att behoven verkligen avser önskade förändringar i berörda människors livssituation. Förändringsbehoven får inte sammanblandas med ”önskemål om insatser” eller marknadstänkande av typen ”efterfrågan/ konsumtion/ nöjda kunder”.

*I gemensamma reflektioner* avseende upplevd förändring och måluppfyllelse försöker man i efterhand jämföra den förändrade livssituationen vid uppföljningen, med de förändringsmål som uttrycktes vid startsituationen.

Analysen av förändringar och måluppfyllelse utgör alltid en *sammanvägd bedömning ur den gemensamma dialogen* - mellan individens/familjens uppfattning och personalens professionella kunskap och erfarenhet. (Denna gemensamma bedömning i dialogform inte bör sammanblandas med begrepp som ”klientbedömning” som vanligen avser en bedömning av för- mågor, brister och beteende, - vilken oftast utförs ensidigt av personalen utan att klienten involveras och engageras ).

I den integrerade utvärderingen sker således ingen kunskapsinsamling eller utvärderingsdokumentation bakom ryggen eller över huvudet på brukarna. Allt sker öppet i den reflekterande dialogens form.

## 17. UPPFÖLJNINGAR – TID OCH FORM

Den integrerade utvärderingens *Utvärderingsperiod* utgörs av tiden från utvärderingens Start till respektive tid/er för en eller flera Uppföljning/ar.

Lämplig tid för Uppföljning påverkas såväl av verksamhetens syfte, uppdrag och planering som de aktuella målgruppernas livssituation, ålder och behov. I vissa ärenden kan dessutom tiden för uppföljning behöva samordnas med juridiskt/politiskt bestämda omprövningar av pågående insatser.

Den utvärderande verksamheten måste därför själv avgöra både när och hur många uppföljningar med olika målgrupper som bör göras.

För att utvärderingen skall kunna integreras i verksamhetens årsredovisning måste dock minst en årlig uppföljning göras med samtliga klienter inom samtliga målgrupper - eftersom dessa personer annars inte kan ingå i denna årliga resultatanalys, varvid det inte heller blir möjligt att årsvis utvärdera ”hela” verksamheten.

*Om insatserna i ärendet pågår över längre tidsperioder*, kanske flera år, kan utvärderingsdokumentationen, med livssituation, förändringsbehov, insatser, uppföljningar och måluppfyllelse, med fördel upprepas ett flertal gånger i det pågående ärendet, exempelvis var 6:e eller var 12:e månad.

*När insatserna i ett ärende har avslutats eller avbrutits* är det oftast ändå önskvärt med fortsatta uppföljningar - då förändringsresultaten generellt kan bedömas med större säkerhet efter det att insatserna i ärendet har avslutats.

Ärendet registreras härvid som ”avslutade respektive avbrutna insatser”. Livssituation, förändringar och måluppfyllelse dokumenteras även fortsättningsvis i uppföljningar (men utan startsituation, förändringsbehov, insatser och förändringsaktörer).

*Dataprogrammet medger även en ny omstart i utvärderingen av ett ärende som tidigare har avslutats i utvärderingen.*

Efter att Avslutande uppföljning har dokumenterats kan en ny utvärdering, med Start och 1-6 Uppföljningar igångsättas med samma person som tidigare avslutats. Detta gör det möjligt dels att få tillstånd en ny startsituation om brukarens livssituation markant förändrats, dels att om så önskas kunna fortsätta utvärderingen longitudinellt - i princip utan tidsbegränsning.

Se Rekommenderad Uppföljningsplan i Appendix / Dokumentera intervju



## 18. INFORMATION OCH MOTIVATION

Berörda personer informeras öppet om hur den integrerade utvärderingens uppgifter hanteras och skyddas

I utvärderingen eftersträvas en samarbetsrelation med berörda människor med öppenhet avseende syfte, innehåll, genomförande och uppföljningar.

Inom modellen för integrerad utvärdering betraktas inte brukarna som ”studieobjekt” utan som faktiska samarbetspartners i ett gemensamt kunskaps-sökande. Den integrerade utvärderingen sker *i dialog* med brukarna och det finns ingen anledning att utföra någon datainsamling över huvudet eller bakom ryggen på de berörda.

Tvärtom finns mycket starka etiska, juridiska och forskningsmetodologiska anledningar att eftersträva *öppenhet*. Det bör framgå att utvärderingen ingår i det ordinarie arbetet och utförs av respektive ansvarig handläggare / behandlare ” i sina egna ärenden”, att utvärderingen i princip omfattar samtliga klienter samt att de uppgifter som dokumenteras i dataprogrammet hanteras i enlighet med gällande lagstiftning och betraktas som journalmaterial, med samma krav på säkerhet, integritet, sekretess och rätt till insyn i sin egen journal.

Om det, för den enskilda personen/familjen, finns speciellt viktiga, oklara eller intressanta aspekter i den dokumenterade dialogintervjun, kan de sidor som berör dessa förhållande med fördel skrivas ut i pappersform. Detta ger berörda människor en möjlighet att reflektera över innehållet och stärker delaktigheten i det gemensamma utvärderingsarbetet.

I dialogintervjuerna med enskilda personer är dessa inte anonyma i reell bemärkelse. Det är däremot viktigt att alla berörda förstår att samtliga utvärderingsresultat som kan redovisas ”externt” dvs utanför direkt berörda handläggare, enbart sker i sammanställd form på gruppnivå, utan namn, personnummer eller andra personuppgifter.

Detta innebär att den externa resultatredovisningen i aggregerad form alltid sker säkert och fullständigt integritetsskyddat eftersom ingen enskild individ/ familj ( eller personal ) här är möjlig att identifiera.

## Den integrerade utvärderingen motiveras med syftet

Motiveringen till brukarna för att delta i den integrerade utvärderingen bör alltid kopplas till det övergripande *syftet*, som är gemensamt för både verksamhet och utvärdering:

- Att tillsammans med berörda människor undersöka om verksamheten bidrar till nytta i deras liv och med hjälp av dessa kunskaper försöka förbättra verksamheten så att den kommer berörda människor tillgodo -

Detta syfte verkar vara en både förståelig och godtagbar motivering som dessutom ofta i sig har en motivationshöjande effekt, då den sätter brukarnas livssituation i centrum.

Samma resonemang används för att förklara och förankra behovet av uppföljningar efter det att insatserna i respektive ärende har avslutats.

Berörda människor verkar ha lätt att följa logiken i att man måste få reda på ”hur det går i fortsättningen” - för att man skall kunna undersöka effekten och nyttan av olika insatser.

Brukarna verkar också uppskatta den professionellt seriösa inställningen att man tar sitt arbete på allvar och är genuint intresserad av hur det går och vad som händer brukarna i fortsättningen i livet, att man vill veta om verksamheten gör någon nytta, vill bistå dem att utveckla sina egna resurser och vill tillvarata deras erfarenheter av vad som kan bidra till positiva förändringar.

Det kan även behöva påpekas att det ju inte är brukarna som utvärderas, utan verksamhet och personal – dvs att ”vi försöker förbättra vårt arbete genom att utvärdera om våra insatser verkligen ger någon nytta i Ditt/Ert och andra människors liv”.

## 19. TANKESTRUKTUR FÖR DIALOG- INTERVJUNS OLIKA MOMENT

### Behovsanalys: livssituation, förändringsbehov och resurser vid Start.

1. Livssituation - inom olika livsområden
2. Förändringsbehov – inom ett eller flera livsområden
3. Egna resurser i förändringsarbete - person / familj / anhöriga / nätverk.  
1 + 2 + 3 = Återstående förändringsbehov för gemensamma insatser  
( för berörda brukare, nätverk och välfärdsverksamhet ).  
Dessa förändringsbehov formuleras som 4. (nedan)



### Arbets-/behandlings-/omsorgsplan

4. Mål för önskad förändring ( = förändringsbehov inom olika livsområden)
5. Planering av insatser
  - Vad, var, när, hur och vem/vilka
  - Ansvars- och kompetensområden, samarbetsrelationer och samverkan
  - Information och förankring att uppföljning skall göras - när, var, hur.



### Genomförda insatser

6. Egna insatser / grad av engagemang – person/familj/anhöriga/nätverk
7. Frivilligorganisationer
8. Utvärderande verksamhet – interna/externa/övriga
9. Andra välfärdsverksamheter



### Resultatuppföljning – vid Uppföljning 1 - 6.

10. Livssituation – inom olika livsområden.
11. Förändring - ( Jämför 10 med 1 ).
12. Måluppfyllelse – ( Bedöm 10 i förhållande till 4 ).
13. Utveckling av egna resurser ( Jämför med 3 )
14. Förändringsaktörer/insatser – engagemang och betydelse för förändring.
15. Sammanfattning (visas av programmet)  
– Bedömning av samlad Måluppfyllelse.

Se **Bildspel** för analog översikt  
av den integrerade utvärderingens olika moment.



# DEL IV

## ANALYSERA RESULTAT

*Del IV visas i IT-stödets Procapita / Navigator /  
evu.i / Integrerad utvärdering / Information.*

---

Del IV redovisar olika aspekter som bör förtydligas inför sammanställning och analys av den integrerade utvärderingens resultat:

- skapande av målgrupper för resultatanalys
- val av utvärderingsperiod och analysperspektiv samt
- utvärderingens resultatdimensioner.

Modellens IT-struktur, för hur dessa aspekter kan väljas i dataprogrammet och hur utvärderingens resultat presenteras i diagramform, redovisas i Appendix under IT-stöd: Analysera resultat.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell, Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9



## 20. SKAPA MÅLGRUPP

Utvärderingsresultaten aggregeras till målgruppsnivå.

Tanken med alla former av utvärdering är att erhållna kunskaper skall bli möjliga att överblicka så att slutsatser kan dras vid resultatanalysen.

Slutsatser kräver generaliserbara kunskaper. Det är mycket sällan möjligt att dra generella slutsatser för en välfärdsverksamhet utifrån process och resultat i några ”enstaka fall”. Generaliserbarheten ökar emellertid om utvärderingens resultat beskriver förändringar i en *grupp* av personer över en definerad tidsperiod. Slutsatser kräver följaktligen att man kan sammanställa / ”aggregera” utvärderingens kunskaper på gruppnivå och över tid.

En primär förutsättning för att kunna sammanställa, analysera och dra slutsatser ur utvärderingens resultat är därför att verksamheten ur hela utvärderingspopulationen kan skapa och välja ut en eller flera målgrupp/er för resultatanalys.

Redovisningen på gruppnivå skyddar personernas integritet.

Utvärderingens aggregerade resultat beskriver förhållanden för en målgrupp.

Resultaten, som redovisas i olika diagram, handlar således om en grupp människor, inte enskilda individer. I dessa diagram finns inga personuppgifter såsom namn, adress eller personnummer.

Detta gör det både principiellt och praktiskt omöjligt att identifiera personer och den enskildes integritet skyddas härmed i resultatredovisningen.

Målgrupper bildas genom urvalskriterier

En målgrupp i den integrerade utvärderingens resultatanalys utgör ett *urval* av den totala gruppen individer som ingår i verksamhetens utvärdering. Målgruppen, dvs den grupp som man vill analysera, utgör en grupp individer som har vissa förhållanden gemensamt (= urvalskriterier).

Urvalskriterierna hämtas från Person, Bakgrundsfakta, Verksamhet och Insatser. Endast urvalskriterier med angivna värden påverkar urvalet.

Om exempelvis inget värde anges för kön och ålder medtages båda könen och alla åldrar i den aktuella målgruppen.

Anm. De alternativ som anges under respektive fällbar lista innehåller endast de värden som tidigare dokumenterats i databasen. Detta utförs av dataprogrammet för att undvika att man väljer ett alternativ som inte finns i databasen (eftersom målgruppen då automatiskt skulle bli = 0).

### Alltför små målgrupper bör undvikas

Små målgrupper (under 10 personer) ger vanligen osäkra slutsatser eftersom enstaka avvikelser i små grupper kan få oproportionerliga effekter på de sammanlagda resultaten.

Dessutom kan de ingående individernas integritet äventyras genom att man ändå kan ”känna igen dem” utifrån de specificerade bakgrundsvariablerna - trots att alla personuppgifter utelämnats. Man bör därför undvika att använda alltför många eller specifika kriterie-kombinationer.

### Urvalskriterier bör främst väljas från bakgrundsfakta

Bakgrundsfakta, som anger personliga förhållanden som exempelvis ålder, kön och familjeform och etnicitet, utgör oftast lämpliga urvalskriterier. Dessa förhållanden är nämligen principiellt oberoende både av den aktuella verksamheten och av vilka insatser som gjorts.

Beträffande urvalskriterier som hämtas från genomförda *insatser* bör man vara mera restriktiv.

- dels minskar målgruppen snabbt vid specifika kombinationer av insatser,
- dels riskerar man att hamna i ett cirkelresonemang vid analysen av olika insatsers nytta om dessa insatser redan angivits som urvalskriterier.

Vanligen finns goda skäl för att kombinera olika bakgrundsfakta (ex en grupp pojkar i angiven åldersgrupp från en viss familjebakgrund), med en begränsad kombination av insatser (ex stödsamtal och/eller familjeterapi).

Begränsning av antalet urvalskriterier sammanhänger inte med, och begränsar därför inte heller, de olika aktörer som varit engagerade och insatser som faktiskt utförts i den aktuella målgruppen (vilka givetvis kan vara många fler - vilket också senare redovisas här i Analysera resultat”).



## 21. ANALYSPERSPEKTIV

Utvärderingsresultat kan hämtas ur olika tidsperspektiv

### Lägesbeskrivning

Lägesbeskrivning avser här en sammanställning av målgruppens aktuella livssituation och förändringsbehov vid tiden för Start i respektive ärende.

Dessa beskrivningar av aktuella förhållanden vid utvärderingens Start i respektive målgrupp kan redovisas oavsett om verksamheten har kunnat planera och genomföra några insatser eller uppföljningar.

En lägesbeskrivning utgör därför i sig ingen utvärdering då några insatser inte kan relateras till några förändringsresultat.

Lägesbeskrivningar kan däremot jämföras, både mellan olika målgrupper och mellan olika år, vilket kan användas för att belysa, följa och jämföra olika målgruppers ”generella livssituation”.

### Utvärderingsperiod

Utvärderingsperiod innebär här att en förändring kan studeras över en tidsperiod mellan två olika angivna tider, genom att situation, behov, resurser och insatser inom olika livsområden vid Start, har undersökts på nytt vid en eller flera senare Uppföljning/ar.

Härigenom kan utvärderingskunskaper erhållas om livssituation, förändringsbehov, egna resurser, faktisk och upplevd förändring och måluppfyllelse samt gällande de insatser i förändringsfrämjande syfte som utförts av en rad olika förändringsaktörer inom en angiven tidsperiod.

Dessa kunskaper kan i sin tur användas för jämförelser, både inom en bestämd målgrupp som följs över en viss tidsperiod och för jämförelser mellan olika målgrupper - över den gemensamma tidsperiod som utgörs av utvärderingsperioden mellan Start och Uppföljning.

## Uppföljningshistoria

Uppföljningshistoria innebär här att livssituation, förändring och måluppfyllelse kan ”bläddras” fram för en vald målgrupp som ett historiskt förlopp mellan olika uppföljningstillfällen ( Uppföljning 1 – 6 ).

Ett utvecklingsförlopp kan härvid följas som - istället för att utgå från den för målgruppen gemensamma tidsram som anges av utvärderingsperiodens start- och uppföljningstid - utgår från den tid, i respektive enskilt ärende i aktuell/a målgrupp/er, som förflutit från Start till olika Uppföljningar.

Härigenom kan olika förändringar följas inom och mellan målgrupper, även om de i målgruppen ingående enskilda utvärderingsfallen har påbörjats och följts upp vid i tiden olika tillfällen.

Exempelvis påbörjades utvärderingen med en person i februari och med en annan person i april varefter de var för sig följdes upp efter ca 6 månader vilket följaktligen inträffade i augusti respektive oktober. I dessa båda individuella utvärderingsfall har således insatserna bedrivits under lika lång tid, även om de startades vid olika tidpunkter.

Genom att kunna bläddra mellan olika Uppföljningsomgångar blir det härigenom möjligt att följa ett utvecklingsförlopp gällande målgruppens personer /familjer där insatserna i dessa olika ärenden har pågått lika lång tid sett från Start - vilket utgörs av den tid i varje enskilt utvärderingsfall som förflutit från respektive Start till respektive Uppföljning 1 – 6.

För att möjliggöra aggregering och resultatredovisning ur olika tidsperspektiv kan således verksamheten i sin resultatanalys välja:

- **Tid för Start** avseende Lägesbeskrivning
- **Tid för senaste Uppföljning** avseende Utvärderingsperiod, för att därmed ange tidsperioden mellan Start och senaste Uppföljning.

Som alternativ till en given tidsperiod kan verksamheten följa en:

- **Uppföljningshistoria** genom att bläddra mellan olika Uppföljningar.

## Resultaten påverkas av om insatserna i målgruppens ärenden är pågående, avslutade eller avbrutna.

I välfärdsverksamheter som individ- o familjeomsorg, äldreomsorg, primärsjukvård, psykiatri mfl aktualiseras nya ärenden medan andra ärenden avslutas - löpande under hela året.

Oavsett utvärderingsperiod återfinns därför alltid i verksamheten ett antal brukare med olika 'ärendestatus':

- där en behovsanalys genomförts och insatser påbörjats / pågår
- där planerade insatser inte längre pågår och ärendet har avslutats.
- där insatser av olika skäl oplanerat avbrutits och således inte slutförts

Resultaten från utvärderingsfall med dessa olika förhållanden kan inte enkelt jämföras. Förändringsarbetets resultat är givetvis vanligen annorlunda om insatserna/ omsorgen / behandlingen har slutförts, jämfört med om förändringsarbetet fortfarande pågår eller oplanerat avbrutits ex genom att berörd brukare slutat komma, hoppat av, flyttat, rymt, etc.

Inom många verksamheter och gällande de flesta målgrupper är egentliga resultat dessutom oftast möjliga att bedöma först vid en uppföljning en tid efter avslutade insatser.

Vid en integrerad utvärdering återfinns således alltid personer/familjer med olika **ärendestatus** och verksamheten måste därför i resultatanalysen kunna ange om man avser målgrupp/er där insatserna i respektive utvärderingsfall:

- **fortfarande pågår** och/eller
- **avslutats** och/eller
- **avbrutits**.

Det är också möjligt att låta bli detta val, varvid hela målgruppen, oavsett ärendestatus, kommer med i resultaten – vilket också kan vara intressant, så länge man är medveten om att resultaten nu handlar om både pågående, avslutade och avbrutna ärenden.

## Resultatens säkerhet ökar och behoven av bortfallsanalys minskar om uppföljningsstatus kan anges

Utvärderingsfall som fanns med i en viss målgrupp vid starten av en utvärdering men som av olika anledningar 'fallit bort' under tiden fram till respektive uppföljning, utgör ett klassiskt bekymmer i utvärderingar.

Bortfall leder nämligen till osäkerhet gällande resultatens tillförlitlighet - genom en rad oklarheter och tveksamheter gällande vem och vad som orsakade detta bortfall och om dessa personer kanske utgjorde en speciell kategori (ex klarade sig bäst eller sämst, mest eller minst nöjda osv.).

För att kunna bedöma dessa förhållanden måste man då i någon form försöka ta reda på vilka dessa personer är och analysera orsakerna till att de uteblev från uppföljningen. Att i efterhand och på samlad målgruppsnivå, försöka genomföra sådana bortfallsanalyser möter emellertid både teoretiska och praktiska svårigheter och innehåller dessutom förändringspåverkande faktorer som indirekt kan snedvrída resultaten.

Däremot är det varken svårt eller besvärligt att bedöma dessa förhållanden i det pågående välfärdsarbetet mellan personal och aktuell individ/familj - där man oftast direkt kan avgöra om den aktuella uppföljningen sker som planerat, avslutas som planerat eller om den aktuella och kända personen av olika anledningar uteblev från en planerad uppföljning.

Under **Utvärderingsfas** i IT-stödets Dokumentera intervju anges därför i samband med respektive uppföljning i varje enskilt ärende:

- om den aktuella uppföljningen sker 'enligt plan' dvs. i enlighet med det som överenskommit mellan respektive brukare och personal, eller
- om uppföljningen utgör den 'avslutande uppföljningen' varefter inga ytterligare uppföljningar har planeras, eller
- om en uppföljning planerats och skulle ägt rum men av olika anledningar inte kunde genomföras och därmed utgör ett 'oplanerat bortfall'.

För att öka resultatens säkerhet och minska behovet av bortfallsanalyser är det därför möjligt för verksamheten vid resultatredovisningen att ange om målgruppen skall innehålla ärenden med en uppföljningsstatus som är:

- **uppföljda enligt plan** och/eller
- **avslutade enligt plan** och/eller utgör ett
- **oplanerat bortfall**

## 22. RESULTATDIMENSIONER

Den integrerade utvärderingens resultatdimensioner består av de livssituationer, behov, förändringar och måluppfyllelser inom olika livsområden och kopplade till olika aktörer och insatser, som utgör verksamhetens nytta i berörda brukares liv. Resultaten redovisas enligt följande struktur:

### Situation och Behov

Situation och behov ger en **Lägesbeskrivning** av målgruppens livssituation, förändringsbehov inom olika livsområden vid Start.

Förändringsbehoven uttrycks som **Mål för önskad förändring** i brukarnas livssituation (för att inte felaktigt sammanblandas med önskemål om insats).

### Förändring och Måluppfyllelse

**Faktisk förändring** – jämför målgruppens situation inom olika livsområden vid tiden för Start med målgruppens livssituation vid senaste Uppföljning.

**Upplevd förändring** – redovisar hur de faktiska förändringarna har upplevs av brukarna i målgruppen - på skalan negativ, ingen eller positiv

**Måluppfyllelse** – jämför målgruppens faktiska livssituation vid respektive Uppföljning - med de förändringsmål som målgruppen uttryckte vid Start.

### Aktörer och Insatser

**Förändringsaktörer** dvs. civila och professionella personer/ organisationer/ som engagerat sig för målgruppens individers/familjers förändring.

**Sammantagna insatser** i olika former som dessa förändringsaktörer genomfört tillsammans med individer/familjer i målgruppen,

**Förändringsaktörernas betydelse** dvs målgruppens uppfattning om de olika aktörernas insatser för den förändring som skett i olika livsområden.

## Mönsteranalys - relaterar insatser till grad av måluppfyllelse

I omfattande välfärdsverksamheter, som psykosocial omsorg, vård och behandling, finns inga enkla kausala samband mellan insatser och effekter pga av människors komplicerade liv och den stora komplexiteten av potentiella och genomförda insatser på olika nivåer och utförda av olika samtidiga aktörer verksamma inom en mångdimensionell kontext..

Man kan därför inte börja med att välja ut enskilda insatser för att direkt studera om dessa är effektiva eller inte. Dessutom är möjligheterna att undersöka insatserna med hjälp av kontrollgruppsstudier begränsade av en rad ( etiska, praktiska, tidsmässiga, juridiska, ekonomiska etc. ) skäl.

Istället måste man börja med att undersöka effekterna / resultaten och först därefter, indirekt och i efterhand, försöka relatera de genomförda insatserna till de erhållna resultaten, för att denna väg försöka upptäcka mönster av samvariationer inom och över de olika nivåerna i det oerhört komplexa spelet mellan bakgrund, behov, insatser och effekter.

I den integrerade utvärderingen möjliggörs detta, inom respektive nivå och livsområde, genom att insatserna till den del av målgruppen där ”ingen eller liten” måluppfyllelse uppnåtts – kan jämföras med insatserna till den del av målgruppen som nått en ”god eller fullgod” måluppfyllelse.

Dessa mönsteranalyser ger visserligen inga kausala samband men indikerar, för den aktuella målgruppen, vilka insatser som bidrar till positiva förändringar och vilka insatser som inte får avsedd eller motsatt effekt.

---

Modellens mönsteranalys, inklusive flexibla val av målgrupp, utvärderingsperiod, ärendestatus och analysperspektiv, är unik för i:e / Integrerad utvärdering och skyddas av upphovsrätt, mönsterskydd och copyright samt via internationellt patent: ”Multidimensional pattern analysis” (U.S. Patent / Sandell /Analysity®)

Se vidare *Principiella resultatanalyser* i Appendix / Analysera resultat

## Sammanfattning av verksamhetens val inför redovisning och analys av utvärderingens resultat

För att möjliggöra aggregering, redovisning, analys och slutsatser av utvärderingens resultat, gör den utvärderande verksamheten följande val:

### Målgrupp/er för resultatredovisning

- Dessa skapas och väljs ut ur variabler som flexibelt kan hämtas från olika variabler ur person, bakgrundsfakta och insatser

### Analysperspektiv:

- Verksamhet; som definierats av den utvärderande organisationen
- Tid/tidsintervall för lägesbeskrivningen vid Start
- Utvärderingsperiod, genom att utöver tid för Start, också ange tid / tidsintervall för senaste Uppföljning
- Uppföljningshistoria, genom att bläddra mellan olika Uppföljningar
- Ärendestatus dvs. om analyserad målgrupp skall bestå av ärenden med pågående och/eller avslutade och/eller avbrutna insatser
- Uppföljningsstatus dvs. om analysen avser målgrupp/er där uppföljningarna genomförts och/eller avslutas som planerats och/eller utgör ett oplanerat bortfall.

### Resultatdimensioner:

- Livssituation och Förändringsbehov inom olika Livsområden under Social situation, Relationer, Personligt och Egna resurser
- Förändring och Måluppfyllelse
- Insatser och Förändringsaktörer
- Mönster som kan relatera Insatser till grad av Måluppfyllelse
- Aktuella aspekter under Fördjupning/ar.

Samtliga aspekter gällande Skapa målgrupp, Analysperspektiv och Resultatdimensioner ingår i den integrerade utvärderingens IT-stöd och redovisas under **Analysera resultat** i **Appendix**.

### IT-stödet tar hand om struktur och ordningsföljd

Användaren av Analysera resultat behöver själv inte komma ihåg alla målgruppskarakteristika, tidsperioder, analysperspektiv och resultatdimensioner.

Dessa är inbyggda i dataprogrammet och visas på dataskärmen i logisk struktur och ordningsföljd – för användaren att ta ställning till och välja ur förbestämda listor och checkboxar under respektive rubriker.

## 23. KVALITETSUTVECKLING GENOM INTEGRERAD UTVÄRDERING

Utvärderingen avslutas inte med resultatpresentationen

Den integrerade utvärderingens syfte är att de erhållna kunskaperna skall användas för kvalitetsutveckling i verksamheten som ytterst kommer berörda människor tillgodo. När den integrerade utvärderingens resultat ( med dataprogrammets hjälp ) redovisas och återförs till personal, verksamhet och politiker - är utvärderingen därför fortfarande inte slutförd.

För fullbordad utvärdering måste kunskaperna användas i verksamhetens kvalitetsutveckling

Verksamhetens kvalitetsutveckling avser såväl teori- och metodutveckling avseende specifika målgrupper som den mer långsiktiga ambitionen att skapa en 'lärande organisation' - där verksamheten bedrivs i ett kunskapsflöde som kan ses som kontinuerligt pågående *faser*, från dialoger med brukare, via resultatanalyser, till slutsatser för kvalitetsutveckling - vilka prövas inom den verksamhet som 'i nästa vända' återigen blir föremål för integrerad utvärdering osv.

Positiva och flexibla former för kvalitetsutveckling

I det mångåriga utvecklingsarbetet med den integrerade utvärderingen har olika former för kvalitetsutveckling prövats. Dessa former påverkas naturligtvis av en rad faktorer - verksamhetens syfte, uppdrag, karaktär, kultur, organisation och arbetsformer, verksamhetens teoretiska och metodologiska inriktning och tydlighet, personalens och ledningens erfarenhet och utbildningskompetens samt vilka ekonomiska och tidsmässiga ramar som står till buds. Olika verksamheter har därför olika reella förutsättningar för hur omfattande och djupgående denna kvalitetsutveckling kan göras, vilket man givetvis måste ta hänsyn till.

Att man överhuvudtaget försöker använda utvärderingens slutsatser i kvalitetsutveckling av den egna verksamheten är väsentligare än formerna.



Från att ha gått på marken och fällt ett träd i taget så får man ett annat perspektiv när man åker upp i en helikopter och får överblick av hela skogen. Att använda utvärderingens kunskaper i den egna verksamhetens kvalitetsutveckling kan innebära en spännande resa där personal (och ibland också brukare) tillsammans åker upp i denna mentala helikopter.

Man har härvid mycket att vinna på att var *öppen och flexibel och välkomna nya idéer* runt de pedagogiska formerna i denna kvalitetsutveckling. Prestigefylld prestationsångest skapar oftast stress och låsningar. Kreativitet och inläring gynnas däremot av en varm, avspänd, humoristisk och tillåtande atmosfär, där alla får komma till tals, smågrupper blandas med stormöten, professionella möter brukarperspektiv, verksamhet möter politiker osv.

### Öppna verksamheten för extern granskning och konstruktiv kritik av kollegor och forskare

Det kan ofta vara intressant och givande att försöka bistå varandra både i olika former av *kollegiegranskning* och genom att ordna *möten mellan olika verksamheter* inom och mellan olika kommuner/ regioner som arbetar med 'samma målgrupper' - för erfarenhets- och kunskapsutbyten kring sina respektive erhållna utvärderingsresultat och kvalitetsutvecklingsförsök.

Värdefulla synpunkter, fördjupande frågor, nya perspektiv och konstruktiv kritik kan också erhållas genom att *FoU-enheter* och 'oberoende' externa *forskare* inbjuds till att delta i en dialog med verksamheten - med egna analyser, reflektioner och slutsatser utifrån utvärderingens resultat.

Denna dialog med kollegor och externa granskning rekommenderas varmt.

## Förslag till användning av utvärderingens kunskaper i verksamhetens kvalitetsutveckling

Följande punktformade förslag till fortsatt kvalitetsutveckling skall ses som idéer och tips på hur man kan gå vidare - och bör således inte uppfattas som någon exakt agenda.

### 1. Genomgång av utvärderingsresultat – för respektive målgrupp

Livssituation, förändringsbehov och egna resurser.  
Förändring och måluppfyllelse.  
Insatskombinationer och syn på förändringsaktörer.  
Mönster av insatser som ger ett mönster av förändring och måluppfyllelse.

### 2. Erfarenheter inom egna enheten / verksamheten

#### Omvärld

Generella kunskaper om målgruppens historiska utveckling och volym, levnadsförhållanden, livssituation och förändringsbehov ?  
Finns något undersökt, forskat och beskrivet ?

#### Verksamhet

Erfarenheter av olika resultat gällande målgruppen i förhållande till  
- organisations- och arbetsformer  
- insatser och metoder, förhållningssätt och bemötande  
- personalens kompetens

#### Egna professionella erfarenheter ( gällande aktuell målgrupp )

Förändringsbehov, resurser, ”lyckade/misslyckade” insatser  
Upplevelse av omsorgs-/behandlingsrelationen mellan personal och brukare.

### 3. Teoretiska reflektioner ( i mån av tid och möjlighet )

Hur skulle man kunna förklara, förstå och leva sig in i målgruppens  
- livssituation och förändringsbehov inom olika livsområden  
- betydelse av egna resurser hos person, familj, anhöriga och socialt nätverk  
- mönster i berörda människors liv ?

Hur går egentligen förändringen till ?

- hindrande och förändringsbefrämjande dialog- och samarbetsrelation
- hindrande och förändringsbefrämjande egna resurser och insatser
- med hjälp av vilka förändringsfaktorer – insikt, struktur, handling, kris, Motivation, etc.

Man bör i dessa reflektioner uppmuntra till öppenhet och tillåta att det är ”högt till tak” beträffande vilka teorier som kan användas och tillämpas i denna analys. Teorierna kan både fokusera på olika nivåer (strukturell, interpersonell och individuell bio-psykologisk) och hämtas från olika skolbildningar (psykodynamisk, systemteoretisk, kognitiv, medicinsk etc.). Här är inte ambitionen att ”få rätt” utan att få ett så *brett förståelseperspektiv* som möjligt.

#### **4. Kompletterande reflektioner från ”brukargrupper”**

( i mån av tid och möjlighet)

En rad olika former av brukarreflektioner på de erhållna utvärderingsresultaten kan med fördel arrangeras exempelvis i form av olika möten, gruppintervjuer, hearings etc samt i kvalitetsundersökningsformer - som fokusgrupper, kvalitetscirklar, klagomålshantering etc. Det är härvid etiskt och integritetsmässigt viktigt att såväl resultat som åtgärdsförslag enbart presenteras och diskuteras på ’målgrupp-nivå’, så att de enskilda personernas integritet skyddas.

#### **5. Kompletterande reflektioner från andra verksamheter och externa forskare ( i mån av tid och möjlighet)**

Bjud in externa professionella personer, grupper, verksamheter och uppdragsgivare samt om möjligt också oberoende externa forskare till er verksamhet för gemensamt ömsesidigt kunskapsutbyte kring målgrupper, insatser och resultat – möten som givetvis kan genomföras i många olika (men helst inte alltför uppstyltade och anspråksfulla) former. Fokus bör ligga ”på målgrupp” ( och inte på egen organisation, ekonomi, personalsituation etc ).

Dessa externa reflektioner från kollegor och forskare kan bli spännande, stimulerande och givande möten - till vilka andra verksamheter troligen gärna kommer ( - för Ni skulle väl själva gärna besöka en annan verksamhet om Ni blev inbjudna till ett ömsesidigt erfarenhetsutbyte ? ).

## 6. Analys av den egna verksamhetens interna kvalitet

De samlade utvärderingsresultaten, erfarenheterna och reflektionerna förs tillbaka till den egna verksamheten för konstruktivt kritisk och kreativ reflektion om verksamhetens kvalitet. Ambitionen för denna analys är att dels finna olika styrkor och svagheter i verksamhetens interna kvalitet dels finna former för hur man kan utnyttja styrkorna och förbättra bristerna.

Den *verksamhetsinterna kvaliteten* kan uppdelas i fyra huvudkategorier:

- *Kompetens* / grund- och vidareutbildning, professionell erfarenhet, teori- och metodutveckling, handledning och FoU-verksamhet.
- *Bemötande* / engagemang, etik, förhållningssätt, empati, lyssnande och servicetänkande.
- *Ledning* / program, planer, verksamhets- och arbetsledning, administration, bemanning, rekrytering, schemaläggning, IT-system etc.
- *Samarbete* / värdegemenskap, psykosocial arbetsmiljö och samarbetsklimat samt samverkan med andra organisationer och yrkeskategorier.

I relation till välfärdsorganisationer finns även "*virtuella*" *kvalitetsaspekter*

- *Process* / "flöden" i behovsanalys, arbetsmetoder, insatser, 'vårdkedjor'
- *Image* / verksamhetens "självuppfattning" samt "ömsesidiga förväntans-effekter" hos både brukare och allmänhet samt personal och politiker.

Välfärdsverksamheten bedrivs slutligen inom *ekonomiska och juridiska ramar* vilka både skapar förutsättningar och utgör begränsningar för verksamhetens möjliga kvalitetsnivå.

Se Bildspel för översiktlig förklaring samt Sandell –85/93 ( i litteraturlista ) för fördjupat resonemang.

**Med hjälp av resultaten ( 1 ), erfarenheterna ( 2 ) och reflektionerna ( 3 + 4 + 5 ) gör nu personalen en genomgång av verksamhetens kvalitet**

Vad i de positiva och negativa resultaten och erfarenheterna gällande den/de aktuella målgruppen/-erna skulle kunna relateras till / förklaras av:

- professionell kompetens / förhållningssätt / ledning / samarbetsklimat,
- processer i ”flöden” och ”image”,
- ekonomiska och juridiska ramar,
- ”leveranskvaliteten” i genomföra prestationer ?

Vilka insatser och aspekter i vår verksamhets kvalitet har bidragit till de positiva resultaten och hur skulle dessa ytterligare kunna utvecklas och användas ?

Vilka aspekter i vår verksamhet innehåller kvalitetsbrister som kan förklara de negativa resultaten och hur kan dessa förbättras - så att de negativa resultat inte behöver återupprepas ?

Blanda smågrupper, team, tvärgrupper, storgrupper etc och uppmuntra till ”brainstorming” där tillåtande kreativitet och konstruktiv kritik ”belönas”. Försök att se på den egna verksamheten ”från en helikopter” och undvik kränkande personkritik. Hitta brister - i verksamheten – inte hos enskilda kollegor. Det är ju verksamheten som skall förbättras.

**Totalkvalitén - utvecklingsfokus för olika aspekter av verksamhetens interna kvalitet**

All intern kvalitetsutveckling måste slutligen bedömas i ljuset av kunskaper gällande verksamhetens reella nytta och möjligheter att förverkliga verksamhetens syfte – då välfärdens total kvalitet ytterst handlar om och avspeglas i positiva förändringar i berörda människors livskvalitet.

### **Verksamhetsinterna kvalitetsbrister bör angripas med adekvata metoder inom den dimension som de respektive tillhör**

*Kompetens* – med utbildning, handledning, teori-/ metodutveckling/ FoU

*Bemötande* – med processhandledning, mentorskap, egenterapi etc.

*Ledning* – med policy och styrsystem, ledarutveckling, mentorskap etc.

*Samarbete* – dels med interna etik- och värderingsdialoger kring välfärdens grundsyn, dels med olika former av grupp- och arbetsmiljöutveckling samt i prövande av nya samverkansformer både med brukare / anhöriga / nätverk och frivilligorganisationer och med andra välfärdsorganisationer.

### **Förändringsarbetet inom olika kvalitetsaspekter skiljer sig åt såväl i tid och rum som i inriktning och process:**

Åtgärder gällande verksamhetens *vad*-frågor dvs organisation, administration, vård- och styrsystem etc., kan ofta beslutas och genomföras rationellt och inom en planerad tidsperiod,

Åtgärder gällande verksamhetens *hur*-frågor dvs. förhållningssätt, relationer, bemötande, samarbete, värderingar och förväntanseffekter, måste däremot lösas 'relationellt' och 'i processen' - där man sällan kan planera tid och slutresultat på förhand.

### **Lärande organisation i faser av utvärdering och kvalitetsutveckling**

I en *lärande organisation* ingår de kvalitetsutvecklande åtgärderna i den verksamhet som bedriver den integrerade utvärderingen - vilket innebär att dessa förbättringsförsök 'i nästa vända' återigen blir föremål för utvärderingens resultat och värderingar - med nya slutsatser och förbättringsförsök som i sin tur blir utvärderade osv.

# DEL V

## REFLEKTIONER

---

*Del V* innehåller reflektioner som kan vara av mer allmänt intresse gällande

- kombinationsmöjligheter med olika undersökningsmetoder
- utveckling och säkring av välfärdsverksamhetens kvalitet
- reella begränsningar samt vanliga ifrågasättanden och missförstånd
- om modellen kan betraktas som ett 'nytt utvärderingsparadigm'.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell, Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9





## 24. MODELLENS RELATION TILL OLIKA UNDERSÖKNINGSMETODER

### Kompletterande och fördjupande undersökningar

#### **Medicinska, psykologiska, neuropsykiatriska, gerontologiska och andra expertstyrda undersökningar**

Det finns en stor mängd professionella undersökningsmetoder vilka primärt genomförs av läkare och psykologer, som med fokus på berörda klienter, patienter och omsorgstagare, söker ökad kunskap om deras fysiska och psykiska hälsa, personlighetsutveckling, självuppfattning och behov inom olika livsområden. Dessa expertundersökningar är både ideologiskt och praktiskt möjliga att kombinera med den integrerade utvärderingen.

Ibland kan den fördjupning som dessa metoder erbjuder vara ett nödvändigt komplement för att nå tillräcklig kunskap om de aktuella behoven för specifika individer och målgrupper.

#### **Undersökningsmetoder för re-/habiliterande, integrerande och sysselsättningsskapande syften**

Medicinska, psykologiska och andra professionella utredningsmetoder, som med ovanstående syfte inriktas på ökad kunskap om berörda människors livssituation, funktionsnedsättningar, kommunikationsförmåga etc kan, i likhet med ovanstående expertundersökningar, fungera som komplement för förståelse av behov och resurser.

#### **Metoder för att studera interpersonella relationer**

Undersökningar av berörda klienters/patienters relationer till andra människor kan med fördel användas som fördjupande kunskapsunderlag .

Det kan exempelvis handla om familjekartor / genogram, familjeklimat-skalar, nätverkskartor, sociogram, etc. Även direkta kunskaper från familjebehandling, familjerådslag, nätverksarbete, etc kan användas – förutsatt att detta sker i dialog och med informerat samtycke.

### **Självskattningsformulär**

Det finns en rad valida, seriösa, standardiserade och reliabla självskattningsformulär som huvudsakligen fokuserar individens självuppfattning, identitet och upplevelse av ”meningsfullhet” (vilka kan exemplifieras av Antonovskys välrenommerade Kasam-formulär och det i ungdomsvården använda ”Jag tycker jag är”- formuläret ). Dessa självskattningsformulär kan rekommenderas för respektive adekvat målgrupp som fördjupningar till den integrerade utvärderingen – med informerat samtycke och i dialogform.

Det finns även olika självskattningsformulär vilka ofta upphöjs till ”instrument” eller ”skalor” vilka främst används inom forskningsinriktad psykiatri i syftet att ge underlag för psykiatrisk diagnostisering (exempelvis den frekvent använda ”symtomskalan” SCL-90 ). Även dessa ”instrument” kan naturligtvis brukas seriöst och med god patientrelation men här finns en rad tveksamheter både gällande innehåll och användningssätt. De är dels ofta onödigt objektifierande och distanserande, dels betonas genomgående sjukdomar och negativa beteenden och omdömen, medan salutogena frågor om hälsa, egna resurser och det sociala nätverkets engagemang oftast saknas

### **Standardiserade frågeformulär för ”egen- och självutvärdering”**

Metoder med dessa beteckningar kan genomföras i olika former varför en alltför generell uppfattning kan vara missvisande. Varje ”instrument” bör därför bedömas separat avseende om det kan brukas i samband med integrerad utvärdering. ( Se vidare bokens avslutande ’Jämförelsemall’ ).

Ofta har man ett traditionellt forskningsupplägg där välfärdsverksamhetens uppdrag avgränsas till att administrera och genomföra en viss undersökning.

Exempel på sådana metoder är de inom missbruksvården vanligt förekommande ASI / Addiction Severity Index av McLelland et.al. i USA, som med Socialstyrelsens stöd utvecklats i en svensk översättning, och DOK- och ADAD - systemen som utvecklats av svenska missbruksforskare med koppling till Statens Institutionsstyrelse (SIS).

I dessa ’egenutvärderingar’ genomför personalen s.k. ”klientbedömningar” genom intervjuer enligt ett strukturerat och standardiserat frågeformulär för en förhandsdefinierad målgrupp, varefter formulären oftast samlas ihop och bearbetas externt till centralt författade forskningsrapporter. Till vissa instrument finns även datorbaserade dokumentationssystem där svaren vanligen insamlas i pappersform via frågeformuläret, kodas för varje detaljfråga och matas in i dataprogrammet enligt ett givet kodformulär.

Undersökningar av denna typ är vanligen metodologiskt genomtänkta. Även om ideologi, vetenskapsteori, kunskapssyn, resonemang om kvantitativa och kvalitativa data, effekter av bundna frågor och svar etc. inte alltid redovisas, så lyser den logiskt empiriska grundsynen igenom. Dessa frågeformulär kan ge en mängd klassificerande generella kunskaper, vilka ur ett "centraladministrativt" perspektiv kan ge en rad fördelar genom att jämförelser av målgrupper, vårdunderlag, insatser etc. kan användas för centraliserad prioritering, vårdplanering och internationella jämförelser.

Samtidigt kan sådana undersökningar få en objektiviserande karaktär som kan vara svår att integrera i det ordinarie behandlingsarbetet. Genom det centraliserade perspektivets distans till den aktuella fältverksamheten kan de erhållna kunskaperna inte alltid användas för lokal kvalitetsutveckling. Dessutom finns risken att frågeformulär och självskattningar med anglosaxiskt ursprung ofta oreflekterat företräder en annan ideologi än den nordiska välfärdslagstiftningens grundsyn. Socialtjänstlagens betoning av behov, självbestämmande, egna resurser, dialog, samsyn etc. ersätts istället genomgående av "problem" och psykiatriserande sjukdomsterminologi både i brukarnas egna skattningar och i personalens "klientbedömningar".

Beteckningar som "självvärdering" och "egenutvärdering" kan också vara olyckligt valda då det varken är "självet" som undersöks eller en fältverksamhet som genomför en "egen" utvärdering där de äger sina egna data. Begreppen "själv" och "egen" kan möjligen även vilseleda personalen till att fokusera mer på sin egen arbetssituation än på klienternas livssituation.

Personalen kan naturligtvis också föra olika samtal med brukarna både före och efter det strukturerade frågeformulärets klientbedömning – men detta är väsensskilt från den integrerade utvärderingens kunskapsinsamling vilken sker *i dialogen* med brukarna inom ramen för det ordinarie välfärdsarbetet. Möjligheten att komplettera integrerad utvärdering med standardiserade frågeformulär handlar ytterst om ideologisk grundsyn och brukarrelation.

- Specialutvecklade och standardiserade frågeformulär som används på ett verksamhetsanpassat och inkännande sätt och involverar berörda klienter och personal kan i många fall användas som fördjupning gällande specifika målgrupper ( som exempelvis missbrukare, kriminella ungdomar, traumatiserade flyktingar, psykiatriska "dubbeldiagnoser" etc.).

- Frågeformulär med en generell problem- och sjukdomsfixering och med "klientbedömningar" över huvudet på berörda brukare kan däremot varken ideologiskt eller metodologiskt samordnas med integrerad utvärdering.

### **Undersökningar inom verksamhetsintern kvalitetsutveckling**

En verksamhets interna kvalitetsutveckling är definitionsmässigt i sig ingen utvärdering och kan heller inte användas för att ersätta utvärdering.

Kvalitetsundersökningar som involverar berörda klienter och personal kan däremot med fördel användas parallellt och som komplement till den integrerade utvärderingen:

- *Process- och flödesanalyser* kan ge perspektiv både på behandlingsrelationen, insatserna och utvärderingsresultaten.
- *Fokusgrupper* kan fördjupa kunskaperna om klienternas syn på behov, insatser och resultat.
- *Kollegiegranskning* ( både inom och mellan olika arbetsplatser ) kan fungera som ”professionell revision” av dialogintervjuerna.
- *Klagomålshantering, kvalitetskartor* och s.k. Problem Detecting Studies kan bl.a. lyfta fram upplevelser av förändringsaktörernas betydelse.
- *Enkäter och externintervjuer*, som ger berörda människor möjligheten att uttrycka sina upplevelser av förhållningssätt, information, bemötande, delaktighet, samarbete etc, kan ge kunskaper om dessa relationsdimensioner ( vilka inte kan fångas i dialogintervjuer mellan klient och handläggare / behandlare , då den strukturellt ojämlika maktrelationen dem emellan kan riskera att snedvrider resultaten).

### **Undersökningsmetoder som ideologiskt och/eller metodologiskt bör särskiljas från integrerad utvärdering**

#### **Undersökningar av s.k. kundtillfredsställelse som utgår från tänkande inom marknadsundersökning och kommersiell tjänsteproduktion**

Med hjälp av strukturerade enkäter eller frågeformulär, med bundna frågor och svarsalternativ, vänder sig dessa undersökningar till berörda klienter/patienter/omsorgstagare och fokuserar på deras upplevelser av välfärdsorganisationens tjänster och bemötande – men utan möjligheter att undersöka reella förändringar i berörda människors faktiska livssituation.

Man kan exempelvis få veta patienternas upplevelse av verksamhetens servicenivå och personalens bemötande, men däremot inte om patienterna blev friska och återkom till jobbet.

Att politiker och verksamhet för kvalitetssäkring söker ökade kunskaper om hur brukarna upplever välfärdens service och bemötande i olika avseenden är både ideologiskt, metodologiskt och ekonomiskt fullt förklarligt. Under den förenklade ytan med begreppen ”kund” och ”nöjd” finns emellertid en rad fallgröpar:

Dels är man som brukare/klient/patient inte någon ”kund” - om man härmed avser fri köpare av olika prissatta tjänster från olika leverantörer på en reellt konkurrensutsatt marknad där man också kan välja att avstå från sitt ”köp-behov”/ efterfrågan. - Man kan exempelvis avstå från sitt ”behov” av att byta bil men man kan inte avstå från sitt trygghetsbehov.

Dels är det främst förväntanseffekter på den aktuella tjänsten i relation till prissättning och efterfrågan, som avgör om man är ”nöjd kund” – inte insatsens verkliga kvalitetsnivå. - Man kan exempelvis vara mer ”nöjd” som kund på ett enkelt men billigt hotell om man upplever detta som mera prisvärt än ett flottare hotell (som visserligen har en högre faktisk kvalitetsnivå ) men som upplevs orimligt dyrt då det inte motsvarar den ( av mig som kund) förväntade servicenivå som i så fall skulle ha motiverat det högre priset.

Att man är nöjd med ett visst bemötande säger heller inget om det faktiska resultatet. - Gammaldags nykterhetsvårdsinstitutioner (sk ”torkar”, med fin miljö, god mat, kortspel och hygglig omsorg men utan egentlig behandling) hade säkert många ”nöjda kunder” - men väldigt få som slutade missbruka.

Det är heller inte välfärdens syfte (som i kommersiell tjänsteproduktion) att få ”nöjda kunder som kommer tillbaka”. Syftet är snarare att berörda människor får ’hjälp till självhjälp’ så att de *inte* behöver komma tillbaka ( i rollen som patient, klient etc) dvs att kunna möta sina behov och utveckla sina egna resurser till eget ansvarstagande och självbestämmande och lära sig att ’leva’ behovstillfredsställande och hälsobefrämjande.

Välfärdens syfte är slutligen inte att brukarna skall vara nöjda med välfärdens organisationer utan att de skall vara mera *nöjda med sitt eget liv*. Välfärd handlar därför inte heller primärt om en smidig slussning mellan olika välfärdsinsatser utan om att *färdas väl - genom sitt eget liv*.

### **Kvalitetssäkringsprojekt med ideologi hämtad från kommersiell tjänsteproduktion – tillämpad på välfärdssektorn.**

Begreppet ”kvalitetssäkring” definieras inom integrerad utvärdering som ”att på förhand försäkra sig om att uppnå definierade kvalitetskrav på en produkt, tjänst eller verksamhet genom att följa noggrant genomtänkta konstruktioner, planer, aktiviteter och rutiner”.

Kvalitetssäkring som begrepp och ’projekt’ härstammar ursprungligen från Japansk och Amerikansk varuproduktion ( bilindustrin på 50-talet ) och fick efterhand även insteg inom den kommersiella tjänsteproduktionen inom olika områden. Kvalitetssäkring i bemärkelsen TQM ( Total Quality Management ), har i dessa sammanhang bidragit till seriös förbättring av organisation och kundorientering både gällande produktivitet, hållbarhet, design, tillgänglighet, pris och kundtillfredsställelse.

Kvalitetssäkring har på senare år även spridits till välfärdsverksamheter - främst via olika konsultförmedlade ”kvalitetsinstrument”. Här kombineras vanligen administrativa rutiner, vårddata, självskattningsformulär och personalbedömningar av klienters funktionsförmåga med kostnader för prestationer och ”nöjd-kund-undersökningar” av bemötande.

I dessa s.k. ”instrument” sammanblandas ofta nivåer och dimensioner som inte är av samma ”sort” ex pengar och smärta ( vilket man kanske kan stå ut med även om det onekligen väcker en del metodologiska reflektioner).

Det man primärt försöker ”säkra” är den avgränsade verksamhetsinterna administration och de aspekter i vården som kan kontrolleras med hjälp av styrande rutiner . Exempelvis kan man säkra den medicinska hanteringen vid röntgen, skötseln av omsorgstagarnas hygien och den administrativa personalrapporteringen - i form av olika rutiner.

Det är naturligtvis betydligt svårare att genom på förhand uttänkta regler och rutiner ”säkra” att personalen trivs med sitt arbete eller hur behandlingen planeras och genomförs med en person som finner livet meningslöst och som ingen vill ha på arbetsmarknaden.

Kvalitetssäkring kan också användas för *olika syften*.

Om man i en verksamhet vill använda kvalitetssäkring för att förbättra personalens förmåga att förstå brukarna och bemöta dem på ett humant och värdigt sätt så bör detta givetvis på alla sätt respekteras och stödjas.

Däremot kan man vara mera kritisk till om dessa projekt, under förespegling att utveckla verksamheten, snarare används för att bakvägen införa gammaldags rigid kontroll och regelstyrning, i en välfärd som formellt skall styras med mål- och ramlagstiftning.

Riktigt allvarligt blir det om politiker och ledning genom dessa projekt förleds till att tro att man ”säkrat” kvaliteten i verksamheten - trots att man saknar kunskaper om verksamheten har bidragit till faktiska förändringar och reell behovstillfredsställelse i berörda människors liv.

### **Verksamhetsintern statistik kombinerad med undersökningar av kundtillfredsställelse omsatt i ”nyckeltal”, ”styrkort”, ”benchmarking” etc.**

En stor mängd data om ekonomi, personal, administration, interna vårddata och olika insatser tas fram genom olika planerings- och uppföljningsprocesser för drift och årsredovisning i alla välfärdsverksamheter. Syftet med denna statistik är primärt att styra och kontrollera verksamhetens medel (prestationer, personalbemanning, budget, transfereringar, kostnad per prestation/ insats/ vård dygn etc). Internstatistiken är givetvis både vällovlig och nödvändig för ledningens driftsansvar och för plan- och budgetuppföljning.

Modetrender i konsultbranschen har dock på senare år börjat omvandla denna internstatistik, i kombination med blandade metoder för kvalitetssäkring (enligt ovan), till ”modeller” med beteckningar som *nyckeltal*, *styrkort*, *benchmarking*, etc .

Olika data kan blandas ohämmat i samma spindeldiagram – löner och sjukdagar, medicinkostnader, smärtbedömning, ’duschfrekvens’, medelvårdtid, patientbemötande, etc. Focus är primärt på pengar och ökad ’produktivitet’ (dvs. mer effekt för mindre insats och minskad ’styckekostnad’ per levererad prestation ).

Genomgående saknas kunskaper om reell nytta och total kvalitet. Klienternas behov jämförs (felaktigt) med efterfrågan på insatser vid en viss kostnadsnivå och ’nöjd-kund-perspektiv’ får (felaktigt) ersätta reell brukarnytta.

Sammanfattningsvis verkar man i dessa modeller oreflekterat använda ett kvalitetssäkringstänkande från kommersiell varu- och tjänsteproduktion (där det naturligtvis hör hemma och är ”rätt”) på välfärdsorganisationer – i en omedvetenhet om välfärdens annorlunda syfte och kultur.

Detta synsätt har tyvärr dominerat ’kvalitetssmarknaden’ på senare år och är också rådande ideal vid ’prisutdelningar i kvalitetssäkring’.

## Sammanfattning

Avgörande för om olika metoder inom utvärderingsområdet kan användas som kompletterande / fördjupande studier inom ramen för integrerad utvärdering är inte primärt dessa metoder i sig - utan de olika metodernas *värdegrund och förhållningssätt till brukarna*.

**Under förutsättning att undersökningarna genomförs inkännande, dialogbefrämjande och med salutogen grundhållning kan integrerad utvärdering kombineras med:**

- Expertstyrda specialundersökningar ( primärt leg. läkare och psykologer ).
- Frågeformulär, självskattningar och andra studier av livssituation, behov, hälsa, resurser, identitet, familjerelationer, nätverk etc.
- Personal- och brukarinvolverande kvalitetsutvecklingsstudier.
- Brukarenkäter som seriöst undersöker klienters upplevelser av behovsanalys och insatser och personalens förhållningssätt och bemötande.

**Av primärt ideologiska men även metodologiska skäl avråds från att inom den integrerade utvärderingens ram försöka inkludera:**

- Distanserande och objektifierande frågeformulär, bedömnings- och skattningsskalor som betonar ”problem” och sjukdomar, negativa och nedlåtande omdömen ( i stället för behov och resurser) och klientbedömningar som sker över huvudet på berörda människor.
- Nöjd-kund-undersökningar, produktivitetmätningar, ”kvalitetssäkringsprojekt”, styrkort etc – om dessa saknar ett välfärdsperspektiv på brukarnas behov, välfärdens syfte och verksamhetens nytta.



## 25. ATT UTVECKLA OCH SÄKERSTÄLLA VÄLFÄRDENS KVALITET

### Risker med oreflekterad kvalitetssäkring

Många kvalitetssäkringsprojekt som bedrivs inom välfärdens organisationer har förmodligen ambitionen att förbättra verksamheten och i förlängningen komma medborgarna tillgodo. Alla seriösa försök av engagerade välfärdarbetare inom dessa projekt som syftar till att försöka förbättra bemötande och insatser och stärka klienternas ställning bör givetvis på alla sätt stödjas.

Det är därför viktigt att uppmärksamma att denna kvalitetssäkringstrend, med nöjd-kund-undersökningar, nyckeltal, styrkort etc, trots i många fall goda intentioner, samtidigt kan innebära vissa risker.

Den största risken är att man invaggas i en falsk känsla av säkrad kvalitet eftersom man nu kan tro att man har "styrt upp" allt som tänkas kan i olika rutiner inom verksamheten - men där man samtidigt kanske missat den verkligt väsentliga totalkvaliteten - att verksamheten bidrar till ökad nytta och förbättrade levnadsförhållanden i berörda människors liv.

En annan risk är att dylika kvalitetssäkringsprojekt skymmer behoven av långsiktig kvalitetsutveckling (se nedan).

En ytterligare risk är att man slår sig till ro med goda resultat i undersökningar av kundtillfredsställelse, i en omedvetenhet om att de flesta behövande människor som möter 'hyggliga hjälpare' så gott som alltid är "nöjda" (med dessa hjälpare) - oavsett om insatserna lett till reella förändringar.

Slutligen finns en långsiktig risk för stagnerande teori- och metodutveckling - då fantasi, kreativitet och riskvillighet i att pröva nya ( och därmed definitionsmässigt osäkra ) metoder kan hämmas om idealet anger att allt skall vara "säkrat på förhand" för att få tillämpas.

Man kanske missar möjligheten till genuin dialog och samarbete med klienterna, om man blir så rädd att inte i varje punkt följa fastställda regler och rutiner att man inte vågar lita på sin mer generellt förankrade erfarenhet och yrkeskompetens.

## Reell utveckling och säkring av välfärdens kvalitet

Om man verkligen vill kvalitetssäkra välfärdens verksamheter finns det inga kortsiktiga lösningar i lättköpta tidsavgränsade projekt. Kvalitetssäkringen måste ske långsiktigt med hjälp av utbildning, utvärdering och kontinuerlig utveckling av verksamhetens kvalitet.

### **1. Primärt består en reell kvalitetssäkring av att uppfylla vissa grundförutsättningar gällande personalens kompetens**

- adekvat grundutbildning av berörda yrkeskategorier,
- tillräcklig personalbemanning för att kunna utföra verksamhetens uppdrag,
- kontinuerligt förankringsarbete av värdegemenskap i välfärdssyn,
- kontinuerligt arbete med psykosocial arbetsmiljö och samarbetsklimat,
- mentorskap under praktik och inskolning för oerfarna välfärdsarbetare,
- vidareutbildning av chefer och metodansvarig personal (till magisternivå),
- krav på legitimation av all personal som skall fatta för klienterna livsavgörande beslut,
- regelbunden process- och metodhandledning till alla yrkeskategorier inom de psykosociala och socialmedicinska områdena (av utbildade handledare)
- säkert och användarvänligt IT-stöd för ekonomi, administration, planering personalbemanning etc

Som garant och kontinuerlig avstämning av verksamhetens reella kvalitet bör verksamheten integrera en utvärdering som ger kunskaper om människors behov och verksamhetens nytta i brukarnas liv samt koppla verksamhetens kvalitetsutveckling till kunskaperna från denna utvärdering (Se Del II Avsnitt 9: ”Integrerad utvärdering och kvalitetsutveckling” )

### **2. Sekundärt bör man analysera och särskilja de delar av verksamheten som styrs via juridiska, administrativa, ekonomiska och andra omvårdnadsrättsliga etc ”ramar” och lagar – vilka kan ges ökad tydlighet och säkerhet genom bindande regler och rutiner.**

Kvalitetssäkringen inom detta *regelstyrda fält* består principiellt av att utforma dessa regler och rutiner samt i kontroll av att reglerna faktiskt följs.

**3. Den resterande målstyrda delen av verksamheten bör samtidigt inte onödigt detaljstyras, kontrolleras och byråkratiseras utan vinner snarare på ökad frihet, kreativitet och samskapande tillsammans med berörda människor.**

Kvalitetssäkringen inom detta *målstyrda fält* består principiellt i att man

- möjliggör och säkerställer samt därefter litar på att den professionella personalen har tillräcklig kompetens, erfarenhet och personlig mognad samt att de bär välfärdens grundsyn ”i sina hjärtan”, så att de öppet, respektfullt, kompetent, engagerat och flexibelt kan möta klienter i dialog och samarbete,
- genom olika former av utvärdering får löpande erfarenheter och kunskaper om verksamhetens reella effekter i människors liv, samt
- mera långsiktigt söker utveckla verksamheten till en lärande organisation där utvärderingens kunskaper används för kontinuerlig kvalitetsutveckling (Se vidare ”Att skapa en lärande organisation” Del II )

**4. Efter de primära-, regelsyrda- och målstyrda kvalitetssäkringarna kan kunskaperna kompletteras med kvalitetsutvecklingsstudier vilka involverar brukare och personal - som flödesanalyser, fokusgrupper, klagomålshantering och kollegiegranskning.**

Här bör fokus primärt ställas på två utvecklingsaspekter:

- Att försöka minimera onödiga ”ställtider” i planerade omsorgs-/behandlingskedjor, då sådana oplanerade avbrott bromsar upp processer i rehabilitering, behandling och förändringsarbete och därmed bidrar till ökande kostnader (utan förbättrade resultat).
- Att försöka förbättra förhållningssätt i bemötande och behandlingsrelation mellan välfärdsarbetare och berörda människor, då detta är avgörande för förändringsarbetets framgång (och inte trovärdigt kan undersökas i den integrerade utvärderingens dialog med sina ”egna” klienter / patienter / omsorgstagare ).

### **5. Välfärdsverksamhetens kvalitetssäkring kan ges omvärldsperspektiv med reflekterande användar- och brukarundersökningar.**

Förslagsvis kan man härvid undersöka förväntningar, bemötande, service-nivå, positiva och negativa erfarenheter samt framtida önskemål, med följande huvudsakliga målgrupper:

- klienter/ patienter, familjer och anhöriga,
- välfärdspersonal, chefer, beställare och politiker,
- samverkanspartners, tillsynsmyndigheter och domstolsväsende samt
- politiska partier, näringsliv och massmedia.

Med planering, datoranvändning och viss målgruppsanpassning skulle man kunna använda en principiellt gemensam årlig generell enkät till samtliga kontrahenter – vilket skulle kunna utgöra ett spännande kunskapsunderlag för jämförande studier av synsätt och förväntningar på välfärden, mellan olika målgrupper, organisationer och intressekonstellationer i samhället.

## 26. BEGRÄNSNINGAR OCH IFRÅGASÄTTANDEN

Att utveckla modeller för förändringsarbete, FoU-verksamhet, forskning och utvärdering innebär att medvetet ta ställning till olika metateoretiska, teoretiska, metodologiska och praktiska aspekter.

Dessa val innebär samtidigt att man väljer bort andra aspekter och möjligheter. Det som ur ett visst perspektiv utgör en modells styrka kan därför ur ett annat perspektiv vara dess svaghet.

Den integrerade utvärderingens syfte, synsätt och inriktning innebär vissa medvetna begränsningar. Därutöver har modellen genom åren även blivit föremål för olika ifrågasättanden som oftast handlat om kunskapsbrister eller missuppfattningar – vilka diskuteras och bemöts i följande avsnitt.

### Olämplig modell för kontroll eller avslöjande kritik

Modellens lärande och kvalitetsutvecklande huvudsyfte med inordning under välfärdslagstiftningens grundsyn och sammankoppling med verksamhetens praktik innebär samtidigt att modellen inte särskilt väl kan fungera som kritik av denna lagstiftning och praktik.

Även om den integrerade utvärderingen inte har dessa ambitioner bör man således vara medveten om att detta inte är en lämplig modell för kontroll eller avslöjande kritik av välfärdsverksamheter.

Däremot kan kunskaperna om resultaten gällande olika målgrupper och processen när dessa resultat används i verksamhetens kvalitetsutveckling i många fall ge upphov till konstruktiv kritik som en sund självreflektion.

### Genomförandet beroende av personalens engagemang

Utvärderingens integrering i ordinarie välfärdsverksamhet och i personalens ordinarie arbetsuppgifter innebär både att den måste få beslutsfattarnas acceptans och tillåtelse och att modellen i grunden står och faller med den berörda personalens engagemang. Om beslutsfattarna inte vill få kunskaper om verksamhetens nytta och om personalens inte vill genomföra dialogintervjuer i ett gemensamt kunskapssökande med berörda människor – så kan heller inte den integrerade utvärderingen implementeras och genomföras.

Modellens styrka och svaghet är därför att den för faktiskt genomförande blir beroende av verksamhetens och personalens engagemang - vilket i förlängningen innebär att den heller inte någonsin kan påtvingas eller beordras. Inom den integrerade utvärderingen betraktas denna svaghet som en styrka.

### Lättare att engagera välfungerande verksamheter

Att modellen är så beroende av verksamhetens engagemang kan i sin tur innebära att verksamheter, som redan innan utvärderingen ser positivt på sin förmåga att bistå människors förändringsbehov, har relativt lätt för att engagera sig i integrerad utvärdering. Sämre fungerande verksamheter, med rörig struktur, bristande resurser, självkritisk personal och negativt samarbetsklimat, kan däremot vara mera tveksamma till att gå in i den process som det innebär att ”utsätta sig själv” för integrerad utvärdering.

Risken finns därmed att modellen främst kommer att användas av redan välfungerande verksamheter, medan självkritiska verksamheter kanske inte vågar eller orkar gå in i denna utvärderingsprocess – vilket vore olyckligt. Modellens struktur och brukardialog skulle nämligen kunna bidra till just den överblick, ordning och ideologiska tydlighet som verksamheten behöver för att kunna förbättra struktur, kompetens, bemötande och samarbetsklimat.

### Kan akademins och myndigheters position hotas ?

Hela kunskapsinsamlingen, aggregeringen, resultatanalysen och processen med slutsatser för egen kvalitetsutveckling, kan i modellen genomföras internt inom respektive utvärderande verksamhet. Detta innebär att det traditionella beroendet av externa experter och forskare i princip upphör.

Modellen förespråkar visserligen tydligt en koppling till FoU-verksamhet och forskning, både som externa konstruktiva kritiker i verksamhetens kvalitetsutveckling och genom att den integrerade utvärderingens kunskaper kan användas för olika forskningsprojekt. Enskilda forskare ställer sig säkerligen heller inte negativa till utvärderingskunskaperna i sig. Redan det faktum att den integrerade utvärderingen är möjlig att genomföra utan att externa forskare eller centrala tillsynsorgan egentligen längre behövs kan dock få till effekt att olika experter och myndigheter kan uppleva ett visst hot om maktbalansen genom detta förhållande skulle förskjutas till fältets fördel. Detta dilemma kan dock knappast lösas genom att försöka övertyga eller tvinga fältverksamheten att avstå sitt självbestämmande. Det som stället behövs är ett långsiktigt hållbart och konstruktivt samarbete.

Förhoppningsvis kommer forskare och centrala organ efterhand att inse att de rimligen har mycket att vinna också för egen del av ett sådant samarbete. Via integrerad utvärdering skulle de ju kunna få ett omfattande kunskapsunderlag från välfärdssfältet utan att själva behöva genomföra den löpande kunskapsinsamlingen. Här råder en genuin ”vinna-vinna- situation” där båda parter har mycket att vinna och inget att förlora på ett samarbete.

## Litar integrerad utvärdering alltför mycket på personalen ?

Den integrerade utvärderingen förlitar sig på välfärdspersonalens förmåga att i dialog med berörda brukare kunna undersöka livssituation, behov, resurser, förändring och måluppfyllelse. Detta innebär samtidigt att modellen riskerar kritik från den traditionella akademi som sällan har motsvarande erfarenhet av eller förtroende för den berörda personalens förmåga till relevant och tillförlitlig kunskapsinsamling i sitt ordinarie arbete.

Att ifrågasätta utvärderingars validitet, reliabilitet och noggrannhet är ett klassiskt angreppssätt mellan olika forskningsinriktningar, särskilt från logiskt empiriskt inspirerade forskare med stränga metodologiska krav på teoribaserad hypotesprövning eller krav på evidensbaserad RCT-design med randomiserade kontrollgrupper

Oftast ställer denna inriktning också krav på att de undersökningsinstrument som används - (frågeformulär, självskattningssenkäter, bedömningsskalor etc) skall vara vetenskapligt utprovade och standardiserade. Härmed menas att instrumenten skall ha testats på stora statistiskt säkerställda målgrupper vid upprepade tillfällen, helst i olika sammanhang och med olika åldersgrupper. Dessutom krävs att instrumenten skall kunna relateras till varandra så att redan standardiserade instrument ( vilka tidigare godkänts som valida och reliabla) kan fungera som jämförelseunderlag för ännu ej standardiserade instrument, vilka bör få ’samma resultat’ för att också kunna godkännas. Dessa ansträngningar för att nå fram till relevanta, tillförlitliga och trovärdiga kunskaper är naturligtvis i sig fullt respektabla.

Grundproblematiken i kunskapers validitet är emellertid mycket mer omfattande och djupgående än vad som kan garanteras via ett antal snävt begränsade metodkrav. Den sträcker sig alltifrån ontologiska frågor om tillvarons sanna natur med förförståelse runt olika fenomen i ett historiskt kulturellt- och samhällsperspektiv, via epistemologisk syn på kunskap och hur denna görs giltig och möjlig att förstå med människans begränsade förmåga att greppa helheten i alla ömsesidigt påverkande strukturer och processer på en mängd nivåer samt människors möjlighet att kunna kommunicera och förstå

varandra, till rent metodologiska frågor om hur man ändå kan försöka erhålla just den adekvata och tillräckliga kunskap som behövs för att förstå ett sammanhang, en annan människa - eller sig själv. ( För utvecklat resonemang se Sandell, 1985. *Psykosocialt förändringsarbete*, Del I ).

Beträffande den tänkbara kritiken mot modellen för integrerad utvärdering kan dock problematiken runt validiteten förenklas till följande relativt greppbara frågeställning: - Kan den kunskap, gällande brukares livssituation, egna resurser, förändringsbehov, faktiska förändringar och måluppfyllelse, som välfärdspersonalen kan erhålla i en strukturerad dialog med brukarna i sitt ordinarie arbete - vara lika trovärdig, relevant och tillförlitlig, som om de eller någon annan istället hade använt ett standardiserat mätinstrument ?

Det för modellen logiska svaret, vilket också överensstämmer med den integrerade utvärderingens mångåriga FoU-erfarenhet, är otvetydigt.

Professionell dialog kan kompletteras, men aldrig ersättas, av instrument. Dialogkunskapen är inte enbart lika relevant och säkra utan betydligt bredare, djupare, säkrare och dessutom mera långsiktigt hållbar.

I standardiseringsförfarandet finns nämligen en del logiska begränsningar.

Om standardiseringen av ett visst instrument begränsas till jämförelse med andra instrument leder detta principiellt till ett cirkelresonemang (där båda instrumenten kan bygga på felaktiga grundpremissor) – vilka därför måste stämmas av mot annan yttre faktor (ex intelligenstest mot skolprestation).

Om instrumentet istället skall valideras mot faktisk livssituation och händelseutveckling i den sk ”verkligheten” exempelvis att klienter blir friska, stärker sin självuppfattning, börjar arbeta och tar hand om sin familj – ja då är man inne på just det som är den integrerade utvärderingens domän dvs att i dialog undersöka vad som faktiskt, ”på riktigt”, sker i berörda människors liv och hur de själva uppfattar dessa reella förändringar.

Att tro att personalen själv skulle uppfatta kunskaper från ett frågeformulär som säkrare än de kunskaper som de kan erhålla ur sin professionellt utvecklade dialog med brukarna, tyder både på professionell okunskap och låg kulturkompetens – oftast ur bristande erfarenhet av faktiskt välfärdsarbete.

Det torde också vara magstarkt att inbilla sig att en utsänd undersökningspersonal på tillfälligt och tidsbegränsat besök i denna verklighet skulle ha bättre möjligheter att greppa och förstå berörda brukares livssituation, än den engagerade, utbildade och kulturkompetenta personal som ofta över lång tid bedriver omsorg och behandling i samarbete med dessa brukare.

Personalen har också upprepade möjligheter att kontrollera om man uppfattat situationen riktigt och kan vid behov metakommunicera om samtalets form och innehåll och olika utsagors egentliga betydelse i den löpande dialogen.



Därutöver har man möjligheter att stämma av sina kunskaper, bedömningar och tolkningar i samråd med arbetskamrater och arbetsledning och i olika handledningsformer där den enskilda handläggarens kunskaper kan sättas in i ett vidare professionellt sammanhang. Personalen är dessutom utsatt för en kontinuerlig extern kontroll genom att journaler måste föras, ärenden tas upp på politisk nämnd för vissa biståndsbeslut etc och genom den granskning som utövas via länsstyrelse, socialstyrelse, JO, JÄMO etc. Slutligen och allra viktigast finns den professionella välfärdspersonalens engagemang för berörda brukare där dialogen kan bidra till en djupare förståelse än vad som är möjligt med ett mer ”neutralt” och standardiserat instrument.

Dock får naturligtvis konstruktiv kritik gällande validiteten och trovärdigheten i fältpersonalens kunskaper aldrig någonsin negligeras. Det är därför väsentligt att fältverksamheter uppmuntras till kontinuerlig självreflektion både inom personalgrupp, med arbetsledning och i handledning gällande kunskapernas giltighet och trovärdighet. Verksamheter bör också stimuleras till öppenhet för konstruktiv kritik och samarbete i olika former med andra kollegor, lokala FoU-enheter, externa forskare och centrala myndigheter.

## Målrationalitet och/eller värderationalitet ?

Välfärdsverksamheter som styrs mot mål, uppsatta av politiker och tjänstemän, anklagas ibland för att vara ’målrationala’ och ’nyttomaximerande’. Medvetet eller ej så hänvisar man härvid bakåt till den tyske sociologen Max Webers uppdelning mellan mål- och värderationalitet.

*Målrationalitet* innebär att olika handlingar och insatser styrs av strävan att uppnå största möjliga faktiska konkreta effektivitet i förmågan att uppnå vissa uppsatta mål. Det blir då väsentligt att mäta och väga i vilken grad olika insatser leder och bidrar till dessa mål, exempelvis att klienter med försörjningsstöd nästan till vilket pris som helst skall pressas till självförsörjning. *Värderationalitet* däremot styrs av olika värden, ideal och normer som man är beredd att försvara och kämpa för oavsett om detta leder till uppsatta mål. Exempelvis kan man vilja förhålla sig solidariskt och bemöta välfärdens brukare på ett människovärdigt och jämlikt sätt även om inte detta skulle leda till en ökad ”sysselsättningsgrad”. Det blir då viktigare att undersöka om brukarna upplever sig humant och jämlikt bemötta.

Dessa båda ”rationaliteter” ställs ofta mot varandra. De ”humana” förespråkarna för värderationalitet anklagar målrationalisterna för att vara beräknande ”social engineering- teknokrater” som, utan hänsyn till ”välfärdens själ” i en farlig och förment värdeneutralitet, låter ändamålen helga medlen.

Ännu värre blir det naturligtvis om man har blandat ihop mål och medel och sätter upp minskade medel ex hålla en viss budgetram, som mål. Då gäller det att hålla budgeten, även om det skulle ske mot bättre vetande om att detta bl.a. leder till ytterligare fördyringar på längre sikt.

De som förespråkar målrationalitet anser istället, och kanske inte alldeles obefogat, att de som ensidigt betonar värderingar har uppenbara brister i sin realitetsuppfattning, då man knappast förbättrar brukarnas livssituation genom att verbalt uttrycka olika värderingar om man inte också gör något konkret för reell måluppfyllelse.

Utvärderingar kan hamna i skottlinjen mellan dessa båda falanger och särskilt om man försöker undersöka måluppfyllelse så kan detta tas till intäkt för att utvärderingen i sig har snävt målrationala värderingar. Detta påstående har även vid enstaka tillfällen riktats mot den integrerade utvärderingen och är helt enkelt en grov missuppfattning. Antagligen härrör detta missförstånd från att kritikerna själva inte har klart för sig att syfte och mål i välfärd alltid ytterst handlar om förändringar i berörda brukares liv – och inte om ”interna mål för medlen” inne i den aktuella verksamheten ex förändringar gällande insatser, program, personalsituation, organisation eller budget.

Den filosofiska motsättning, som möjligtvis gällde på 1800-talet, har blivit betydligt mera komplicerad och mångdimensionell i vårt senmoderna samhälle. I dagens välfärd kan man nästan aldrig välja mellan att vara antingen mål- eller värderationell eftersom värderingar, etik, teorier, handlingsmodeller, måluppfyllelse och effektivitet ömsesidigt påverkar varandra.

Snarare är det så att antingen har man grundvärderingar som sätter pengar och organisation i främsta rummet, betraktar personal som kostnader och brukare som icke ansvarstagande, med val av teorier, handlingsmodeller och måluppfyllelse utifrån detta synsätt. Eller så har man som grundläggande människosyn att både personal och brukare är ansvarstagande medmänniskor med egna förändringsresurser, vilket ger andra teorier och handlingsmodeller med måluppfyllelse kopplad till faktiska förändringar i människors liv.

Det är dessutom omöjligt att tänka sig en välfärdslagstiftning och praktik som inte rymmer både värderingar och mål. Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens portalparagrafer, som just stadfäster välfärdsverksamhetens grundläggande värderingar, behöver naturligtvis konkretiseras i faktiska verksamheter i samförstånd med berörda brukare, för att i verkligheten kunna möta behov, nå uppsatta mål, göra nytta i brukarnas liv och därmed till slut kunna förverkliga lagstiftningens grundläggande syften och värderingar.

För ett lyckat resultat med reell måluppfyllelse krävs både goda värderingar, ett gott bemötande, goda insatser och ett gott samarbete.

Den integrerade utvärderingen har alltid haft en mycket tydlig och öppet redovisad ideologisk grund och har medvetet underordnat sig välfärdslagstiftningens bärande värderingar. Samtidigt söks kunskaper om faktiska förändringar, måluppfyllelse och vilka insatskombinationer som medverkat till dessa förändringar. Utan denna värdegrund skulle modellen kunnat bli teknokratiskt målrationell men utan måluppfyllelseanalyserna skulle en ensidig värderationalitet inte bli mycket till utvärdering.

För en god utvärdering krävs att man kan nå fram till den ökade förståelse av verksamma insatskombinationer och förändringsmekanismer - som kan användas i välfärdsverksamhetens kvalitetsutveckling. Det krävs då både goda grundvärderingar, öppen samarbetsrelation i dialogform med brukarna och aggregerade kunskaper om förändring och måluppfyllelse inom olika livsområden gällande olika målgrupper.

Den integrerade utvärderingen söker inta denna dubbla position genom att inordnas under välfärdslagstiftningens grundsyn samtidigt som ökad livskvalitet och nytta för berörda brukare betonas som ambition och måttstock.

### Arbetstiden räcker inte för att utvärdera ?

Den vanligaste invändningen från fältpersonalen mot den integrerade utvärderingen är att den ( i likhet med alla andra tänkbara utvärderingsmodeller) kan ta tid ”från” välfärdsarbetet – eftersom man ofta upplever att man inte hinner med det ordinarie arbete som skall skötas. Detta motstånd handlar således inte om ideologi, innehåll eller struktur utan om tidsbrist och stress.

Personalens invändning gällande sin arbetstid måste naturligtvis tas på stort allvar. Tveksamheten och stressen har ofta sin grund i besparingar med personalminskningar samtidigt som arbetsuppgifter och prestationskrav ökat. I botten finns ofta en otillfredsställelse i att inte hinna utföra arbetet så väl som man skulle vilja, vilket kan drabba både brukare och arbetsklimat.

Personalen riskerar härvid att hamna i en paradoxalt motsägelsefull situation. Visserligen omfattar man den integrerade modellens grundsyn men samtidigt kan man bli rädd för att denna utvärdering skulle kunna innebära att man får ännu mindre tid över till berörda brukare - med risk för att de resultat i berörda människors liv som skall utvärderas kan bli försämrade just av den tid man tror krävs för att genomföra denna utvärdering.

Mot detta resonemang kan emellertid tveklöst hävdas att de kunskaper som efterfrågas inom den integrerade utvärderingen är sådana förhållanden som man ändå, helt oavsett utvärderingen, undersöker inom välfärdsarbetets ram.

– Hur klienter har det inom olika livsområden, vad som skulle behöva förändras, vilka insatser som skulle kunna vara lämpliga, hur det går efterhand i livet, om detta stämmer överens med vad man själv önskade osv.

I ett 'genomsnittligt välfärdsärende' har den berörda personalen efterhand skaffat sig dessa kunskaper genom dialog med berörda brukare, varav en del dokumenterats i journalföringen. Dessa journaler är dock inte möjliga att aggregera till samlade kunskaper på grupp-nivå utan stannar vid mer eller mindre välorganiserade kunskaper på individ-nivå. Det handlar således inte primärt om brister i personalens kunskaper i sig, utan om brister i möjligheterna att aggregera dessa kunskaper till utvärderingsbara resultat.

Den faktiska merarbetstid som behövs för att inhämta den integrerade utvärderingens kunskaper är därför i praktiken försumbar. Behovsanalysen i respektive ärende kan visserligen ta mera tid än vanligt just i början av ett ärende - medan denna tid så gott som alltid "hämtas in" efterhand genom att man har bättre kunskaper från början i ärendet. Utslaget på ett år har man inte lagt ner mer arbetstid för kunskapsinsamling än vad man vanligtvis gör.

Arbetstid åtgår givetvis även för dokumentation av dessa kunskaper och om denna "dubbelförs", både genom journal och specifikt utvärderingsprogram, kan detta innebära ett merarbete – men inte heller detta är självklart.

Själva dokumentationen i dataprogrammet går efter viss inträning mycket snabbt att utföra ( tar exempelvis betydligt mindre tid än papper och penna). Då modellens IT-stöd gör det möjligt att bläddra mellan journal och utvärderingsdokumentation i samma ärende, kommer man dessutom i många fall att kunna använda utvärderingens kunskaper som underlag och hjälp i sin utredning / journalföring och tvärtom. Det är därför troligt att den sammanlagda tiden för dokumentation blir ungefär densamma.

Naturligtvis tar det dessutom tid att aggregera och analysera resultaten samt att använda utvärderingens kunskaper i kvalitetsutveckling.

Om man först jämför modellens tid för aggregering med den tid som dessa moment skulle kräva om man tvingats försöka sammanställa kunskaper med ordinarie journaler som underlag - så ger IT-stödet enorma tidsvinster. Det som "pappersvägen" kan ta månader går nu på några sekunder. Och om modellen jämförs med traditionella forskarstyrda utvärderingar blir tidsvinsterna även här mycket betydande ,eftersom kunskapsinsamling och inmatning redan har genomförts av personalen i sitt ordinarie arbete.

Slutligen åtgår den tid som verksamheten själv använder för analys av utvärderingsresultaten och kreativa reflektioner för egen kvalitetsutveckling.

I resultatanalysen erbjuder modellens dataprogram en enorm flexibilitet i val av målgrupp och analysperspektiv, vilken annars omöjlig skulle kunna åstadkommas utan mycket stora kostnader och extra arbetstid.

Tiden för verksamhetens kvalitetsutveckling, vilken givetvis påverkas av dess omfattning och grundlighet, utgör en merarbetstid som otvivelaktigt tillkommer, jämfört med om ingen kvalitetsutveckling överhuvudtaget genomförs. Denna tid utgör emellertid samtidigt personalens egen teori-, metod och kompetensutveckling. Om denna i sin tur kan leda till en förbättrad verksamhet, kan tiden för kvalitetsutveckling snarare ses som en investering vilken, genom brukare med ökat egenansvar och förbättrad livskvalitet, på sikt kan ge de verkliga besparingarna i verksamhetens tid och pengar.

Således är mertiden för insamling och dokumentation oftast försumbar medan extratiden för analys och kvalitetsutveckling samtidigt utgör personalens kompetensutveckling - vilken primärt bör betraktas som en investering.

### Kan modellen utnyttjas för dolda syften ?

Skulle den integrerade utvärderingen, medvetet eller omedvetet, kunna utnyttjas för helt andra syften än modellens deklarerade ambition och förhållningssätt - exempelvis för att kontrollera och utnyttja personalen för att i förlängningen kunna spara pengar ?

Det skulle kanske inte vara alldeles otänkbart att politiker, förvaltningsledningar eller centrala tillsynsmyndigheter kan finna anledningar till att bakvägen försöka kontrollera personal och enskilda verksamhetsenheter, när dessa genomför utvärderingen och dokumenterar det hela i ett dataprogram. Inför omorganisationer, personalnedskärningar, nya chefstillsättningar och individuella löneförhandlingar kunde det ju vara praktiskt om man via utvärderingens databas kunde ta reda på om olika personer bland chefer och fältpersonal hade varit extra duktiga eller misslyckade under föregående år.

Det skulle också vara praktiskt inför internrevision och verksamhetsberättelse att kunna se olika personers prestationer och graden av lyckade eller misslyckade behandlingar. Det skulle kanske heller inte va så dumt om man med hjälp av utvärderingen kunde utnyttja personalen fullt ut, i betydelsen att de var uppbokade varje liten tidsenhet och verkligen kontinuerligt hade fullt upp att göra under sin arbetstid. så att man kunde skruva upp ”produktiviteten” ett ytterligare snäpp, i bemärkelsen maximalt antal klienter per tidsenhet.

Och om inte annat så skulle det väl vara befogat i tider av minskade pengar och ökande krav att kunna kontrollera att personalen verkligen är på plats, gör det som de ska och har fullt upp att göra hela tiden. – ”nu när vi helt enkelt inte längre har råd med något slack i organisationen”.

Den integrerade utvärderingen har mött dessa invändningar och misstankar med viss regelbundenhet alltsedan begynnelsen av modellens tjugoåriga utvecklingsprocess, även om det konkreta innehållet kan ha växlat med konjunkturen och modetrender.

Att personal kan få dessa misstankar gällande olika ”projekt” i sin verksamhet är verkligen inte förvånande. De har ofta flera gånger fått erfara hur arbetsmängd och press har ökat, hur klimat har hårdnat och planer grusats på grund av nedskärningar av verksamhetens ekonomiska medel. Samtidigt måste man förstå att en ledning som är utsatt för en tuff ekonomisk press vill finna alla tänkbara vägar att spara och effektivisera. Sett ur ett mera generellt välfärdsperspektiv är det naturligtvis fullt befogat att de förtroendevalda försöker få ut mesta möjliga nytta ur de gemensamma skatteintäkterna.

För att undanröja alla tänkbara misstankar (eller ”förhoppningar”) gällande möjligheterna att utnyttja modellen för dolda och andra syften än de som öppet deklarerats, kan utan tveksamhet klarläggas att detta ( oavsett om man skulle önska detta eller ej) helt enkelt *inte är möjligt* – varken ideologiskt, i det konkreta välfärdsarbetet eller bakvägen via modellens IT-stöd.

Modellens värdegrund är att utifrån välfärdens grundsyn, integrerat i det ordinarie förändringsarbetet och i reellt och öppet samarbete med brukarna undersöka deras livssituation, förändringsbehov och förändringar och ytterst söka utveckla deras egna resurser. Ambitionen är att utveckla verksamheten till en genuint lärande organisation, där kunskaper från den integrerade utvärderingen återförs till verksamheten för kvalitetsutveckling i ett kontinuerligt kunskapsflöde. Dessa värderingar är naturligtvis ideologiskt fullständigt omöjligt att kombinera med direkt motsatta värderingar och syften, i all synnerhet som dessa syften dessutom skulle vara dolda, när hela modellens övriga förhållningssätt strävar till öppenhet, dialog och samsyn.

Att i detta konkreta och öppna samarbete, i dialogform mellan välfärdspersonal och brukare, dessutom försöka tillämpa en annan, ”parallell” och för dessa kontrahenter dold agenda, är faktiskt inte ens hypotetiskt möjligt. ( Detta skulle ju i så fall paradoxalt kräva att båda parter ”medvetet” försöker lura både sig själva och den andre – vilket med logisk nödvändighet inte samtidigt kan pågå ”omedvetet” för någondera parten ).

Det är heller inte möjligt att i verksamhetens kvalitetsutveckling inom den samlade personalgruppen föra öppna analyser och diskussioner med den integrerade utvärderingens resultat som kunskapsbas, utan att eventuella dolda eller dubbla syften skulle avslöjas – då kvalitetsutvecklingen givetvis har ambitionen att komma fram till en förbättrad verksamhet med konkreta förslag på vad som kan provas, förbättras, förändras, prioriteras etc.

Slutligen har den integrerade utvärderingens IT-stöd mycket medvetet utformats just för syftet att erhålla kunskaper som verksamheten har nytta av i sin kvalitetsutveckling – och inte för att kunna användas för andra syften som exempelvis kontroll av personal eller chefer. Detta har varit viktigt av såväl ideologiska som forskningsmässiga skäl – både för att modellen skall vara trovärdig för användare och brukare och för att utformningen skall styra utvärderingens huvudfokus på de berörda människornas livssituation ( och inte riskera att fördunklas eller förfuskas av olika verksamhetsinterna konflikter eller andra ”paranoida” processer ).

Till en början är dIT-stödet i sig skyddat med upphovsmannarätt, copyright och patent samt av mönsterskydd och programmering i sk källkod. IT-stödet präglas dessutom av genomtänkt och fältutprovad datasäkerhet, funktionalitet och kapacitet samt av integritetsskydd för samtliga inblandade, såväl brukare som personal.. Utvärderingens dokumentation sker därefter mycket medvetet utifrån ”person” ( i stället för ex organisation, funktion eller yrkesgrupp) – främst av forskningsmässiga och strategiska skäl, då exempelvis organisationer brukar förändras med jämna mellanrum medan man är ”samma person” så länge man lever – samt men med den i detta sammanhang goda bieffekten att ingen enskild handläggare, via någon teknisk bakväg, kan spåras i det aggregerade materialet.

I dialogen i det enskilda utvärderingsfallet är varken personal eller brukare reellt anonyma och berörda handläggare (kan vara en eller flera i samma ärende) är givetvis kända vilket om inte annat styrs av lagstiftningens krav på journalföring (med undantag för specialverksamheter som familjerådgivning där man har rätt att vara anonym).

Modellens aggregering och resultatsammanställning med hjälp av IT-stödets ”Analysera resultat” är däremot helt fritt från alla brukaridentifierande personuppgifter som namn, personnummer, adresser, telefonnummer etc. samt dessutom fritt från alla personalidentifierande uppgifter som namn, organisationskod eller liknande. Även om detta primärt har gjorts för att lägga fokus på sådana kunskaper som verksamheten har nytta av i sin kvalitetsutveckling, får detta som bonuseffekt att ingen enskild personal kan kontrolleras genom utvärderingens resultat.

Beträffande (miss)tanken att man med hjälp av utvärderingen skulle kunna utnyttja personalen och härigenom spara pengar, är det viktigt att reflektera över vad som i så fall menas med ”utnyttjande” och vad som i realiteten ger verkliga besparingar i en välfärdsverksamhet.

Att personalen inom den integrerade utvärderingens ram undersöker brukarnas livssituation, förändringsbehov, resurser och förändringar är inte något som principiellt skiljer sig från det ordinarie välfärdsarbetet. Tvärtom är ju ambitionen att kunskapsinsamlingen skall ligga så nära och integrerat som möjligt i det arbete som man i vilket fall som helst utför. Detta kan därför knappast betraktas som något utnyttjande av personalen för i så fall måste man betrakta hela välfärdsarbetet som ett enda stort ”utnyttjande”. I själva genomförandet av denna utvärdering tillsammans med brukarna ligger därför heller inte några egentliga besparingsmöjligheter. Snarare bör man vara angelägen om att med hjälp av verksamhetsanpassning, IT-stöd etc. finna former som inte är alltför tids- och därmed kostnadskrävande.

Att använda dialogintervjuer som prioriterad form för kunskapsinsamling har heller inte valts av ekonomiska skäl utan för att detta är den bästa och lämpligaste formen inom det ordinarie välfärdsarbetets ram – och innehåller därmed varken några besparingar eller fördyringar.

Utvärderingens syfte är dessutom inte att ”bedriva utvärdering”, lika lite som det är socialtjänstens syfte att bedriva socialbyråverksamhet eller sjukvårdens syfte att bedriva sjukhusverksamhet. Syftet med all välfärd, och i förlängningen med en utvärdering av denna välfärd, handlar alltid slutligen om reella förändringar i berörda människors liv. De verkliga och stora kostnaderna, och därmed omvänt stora kostnadsbesparingarna, i alla välfärdssystem, handlar alltid ytterst om brukarnas livssituation – med en billigare sjukvård genom en friskare befolkning, en billigare omsorg genom trygga och fysiskt aktiva äldre, en billigare individ och familjeomsorg genom att människor utvecklar resurser till självförsörjning och fungerande föräldraskap. Utvärderingens yttersta syfte är att medverka till sådana kunskaper som verksamheten kan använda i sin kvalitetsutveckling för att i sin tur kunna bidra till nytta i människors liv. Således kan inte själva utvärderingen användas i besparings syfte, medan de verksamhetsförbättringar, som denna utvärdering kan stimulera, potentiellt ge verkligt rejäla kostnadsbesparingar.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Integrerad utvärdering, varken ideologiskt eller praktiskt, kan användas för andra syften än de som deklarerats, vilket i praktiken heller inte hänt under modellens mångåriga utveckling. Den integrerade utvärderingens värdegrund och syfte har kvarstått oförändrade genom tjugo år av konjunktursvängningar, modetrender och skiftande forskningsprioriteringar.



## Får man blanda kvalitativa och kvantitativa data ?

Enskilda forskare, forskarlag och universitetsinstitutioner intar ibland ett ställningstagande gällande kvantitativa och kvalitativa metoder i utvärdering som innebär ett ensidigt och oreflekterat 'antingen - eller - perspektiv'.

Naturvetenskapligt inriktade utvärderare betonar den logiska empirismens metodologiska fördelar och evidensbaserade internationella jämförbarhet. Hermeneutiskt inspirerade utvärderare inom samhällsvetenskap tar på motsvarande ensidiga sätt ställning för olika kvalitativa metoder. De kvantitativa inriktningarna påpekar gärna de kvalitativa metodernas otydlighet och aggregeringssvårigheter vid utvärdering av större populationer medan de kvalitativa förespråkarna kontrar med reduktionismen i försöken att operationalisera livet i objektiva mätbara termer i syfte att kontrollera allt utom den avgränsade insats man söker mäta.

Den integrerade utvärderingsmodellen instämmer med de kvalitativa riktningens strävan till intersubjektivitet och helhetssyn gällande psykosociala förändringsmekanismer men delar samtidigt de kvantitativa förespråkarnas åsikt att det krävs aggregerbara kunskaper för generaliserbara slutsatser. Gemensamt för de traditionella utvärderingsriktningarna är emellertid att de är alltför metodologiskt begränsade eller opraktiska och kostnadskrävande för att kunna tillämpas kontinuerligt i stora komplexa välfärdsverksamheter – ex orimligheten med randomiserade kontrollgrupper gällande alla klienter i en hel kommun eller avgränsade single-case-studier vilka inte kan ge de generaliserbara kunskaper som välfärdsverksamheten behöver som underlag för prioriteringar och metodutveckling..

Beträffande relationen mellan kvantitet och kvalitet intar den integrerade utvärderingen ett radikalt annorlunda perspektiv, vilket både principiellt och praktiskt kan betraktas som ett integrativt *både - och - perspektiv*.

Alla tänkbara fenomen betraktas här i ontologisk grundbemärkelse som 'samtidigt' både kvalitativa och kvantitativa. Valet av synsätt beror primärt på betraktarens syfte och perspektiv – inte att "verkligheten" är antingen det ena eller andra. Att endast "godkänna" kvantitet *eller* kvalitet som synsätt eller metod betraktas inom modellen som det verkligt naiva reduktionistiska.

I den integrerade utvärderingen kan kunskapsinsamling via kvalitativt inriktade intervjuer som integreras i välfärdens ordinarie verksamhet i dialog med berörda brukare, kombineras med ett dataprogram där dessa kunskaper omvandlas till kvantitativt dokumenterbara och aggregerbara resultat.

Efterfrågade kunskaper betraktas som både kvalitativa och kvantitativa och IT-stödet tillåter dessutom en flexibel resultatanalys gällande målgrupp, utvärderingsperiod, uppföljningsomgång, ärende- och uppföljningsstatus.

Genom detta nytänkande kan modellen för integrerad utvärdering verka både obekant och farlig, med åtföljande risk att varken accepteras av den ena eller andra riktningen - och därför utsättas för olika ”utdefinieringsmekanismer” - som varande alltför verksamhetsanpassad, personalvänlig, IT-styrd etc. Den integrerade utvärderingen står dock med förtröstan fast vid sin välfärdsintegrerade grundsyn i kontinuerlig dialog med personal och brukare, samtidigt som andra inriktningar inbjuds till ömsesidigt utvecklande samarbete.

### Skulle ökade kunskaper om brukarnas behov indirekt kunna leda till ökade välfärdskostnader ?

En både ideologiskt, kunskapssteoretiskt och ekonomiskt intressant invändning mot den integrerade utvärderingen, vilken ett flertal gånger ställts genom åren av politiker ( som mött modellen genom presentationer vid olika studiedagar och konferenser ), har handlat om indirekta kostnader.

Dessa politiker har inte primärt varit bekymrade över de direkta kostnaderna för själva utvärderingen i den aktuella välfärdsverksamheten när de förstätt att dessa kostnader (per klient) sällan uppgår till mer än bråkdelar av de kostnader som mer traditionell ”uppdragsutvärdering” via universitet eller centralt finansierad ”beställningsutvärdering”, brukar medföra.

De kostnader som dessa politiker istället har varit bekymrade för handlar om de indirekta kostnader som de befarrar att den integrerade utvärderingen kan medföra - genom modellens tydliga inriktning på att tillsammans med brukarna undersöka deras förändringsbehov inom en rad olika livsområden.

”Vi har ju inte ens tillräckligt med pengar för att möta de brukarbehov som vi redan känner till. Om man då på bred front medvetet letar efter brukares behov så kan detta skena iväg och bli hur dyrt som helst. Människors önskemål om nya välfärdstjänster och trygghetspaket verkar vara ousinliga. Och om man då genom utvärderingens behovsanalys nästan stimulerar dem att ’komma på nya behov’ kan ju detta väcka upp en massa orealistiska förhoppningar som vi sedan inte har råd att bemöta. Detta kommer nog i sin tur att leda till ännu större besvikelse – och i slutändan vändas till kritik mot oss politiker för att svika löften och inte kunna ’leverera’ en god välfärd.”

Förtroendevaldas dilemma, att engagerat vilja åstadkomma en välfärd som på olika sätt kan möta utsatta människors behov – men samtidigt tvingas till verksamhetsprioriteringar p.g.a. överordnade budgetkrav, måste givetvis tas på största allvar. De allra flesta politiker inom social-, sjukvårds-, omsorgs- och skolpolitik drivs av ett engagemang att åstadkomma en så god välfärd som möjligt för de behövande klienterna/patienterna/omsorgstagarna/äldre/familjerna/eleverna etc. När man då av brist på ekonomiska medel tvingas till prioriteringar mellan alla dessa önskemål och krav och därför får ta emot besvikelse och kritik från brukare, vilka var för sig kan ha rimliga krav på viss behandling, äldrevård, lärartäthet, primärvård etc. - så upplevs detta säkerligen som ytterst besvärande. Att politikerna då inte vill hamna i en situation som man tror kan medföra ännu större kritik är fullt förståeligt.

Det blir därför väsentligt med förståelsen att behov i välfärdsbemärkelse varken handlar om orealistiska önskemål om insatser och pengar eller om efterfrågan på olika välfärdstjänster vid en viss skattesubventionerad prisnivå, utan om reella förändringsbehov i berörda människors liv som man av olika anledningar inte klarar att möta enbart på egen hand. - Barns behov av omsorg och gränser, familjers behov av gemensamt föräldraskap, ungdomars behov av vettig utbildning, missbrukares behov av meningsfull sysselsättning, äldres behov av trygghet och gemenskap osv.

Orealistiska önskemål kan vanligen 'realitetsanpassas' i dialog med brukarna och efterfrågan på olika tjänster kan oftast justeras med olika former och nivåer av prissättning. När det gäller människors verkliga behov så försvinner emellertid inte dessa någonsin med mindre än att de kan mötas genom att berörda människor får omsorg och hjälp till självhjälp i att utveckla egna resurser till att kunna leva mera behovstillfredsställande.

Reella behov går aldrig vare sig att organisera, prioritera eller spara "bort". Om barn behöver omsorg, kärlek, stimulans och gränser så försvinner inte dessa behov genom att man exempelvis ändrar lagstiftning, byter betalningssystem, ändrar politisk majoritet, minskar verksamhetens budgetram, genomför organisationsförändringar, anställer ny personal, byter chefer, köper nytt datasystem, genomför kvalitetssäkringsprojekt eller startar utvärdering. Hur man än agerar så har barnen kvar sina behov tills de blir adekvat bemötta.

Behoven finns således kvar i en eller annan form och om en viss huvudman skulle lyckas avhända sig det direkta ansvaret för att utföra en viss välfärdsinsats, så dyker dessa behov istället upp som krav på annan insats hos någon annan organisation.

Kortsiktigt kan detta verka kostnadsbesparande för den organisation som lyckades föra över ansvaret till någon annan. Långsiktigt leder emellertid detta förfarande istället till ökade kostnader - givetvis samhällsekonomiskt med sammantaget ökade skattebehov - men också för den ursprungliga verksamheten då berörda brukare oftast ändå så småningom återkommer eftersom behoven inte har blivit bemötta. Det som blir dyrt är därför inte ökade kunskaper om brukarnas verkliga behov - utan snarare bristande kunskaper vilket ofta leder till att behövande brukare remitteras mellan olika omsorgs- och vårdorgan utan adekvat omsorg/ behandling etc. Att skicka runt brukare i cirkelgång mellan olika organisationer och på vägen förmedla olika välmenande men felaktiga insatser utan reella resultat, är både det mest inhumana, oprofessionella och kostnadskrävande i längden.

Om man nu inte kan 'undkomma' människors behov, varken genom att spara, prioritera, organisera eller remittera, blir således den återstående logiska slutsatsen att istället försöka få så goda kunskaper som möjligt om behoven inom olika livsområden, så att dessa kan mötas med adekvata insatser för verkliga förändringsresultat och hållbara kostnadsbesparingar.

Den integrerade utvärderingen betonar härvid nödvändigheten av att behovsanalysen utförs i dialog med de berörda brukarna och att man inte enbart undersöker olika brister utan att man lägger minst lika mycket energi på att undersöka brukarnas egna resurser att själva kunna möta dessa behov.

Dessutom måste man naturligtvis följa upp om insatserna verkligen möter de aktuella behoven och bidrar till positiva resultat i brukarnas liv.

I denna behovsanalys i dialogform uppkommer heller inte den orealistiska önskelista på insatser som de tveksamma politikerna ursprungligen befarade. I praktiken är det oftast så vid en genomgång av en rad olika livsområden att den "genomsnittlige" brukaren uppger förändringsbehov i form av "Mål för önskad förändring" inom endast ett fåtal av dessa områden. Brukare förstår också överlag att man inte automatiskt kan få en massa insatser eller pengar enbart för att man gemensamt undersöker livssituation och behov.

Om man har prioriteringsansvar i välfärden så det är just ökade kunskaper om livssituation, förändringsbehov och reella resultat som man bör eftersöka.

## Kan 'IT-kulturen' undergräva modellens ideologi ?

Den integrerade utvärderingens betoning av välfärdens ideologi med dialog, brukarmedverkan och personalkompetens kan ibland uppfattas stå i motsättning till 'IT-kulturens' användning av datamaskiner och -program.

Bakgrunden till modellens IT-stöd är emellertid en form av verksamhets- och realitetsanpassning som just har sin grund i modellens välfärdsideologi.

Erfarenheterna från många års utvecklingsarbete inom olika välfärdsfält visade nämligen att utvärderingens aggregering av omfattande kunskaper från en mängd ärenden i en stor diversifierad pågående välfärdsverksamhet, inte var möjlig att genomföra på traditionell 'pappersväg' - eftersom detta både blev alltför komplicerat och personal-, tids- och kostnadskrävande. Det blev därför nödvändigt, för modellens ambition att kontinuerligt utvärdera stora välfärdsverksamheter i ordinarie drift, att utveckla en datorstödd dokumentation och resultatsammanställning

Ett fungerande dataprogram i prototypform utvecklades först på egen hand för dokumentation, aggregering och resultatpresentation och olika verksamheter uttalade intresse för att använda detta datorbaserade utvärderingsprogram. Efterhand framgick emellertid det orealistiska och riskabla med ett ' eget' dataprogram för kontinuerlig "skarp drift" i stora komplexa välfärdsverksamheter, gällande funktionalitet, integritets- och säkerhetsaspekter samt dessutom utan egen tillräcklig kompetens eller tid för nödvändig IT-support. Det enda långsiktigt realistiska var att samarbeta med en kompetent, geografiskt omfattande och personalmässigt stor IT-aktör med nödvändig erfarenhet och möjlighet till programutveckling och IT-support. När så ett ömsesidigt intresse uppstod mellan upphovsmannen och TietoEnator utvecklades detta till ett mycket givande samarbete, som bygger på en gemensam, ( och i bindande juridiska avtal fastlagd ) grunduppfattning om modellens syfte och tillämpning. Detta samarbete har dessutom ytterligare utvecklat modellen i olika dokumentations-, samordnings-, integritets- och analysaspekter.

Samarbetet med TietoEnator, numera Tieto-koncernen, har därför på intet sätt påverkat den integrerade utvärderingsmodellens grundsyn och teoriperspektiv eller förhållningssättet till brukare och personal. Grundsynen ligger fast sedan mer än 20 år och har snarare ytterligare stärkts under senare år.

Modellens "ideologiska fiender" återfinns givetvis inte heller specifikt inom nordisk IT-sektor utan bland dem som (oavsett sektor) saknar tilltro till personalens engagemang och kompetens eller till brukarnas egna resurser och som saknar vilja eller mod att försöka se livssituation och förändringsbehov också ur de utsatta människornas eget perspektiv.

## IT-stödet kan verka ytligt - vid ett ytligt betraktande

Den integrerade utvärderingens krav på enkel, integritetsskyddad, verksamhetsanpassad, tids- och kostnadsbesparande dokumentation och aggregering har således lett fram till utvecklingen av modellens IT-stöd.

Att en personlig dialog mellan personal och brukare måste sammanställas i en dokumentationsform, som ( med eller utan datorer ) måste förenklas och sammanfattas till färdiga rubriker och alternativ i på förhand valda kategorier och variabler, kan givetvis ge ett ytligt och förenklat intryck - jämfört med alla de dimensioner och nyanser som finns med i 'hela' dialogen. Dokumentation med datorstöd kan ytterligare förstärka intrycket av teknifierat förtyligande av människors välfärdsnöten.

Här finns risken att man enbart uppfattar den integrerade utvärderingsmodellen som bestående av detta IT-stöd och inte förstår att modellen i grunden består av dialogen i en gemensamt kunskapssökande process mellan personal och brukare samt i verksamhetens egen användning av dessa kunskaper för kvalitetsutveckling till nytta för berörda människor – och att datorer, program, databas, analys- och presentationsverktyg givetvis endast är olika hjälpmedel för att möjliggöra denna process.

Risken är således att man inte förstår modellen i sin helhet utan låter sig styras av det intryck som själva IT-stödet kan ge vid en förenklad okulär besiktning. I praktisk användning, i reell dialog med verkliga brukare, upphör givetvis omedelbart denna 'ytlighet' eftersom man då måste ' mötas som människor' - alldeles oavsett om datorn är påslagen eller ej.

## Synlig affärsrelation kan ge 'kommersiellt' intryck

Den integrerade utvärderingen redovisar helt öppet samarbetet med den stora IT-koncernen Tieto vilket kanske förvånar en del betraktare med hänsyn till modellens uttalade välfärdsinriktning och brukarperspektiv.

Betraktaren gör kanske misstaget att sammanblanda IT-stödets yttre form och synliga affärsrelation, med utvärderingens inriktning och innehåll.

Om man exempelvis skriver en journal eller forskarrapport på sin dator och härvid använder ordbehandlingsprogrammet Word, som är en produkt från Microsoft. Inc. USA, så har man visserligen ( ex via kommunens eller universitetets centrala upphandlingsavtal ) en kommersiell affärsrelation med

denna amerikanska IT-koncern – men detta innebär ju inte att innehållet i journalen eller rapporten därigenom också automatiskt är ”kommersiellt”. Politiker, statliga myndigheter, välfärdsverksamheter, universitet och enskilda forskare använder dagligen produkter som antingen upphandlats från olika dataleverantörer på en (förhoppningsvis) öppen och konkurrensutsatt marknad eller utvecklats av avlönade forskare/forskarlag – i bägge fallen med hjälp av skattepengar, vilket gör att denna affärsrelation inte alltid blir uppenbar för den enskilde användaren.

Utvärderingar bedrivs oftast med hjälp av produkter, program, tester, frågeformulär, skattningsskalor, etc. som på detta sätt upphandlats från inhemska eller utländska leverantörer med varierande storlek och organisatorisk koppling. Denna faktiska affärsrelation gäller naturligtvis principiellt och oavsett om verksamheterna själva genomför detta köp eller om upphandlingen sker mera indirekt via forskningsorgan eller myndigheter som därefter, med eller utan betalning, överlåter produkten till olika fältverksamheter. Utvärderingens faktiska totalkostnader blir därför intressanta, oavsett vem som betalar.

Att den integrerade utvärderingen så öppet redovisar samarbetsrelationen med Tieto-koncernen gör visserligen detta förhållande mera synligt, men utgör således ingen principiell skillnad från alla andra produkter som upphandlas på välfärdsfältet och gör heller inte innehållet i utvärderingen mera kommersiellt än något annat dokumentations-/ utvärderingsinstrument.

Ägande, rollfördelning och kostnader förtydligas dessutom i kontraktsform som blir synlig också för de berörda beslutsfattare och välfärdsverksamheter vilka engagerar sig i den integrerade utvärderingen, nämligen att:

- upphovsmannen äger modell, patent, skrifter samt svarar för ’FoU-support’
- Tieto äger och säljer dataprogrammet samt svarar för IT-support
- utvärderande välfärdsverksamhet äger all dokumentation och alla resultat

Det framgår dessutom tydligt, för den som är det minsta ekonomiskt intresserad, att verksamhetens totalkostnader för utvärderingen per brukare är klart lägre i jämförelse med alla andra utvärderingsmodeller.

Affärsrelationer och skattekostnader existerar även om de inte alltid syns. Därför borde det snarare vara rimligt att motsvarande krav på synliggörande av faktiska ägarförhållanden, rollfördelningar och kostnader principiellt ställs på alla produkter, program, formulär, tester etc.. som används för forskning, utvärdering, kvalitetssäkring och evidensbaserade projekt inom välfärden. Dessa faktiska förhållanden borde helt öppet kunna redovisas oavsett om köpen genomförs med offentligt eller privat aktör, så att faktiska kostnader och reella skatteutgifter för olika modeller blir möjliga att jämföra - både till totalkostnad och utslaget per klient som omfattas av utvärderingen.





## 27. INTEGRERAD UTVÄRDERING - ETT NYTT UTVÄRDERINGSPARADIGM ?

Finns något nytt under solen ?

Vetenskaplig kunskapsproduktion kan i vid mening ses som både ackumulering och mera språngartade upptäckter gällande metodologi och ämneskunskaper inom en rad olika vetenskapsområden - en utveckling som pågått kontinuerligt under många hundra år. Att mot denna bakgrund ens drista sig till att hävda att ett tänkande skulle kunna vara uttryck för något 'nytt' kan antagligen uppfattas som en obildad avsaknad av historiskt perspektiv.

- Ur ett mycket generellt perspektiv finns heller inget nytt i den integrerade utvärderingen.

Att fundera över sin livssituation har människor gjort i alla tider och att undersöka människors behov i dialogform är 'standard' inom all människonära välfärdsverksamhet. Att studera människors förhållanden ur olika förklaringsnivåer ingår i välfärdens grundsyn och praktik och präglar god psykosocial- och samhällsmedicinsk forskning. Att använda dataprogram för aggregering har man gjort sedan datamaskinen uppfanns, osv.

Om man däremot avgränsar begreppet "nytt" till sådana teoretiska resonemang, undersökningsmetoder, analysidéer och presentationsformer som inte tidigare systematiskt prövats och publicerats inom något av de andra utvärderingsparadigmen, kan man, kopplat till modellen för integrerade utvärdering, finna följande nyheter::

- Utvecklingsarbete i 20 år i samverkan med olika välfärdsverksamheter
- De metateoretiska resonemangen bakom modellens ideologiska ram.
- Tydliggörandet av människors behov och verksamhetens resultat.
- Definitionen av utvärdering inom välfärd som uttryck för olika ambitionsnivåer där den integrerade utvärderingen ytterst söker relatera verksamhetens nytta i brukarnas liv till välfärdens syfte
- Grundtanken att utvärderingen integreras i ordinarie välfärdsverksamhet och fältarbete som bas för kvalitetsutveckling och lärande organisation.
- Kunskapsinsamlingen i reell samskapande dialog med brukarna.
- Betoningen av behov och utveckling av egna resurser ( i stf "problem" ).
- Den genuina tilltron till den engagerade välfärdspersonalens förmåga att söka kunskap i dialog med brukarna, inom en given struktur av förklaringsnivåer, livsområden och tidsperspektiv.

- Evidensinriktningen, som omfattar de tre perspektiven – personalens kompetens, brukarnas behov och bästa kunskap om effektiva insatser – samtidigt som evidensrörelsens kontextkoppling och ensidiga RCT-metodik kritiseras och mer avancerade mönsteranalyser istället föreslås.
- Kombinationen av kvalitativa processanalyser i dialogintervjuer med kvantitativa ’tillståndsbeskrivningar’ i dokumentation och aggregering.
- Att välfärdsverksamheten ’äger’ sina analyser och utvärderingsresultat.
- Förtydligandet av kvalitetsbegreppet med utvärderingens koppling till kvalitetsutveckling och den samtidigt varnande kritiken för förenklade kvalitetssäkringsprojekt och nöjd-kund-undersökningar.

Definitiva nyheter, även ur ett internationellt perspektiv, är möjligheterna att

- flexibelt välja målgrupp, ärendestatus och tidsperspektiv för analys
- samtidigt redovisa resultat som faktisk förändring och måluppfyllelse
- följa målgrupp över tid och samtidigt göra jämförelser mellan målgrupper
- koppla ihop mönster av insatser med olika grad av måluppfyllelse inom olika livsområden i en flexibelt vald målgrupp

Det avancerade och fältutprovade dataprogrammet erbjuder dessutom:

- snabb, integritetssäker och användarvänlig dokumentation och aggregering
- unika flexibilitet vid val av olika målgrupper och analysperspektiv
- möjligheten till samordning med journalföring och övrigt IT-stöd.
- programmets överskådlighet och grafiska resultatpresentation.
- de principförbestämda resultatdiagrammen, för att underlätta reflektion i personalgrupp och ledning för analys, slutsatser och kvalitetsutveckling.

## Kan modellen för integrerad utvärdering företräda ett paradigmöverskridande nytänkande ?

Nyheter som kan betraktas som ’’förändring av första ordningen’’, dvs förändringar inom ramen för de rådande paradigmens gränser och spelregler, utgör inte en tillräckligt stor ’’skillnad’’ för att kunna karakteriseras som ett nytt paradigm – vilket kan exemplifieras av modellens samverkan med välfärdsverksamheter eller IT-stödets grafiska resultatpresentation.

För att betraktas som ett nytt utvärderingsparadigm krävs ’’förändring av andra ordningen’’ dvs ett ramöverskridande och/eller artskiljande synsätt och perspektiv i relation till andra paradigm.

**I följande avseenden företräder den integrerade utvärderingen sannolikt ett paradigmöverskridande nytänkande:****Ideologiskt**

Utvärderingen är kongruent med och inordnas under välfärdslagstiftningens grundsyn och syfte - till nytta för berörda människor.

Dialog och samförstånd präglar modellens genomgående förhållningssätt till berörda brukare, vilka värderas som medmänniskor med förändringsbehov och egna förändringsresurser.

**Teoretiskt**

Modellen ger en fördjupad betydelse i grundfrågorna om människors behov och verksamhetens resultat.

Utvärdering inom välfärd definieras utifrån ambitionen att söka relatera den faktiska nyttan i berörda människors liv till verksamhetens välfärdssyfte.

Multidimensionella mönsteranalyser av samvariation mellan insatser och måluppfyllelse kan ge indikationer på verksamma förändringsmekanismer – och samtidigt vara ett alternativ till evidensrörelsens ensidiga RCT-metodik.

**Strategiskt**

Utvärderingen 'ägs' av verksamheten, ingår i ordinarie välfärdsverksamhet och ansvarsordning och integreras i ordinarie omsorgs- /förändringsarbete.

Utvärderingens olika kunskaper och slutsatser återförs till brukare, personal och beslutsfattare till användning i verksamhetens kvalitetsutveckling för skapande av en lärande organisation.

Kopplingen till 'Person' och den fullständiga integriteten vid aggregerad resultatpresentation möjliggör utvärderingssamarbete mellan olika enheter och över huvudmannaskapsgränser.

## Metodologiskt

Kunskapsinsamlingen - om livssituation, förändringsbehov, egna resurser, genomförda insatser, faktiska förändringar och måluppfyllelse – genomförs i samskapande dialog mellan personal och berörda brukare.

Processanalyser i strukturerade dialogintervjuer kan kombineras med tillståndsbeskrivningar vid dokumentation och aggregering med IT-stöd, i en tids- och kostnadseffektiv genomförandeform.

Modellen ger en genomarbetad och fältutprovad generell struktur för användning av utvärderingens kunskaper i verksamhetens kvalitetsutveckling.

## Analysmöjligheter

Flexibla val av målgrupp, insatser, ärendestatus och utvärderingsperiod möjliggör både att enskild målgrupp kan följas över tid, att jämförelser kan göras mellan olika målgrupper och att generell utveckling kan följas i en generell målgrupp.

Analysperspektivet 'Uppföljningshistoria' möjliggör jämförelser av situation vid Start med situationen vid olika Uppföljningar i en mängd ärenden där insatserna pågått lika lång tid – trots att dessa insatser i respektive ärende kan ha påbörjats vid olika tidpunkter under året.

Utvärderingens resultat kan redovisas ur ett flertal dimensioner – livssituation, förändringsbehov och egna resurser, insatser till målgrupp under utvärderingsperiod, faktisk förändring, upplevd förändring, måluppfyllelse, och förändringsaktörernas betydelse för förändring.

Mönsteranalyser av samvariation mellan olika insatser och grad av måluppfyllelse ger en mera komplex och verklighetsnära bild av brukarnas livssituation med ett flertal parallella insatser som tillsammans ger faktisk förändring.

Genom sin metateori, teori, metod och praktik, företräder den integrerade utvärderingen en sammanhållen modell för utvärdering i välfärdsverksamhet.

Modellens många unika nyheter innebär också antagligen att den integrerade utvärderingen sammantaget representerar ett nytt paradigm för utvärdering inom välfärdsverksamheter. Om så är fallet kan emellertid diskuteras varför läsaren inbjuds till gemensamma reflektion och konstruktiv kritik.





## *iEvalu* LITTERATUR

---

### REFERENSLITTERATUR

#### **Litteratur som belyser modellens metateoretiska grund**

- ontologiska, epistemologiska, vetenskapsteoretiska paradigmfrågor,
- forskningsmetodologiska och kunskapsteoretiska ställningstaganden,
- ecosystemiskt perspektiv och syn på avvikelse och utslagning.

Sandell, G. (1985). *Psykosocialt förändringsarbete*. Stockholm: Liber förlag

Tillgänglig som **e-bok** - via Universitetsbiblioteket, Göteborgs universitet  
För fördjupads studier se omfattande litteraturlista i denna bok.

#### **BRA- programskrift**

Sandell, G. (1988). *BRA-programmet / Behovs- och resultatanalys av Socialtjänsten*. Programskrift samt beskrivning av fyra delprojekt: Bra-barnomsorg, Bra-hemtjänst, Bra-bistånd / IFO samt Metastudie av Bra-programmet. Socialtjänsten, Göteborgs stad

#### **Rapporter inom BRA-programmet**

( under vetenskaplig ledning av Göran Sandell )

Bärmark, J. (1991). *Forskare och praktiker. Reflektioner kring Bra-programmet*. Institutionen för vetenskapsteori. Göteborgs universitet

Eriksson, Bo G. (1991). *Analys av behov och insatser inom hemtjänsten i stadsdelarna Centrum och Tynnered i Göteborg*. Delrapport inom Bra-hemservice. Göteborg stad

Eriksson, Bo G. (1991). *Att arbeta som vårdbiträde inom hemtjänsten*. Sociologiska institutionen. Göteborgs universitet

- Frankenberg, K., Sandell, G., Thylefors, I. (1990). *Metastudie om förändringsprocesser – ett FoU-projekt inom Bra-programmet*. Göteborg stad.
- Karlsson, P.-Å. (1992). *Går det att bistå med bra resultat ? Bra-programmet*. Göteborg stad
- Lassbo, G. (1991). *Att bygga en Bra barnomsorg*. PM för konferens ”Kvalitet i kommuner och landsting” i Göteborg 2-3-sept. 1991.
- Lassbo, G. (1991). *Defining quality by assessing effectiveness*. Pedagogiska institutionen. Göteborgs universitet
- Lassbo, G. (1992). *The third step – an attempt to operationalize the quality of early childhood education in the welfare state*. Pedagogiska institutionen. Göteborgs universitet
- Lassbo, G. (1992). *Congruence between needs and services offered – Parents and personell in cooperation: an interactive way toward effectiveness and quality*. Paris: Paper for conference by ACEPP.
- Pousette, A. (1992). *Arbetsinstrument för utvärdering inom individ- och familjeomsorg*. Bra programmet. Göteborg stad
- Thylefors, I. (1992). *Bra-barnomsorgs genomförande relaterat till Bra-programmets syften och målsättningar*. Bra-programmet. Göteborg stad
- Thylefors, I., Pousette, A., Frankenberg, K. (1992). *Förvaltningspolicy inom två stadsdelar – utvärdering och metodutveckling. En delstudie inom Bra-programmet*. Psykologiska institutionen 1992: 3. Göteborgs universitet

### **Litteratur med koppling till utvecklingsarbetet med modellen**

- Lundsbye, M., Sandell, G. (1981). *Handledning i psykosocialt arbete*. Socialmedicinsk tidskrift 1981 nr 10.
- Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg, P., Fälth, T., Holmberg, B. (1985- 2009 ) *Familjeterapins grunder – ett interaktionistiskt perspektiv*. Natur & Kultur. Stockholm.
- Sandell, G. (1985). *FoU-policy*. Socialtjänst Göteborg. Göteborg stad
- Sandell, G. (1985). *FoU-policyns förverkligande*. Socialtjänst Göteborg. Göteborg stad



- Sandell, G. (1985). *Psykosocialt förändringsarbete*.  
Doktorsavhandling, Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.  
Bok. (1985, 1988) Liber förlag. Stockholm
- Sandell, G. (1986). *Policy för en ny förvaltningskultur*.  
Socialtjänst Göteborg. Göteborg stad
- Sandell, G., Berglund, M. (1993). *Bedriver vi en effektiv verksamhet?  
Behov, resultat och kvalitet. Modell för integrerad utvärdering*.  
Svenska Kommunförbundet. Kommentus. Stockholm
- Sandell, G., Pettersson, E., Larsson, J., Kousmanen, J. (1996). *Könsköparna  
– varför går män till prostituerade?* Natur & Kultur. Stockholm
- Sandell, G. (1997). *Multidimensional Pattern Analysis*. US 6.282.532.B1 /  
2001. ( US-Patent / IT-modell för integrerad utvärdering o mönsteranalys ).  
United States Patent and Trademark Office. Washington, USA.
- Sandell, G., Feldt, V. m.fl. (1997). *110 kriminella pojkar. Vad blev bättre ?*  
Maria ungdom / Kriminalvårdsprojektet. Stockholm stad
- Sandell, G., Olsson, J. (1997). *Bli sedd, välja väg och förändras. – Utvär-  
dering av utredningsarbetet vid Ljungbacken, en ungdomsinstitution inom  
SiS*. Statens institutionsstyrelse. Stockholm
- Sandell, G. (1998). *Göteborgarnas psykiska ohälsa*. Folkhälsorapport Nr 5  
Samhällsmedicinska expertrådet., Göteborg stad
- Sandell, G.( 1998 – 2009 ). *Integrerad utvärdering. Ideologi, teori, metod  
och IT-stöd. Paradigm och modell för utvärdering och kvalitetsutveckling  
inom välfärdsverksamheter*. Skrift, Bildspel samt Info IT-stöd. Göteborg,  
Analysity.

## LITTERATUR OM UTVÄRDERING, EVIDENS &amp; KVALITET

- **belyser olika synsätt, modeller och metoder för utvärdering, evidens och kvalitetsutveckling inom välfärdsområdet**

Albaek, E. (1998:2 ) 'Knowledge, interests and the many meanings of evaluation: a developmental perspective'. Artikel 'Evaluation Research and Social Work' *Scandinavian Journal of Social Welfare*.

Alexanderson, K. (2006) *Vilja, Kunna, Förstå – om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Akademisk avhandling. Studies in Social Work 7. Örebro universitet.

Anastas, J.W. (1999). *Research Design for Social Work and the Human Services*. New York: Colombia University Press.

Anttila, S. (2002). *Samordning av informationsförsörjning i en kunskapsbaserad socialtjänst* Stockholm : Socialstyrelsen.

Armelius (red) (1980). *Ger behandlingen resultat ?* Stockholm: Norstedts.

Armelius & Armelius (1999). *Kausalfrågor och effektfrågor vid utvärdering av behandling*. Stockholm: SIS.

Arnkil, T.E., Eriksson, E., Arnkil, R. (1999). *Anticipation dialogues. Vertical and Horizontal Dialog Methods for Strategic Management and Smart Networking*. Paper vid utvärderingskonferens i Tempere, Finland (2002).

Alvesson, M.& Sköldberg, K.(1994) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur&Kultur..

BBIC – *Barns behov i centrum*.(2006) Stockholm. Socialstyrelsen,

Bejerroth, E. & Hasselblad, M. (red.) (2002) *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund. Academica Adacta.

Bernler, G., Johnsson, L. (1993). *Den sociala journalen –del 1*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.

Bernler, G., Johnsson, L. (1995). *Den sociala journalen –del 2*. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.

- Bergmark, A. & Lundström, T. (2006:2 ) *Mot en evidensbaserad praktik? Om färdriktningen i socialt arbete*. Socialvetenskaplig tidskrift.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2007:2) *Kartan och terrängen – Om evidensbaserad praktik som ideal och verklighet*. Socialvetenskaplig tidskrift.
- Blomqvist, R. (1996). *Kvalitetsutveckling : kunddriven verksamhetsutveckling i teori och praktik*. IHM; Göteborg.
- Brun, C. *Reliability, Validity and Feasibility of Instruments to Measure Positive Family Functioning*. Konferenspaper, Tempere, Finland (2002).
- Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS, Socialstyrelsen, (1999) *Kvalitetsarbete i socialtjänsten. En nationell kartläggning*. Stockholm
- Cheetham, J., Fuller, R., McIvor, G.& Petch, A. (1997): *Evaluating Social Work Effectiveness*. Buckingham. Open University Press.
- Clarke, A. (1999). *Evaluation research - principles, methods and practice*. Thousand Oaks, Calif. ; Sage.London.
- Cronbach, L. J.(1982). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco, Calif. Jossey-Bass.
- Dahlberg, C. & Forsell, A. (2006) *BBIC i praktiken. Att knäcka koden*. Lund Studentlitteratur.
- Dahlberg, C. & Vedung, E. (2001). *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund, Studentlitteratur..
- Denvall, V. (2006:4 ) *Utvärderingslandskapet. En guide bland teorier, perspektiv och modeller*. Socionomen.
- Diamond, G & Josephson, A. (2005) Family-based treatment research; A 10-year update. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9).
- Dunér, A., Nordstöm, M. (2005) *Kollegiegranskning av biståndsbedömare inom äldreomsorgen*. Borås, ÄldreVäst, Sjuhärad.
- Edvardsson, B.(1991). *Kvalitetsutveckling: ett managementperspektiv* Lund, Studentlitteratur.

- Edvardsson, B. (1996). *Kvalitetskartor : ett sätt att arbeta med kvalitetsutveckling - tillgänglighet, inflytande, bemötande, kompetens*. Lund, Studentlitteratur.
- Eliasson, R., Lewin, C., Meeuwse, A. & Sunesson, S.(red),(1990). *Den värderande blicken. Om utvärdering i socialt arbete*. Lund, Studentlitteratur.
- Eneroth, B.. (1988). *Erfarenhetsinventering. Att utvärdera arbete med människor*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Engström, C. & Armelius, B-Å. (2005:1 ) Implementering av en strukturerad intervju (ASI) i missbruks- och kriminalvård. *Socialvetenskaplig tidskrift*.
- Eriksson, Jonasson, Strid. (1993). *Från ord till handling; ett försök till utvärdering inom socialtjänsten*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Eriksson B & Karlsson P-Å (1998): *Utvärdera bättre – för kvalitetsutveckling i socialtjänsten*. Göteborg: Gothia förlag.
- Eriksson B & Karlsson P-Å (2008 ): *Att utvärdera välfärdsarbete*. Göteborg: Gothia förlag.
- Everitt, A. & Hardiker, P. (1996). *Evaluating for Good Practice*. Basingstoke: Macmillan
- Farago, L. (1994). *Barnomsorgens kvalitet : en metodhandbok för utvärdering*. Stockholm : Liber utbildning.
- Fetterman, D.M. (1994). Empowerment evaluation. *Evaluation Practice*, 15
- Fonagy, P. *What works for whom? A critical review of treatment for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Fuller, R. & Petch, A. (1995). *Practitioners Research. The Reflexive Social Worker*. Buckingham: Open University Press.
- Gambrill, E. (1999) Evidence-based Practice: An alternative to Authority-based Practice. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*
- Gomm, R. & Davies, C. (Eds.), (2000). *Using Evidence in Health and Social Care*. London: Sage.

- Guba, Egon G. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif : Sage.
- Hall, C. (1997). *Social Work as Narrative. Storytelling and Persuasion in Professional Texts*. Adlershot: Ashgate.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder – en forskningsbaserad översikt*. Stockholm (CUS): Gothia.
- Holstein & Miller (1993): *Reconsidering Social Constructivism*. New York: Aldine de Gruyter.
- House, E. R.(1996). *Professional Evaluation*. London: Sage
- House, E. R.(1999). *Values in evaluation and social research*. London : Sage.
- Husely, J. (2007) Addressing key challenges in Evidence-Based Practice in Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38.
- Hydén, M. (2008) Evidence-based social work på svenska – att sammanställa systematiska kunskapsöversikter. *Socialvetenskaplig tidskrift*.
- Institutet för kvalitetsutveckling. (1997) *Riktlinjer för självvärdering; European Foundation for Quality Management (EFQM)*. Göteborg :
- Institutet för kvalitetsutveckling / SIQ (1997) *Benchmarking : att lära av andra : en handbok i benchmarking*. Göteborg
- Institutet för kvalitetsutveckling / SIQ (2000) *SIQ:s modell för kundorienterad verksamhetsutveckling*. Göteborg
- IMS Institutet för metodutveckling i socialt arbete. (2007) *Material om ASI*. Socialstyrelsen.
- Jenner, H. (1995). *Nytta och etik i det sociala arbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Jenner, H. & Sigreus, V. (1996). *Att utveckla missbruksvård genom dokumentation – beskrivning av DOK-projektet*. Stockholm: SIS 1996:6.
- Jess, K. (2005) *Att räkna med nytta – en samhällsekonomisk utvärdering av socialt arbete*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.

- Julnes, G., Mark, M. & Henry, G.T. (1998): 'Promoting Realism in Evaluation. Realistic Evaluation and the Broader Context' *Evaluation* Vol. 4.
- Jönsson, H. (red.), (1995). *Utvärdering och kvalitetssäkring i socialt arbete*. Lund: Socialhögskolan
- Karlsson, O. (1995). *Att utvärdera – mot vad ? Om kriterieproblemet vid intressentutvärdering*. Stockholm: HSL Förlag.
- Karlsson, O. (1997). 'Från utvärdering till kvalitetssäkring. En kritisk granskning av utvecklingen inom utvärderingsfältet.' Artikel i *Röster om den svenska barnomsorgen*. Stockholm: SoS-rapport 1997:23.
- Karlsson, O. (1999): *Utvärdering - mer än metod : tankar och synsätt i utvärderingsforskning. En översikt..* Stockholm: Ajour, Kommentus
- Kazi, M.A.(1998). *Single-case evaluation by social workers* Aldershot: Ashgate.
- Kazi, M.A. (2003) *Realist Evaluation in Practice. Health and Social Work*. London, Sage.
- Kazi, M.A., Blom, B., Moren, S., Perdal, A.-L. & Rosila, L. (2002). *Realist evaluation for practice in Sweden, Finland and England*. Tempere: Artikel vid utvärderingskonferans.
- Krogstrup, H.K.(1999) *Brukardeltagande I KVALitetsutvärdering (BIKVA) av insatser inom det sociala området*. Forskningsenheten Differentieret Social Integration Nr 4 Åalborg universitet.
- Krogstrup, H.K. (2003) *Evalueringsmodeller. Evaluering på det sociale område*. Århus, Systeme.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstingsförbundet (1999) *Kriterier och anvisningar för kvalitet, utveckling ledarskap: instrument för verksamhetsutveckling* Stockholm
- Larsson, L. (2005) *DUR-projektet i Göteborgs stad. Utvärderingens slutrapport*. Göteborg. FoU i Väst.
- Lindgren, L. (2006) *Utvärderingsmonstret; kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Lund. Studentlitteratur.

- Lindholm, S. (1981). *Vetenskap, verklighet och paradigm*. Stockholm: AWE/Gebers.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B.(2001). *Practical meta-analysis*. Applied Social Research Method Series, vol 49. Thousand Oaks: Sage.
- Lundahl, C.(2002). *Idén om en helhet: utvärdering på systemteoretisk grund*. Lund : Studentlitteratur.
- Martinsen, E. (2004) "Evidensbasert" – praksis og ideologi. *Nordisk social arbeid*. Nr 4
- Medicinska forskningsrådet (1999) *Guidelines for ethical evaluation of medical research involving human research subjects : the policy and organization of research ethics in Sweden..* Stockholm:
- Morén, S. (1996). *Att utvärdera socialt arbete*. Stockholm: Publica.
- Morén, S. (1999). Dokumentationens roll i socialt arbete. Perspektiv och utvecklingsmöjligheter. *Socialvetenskaplig Tidskrift*: 1999:4.
- Morén, S. & Blom, B. (2003) *Insatser och resultat. Om utvärdering i socialt arbete*. Studier i socialt arbete vid Umeå universitet. Nr 48. Umeå universitet
- Månsson, S.-A. (2000). Kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten och den sociala forskningen, drar vi åt samma håll? Stockholm: *Socionomen*, 2000:8.
- Månsson, S-A. (2003) Att förstå sociala insatsers värde. *Nordisk Socialt arbeid*. Nr 2.
- Nordlander, L. (2000). *Underlag för förändring : kvalitetsutveckling av socialtjänstens individ- och familjeomsorg*. Umeå socialtjänst: Utvecklings- och fältforskningsenheten. 2000:3
- Obert, C. (2000). *Fokusgrupp: ett enkelt sätt att mäta kvalitet*. Kommunlitt.
- Owen, J. M. (1999). *Program evaluation. Forms and approaches*. London: Sage
- Patton, M.,Q.(1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, Calif. : Sage.

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Thousand Oaks: Sage
- Reamer, F. G. (1998). *Social work research and evaluation skills : a case-based, user-friendly approach*, New York, Columbia University Press.
- Robson, C. (2000). *Small-Scale Evaluation*. London: Sage.
- Rombach, B. & Sahlin-Andersson, K.(1995). *Från sanningssökande till styrmedel. Moderna utvärderingar i offentlig sektor*. Stockholm: Nerenius & Santerus Förlag.
- Roth, A. & Fonaffy, P. (2004) What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York; Guilford.
- Rubington & Weinberg (1995): *The Study of Social Problems: Seven Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Sackett, D.J. (1996) "Evidence based medicine: What it is and what it isn't." London. *British Medical Journal*, 312.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (1997) *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Sandell,R.(2006:13) Evidensbasering –ett omstritt projekt.*Psykologtidningen*
- SBU: SSF (1998) *Evidensbaserad omvårdnad*. Stockholm
- Scriven, M. (1991) *Evaluation thesaurus* . Newbury Park, Calif.: Sage.
- Scriven, M. (1994). 'The fine line between evaluation and explanation.' *Evaluation Practice*, 15 (1), pp.75-77
- Scriven, M. (2002) Den nya utvärderingsvetenskapen. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 9: 2-3.
- Shaw, I. (1996). *Evaluating in Practice*. Aldershot: Ashgate.
- Shaw, I. (1997). *Be Your Own Evaluator; a Guide to Reflective and Enabling Evaluation*. Wrexham: Prospects Publishing.



Shaw, I. & Lishman, P.(1999) *Evaluation and Social Work Practice*. London: Sage

Silverman, D. (2000). *Doing Qualitative Research – a Practical Handbook*. London: Sage.

Socialstyrelsen, SoS-rapport 1994:1. *Utvärdering av kvalitet : om motiv och vägar för praktikers kvalitetsarbete och om kvalitetsstudier av hemtjänst/ hemsjukvård*. Stockholm

Socialstyrelsen (1994: 3). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm:

Socialstyrelsen: SoS-rapport 1994:13. *Utvärdering av kvalitet. Om motiv och vägar för praktikers kvalitetsarbete och kvalitetsstudier av hemtjänst / sjukvård*. Stockholm,

Socialstyrelsen: SoS-rapport 1995:19. *Att utveckla kvalitet i socialtjänsten.. En introduktion*. Stockholm.

Socialstyrelsen, SOSF 1996:24. *Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården*.

Socialstyrelsen, SoS-rapport, 1999:7 *Kvalitetsutveckling inom individ- och familjeomsorgen : inriktning, perspektiv och angreppssätt*. (1999).

Socialstyrelsen; Folkhälsoarbete. (1998) *Att göra rätt saker på rätt sätt för en bättre folkhälsa : kvalitetsutveckling av folkhälsoarbete*. Stockholm:

Socialstyrelsen: SoS-rapport 2000:12. *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Stockholm.

Socialstyrelsen, SOSFS 2000: 15. *Allmänna råd om kvalitetssystem inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg*. Stockholm:

Socialstyrelsen 2001:156. *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem : en evidensbaserad kunskapssammanställning* Stockholm.

Socialstyrelsen (2003) *Att utbilda för utvärdering – en nationell kartläggning*. CUS-rapport. Stockholm.

Socialstyrelsen (2004) *Etikfrågor i socialtjänsten – en undersökning om hur socialtjänsten hanterar etikfrågor i det praktiska arbetet*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2004) *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2006) *Om handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2006) *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – resultat efter sex månader*. Stockholm.

SOSFS 2005:12 (M) *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet inom verksamheter enligt SoL, LVM, LVU och LSS*. Stockholm.

Statens offentliga utredningar. (1994; 18). *Kvalitet i kommunal verksamhet : nationell uppföljning och utvärdering : rapport till Lokaldemokratikommittén* Stockholm :

Statens skolverk 1998: Rapport 150. *Kvalitetssäkring i skolan : en rapport om kvalitet – begreppsanalys. TQM:s historia och dess användbarhet vid utvärdering av skolans kvalitet*. Stockholm, Liber.

Statskontoret. Rapport 21, (2002) *Utvärderingar och politik II . Hur använder regeringen utvärderingar* Stockholm :

Stevrin, P. (1991) *Utvärdering för förändring*. Lund : Studentlitteratur.

Stratton, P. (2005) Report on the evidencebase of systemic family therapy. Association for Family Therapy. ( [www.aft.org.uk](http://www.aft.org.uk) )

Sundell, K. m.fl. (2007:2) Idag ser vi början på en ny utvecklingsriktning i socialt arbete, både som praktik och som teoretisk disciplin. *Socionomen*.

Swedner, H. (1996) *Socialt välfärdsarbete. En tankeram*. Stockholm, Liber.

Svenska kommunförbundet (1994) *Vad är resultat ? – om resultat- och kvalitetsvärdering inom individ- och familjeomsorg*. Stockholm

Svenska kommunförbundet., (1996 ) *En lärande organisation : kvalitetsutveckling inom skola & socialtjänst*. Stockholm, Kommentus.

Sveriges socionomers riksförbund. *Yrkesetiska riktlinjer för socionomer*.

- Söderback, I. (1988). *Single case research experimental design : SCRED : en klinisk utvärderingsmetod för det enskilda fallet*. FoU rapport / Vårdhögskolan, Stockholms läns landsting.
- Taylor, C. & White, S. (2000). *Practicing Reflexivity in Health and Welfare*. Buckingham: Open University Press.
- Tengvald, K. (1995). 'Behov av resultatorienterad kunskapsutveckling i socialt arbete.' *Kompetens och kunskapsutveckling. Om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten*. Stockholm: SOU 1995:58
- Tengvald, K. (1997). Perspektiv på kvalitetssäkring. *Nordiskt socialt arbete*, 17 s. 20-30
- Tengvald, K. (2003) Evidensbaserad praktik – om strävan att öka kunskaperna om verkningsfulla insatser. I Varg, N. (red.) *Perspektiv på kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Tengvald, K. & Jergeby, U. (2005: 8 ) Kunskapsbaserad praktik och IMS uppdrag. *Socionomen*.
- Ternov, S. (1994). *Kvalitetsutveckling i sjukvården : kvalitetsmätning, ISO 9000 och föreskrifter*. Lund : Studentlitteratur
- Thomasson, B. (1993). *Tjänstekvalitet : kundorienterad och kompetensbaserad kvalitetsutveckling*. Karlstad Högskola: Centrum för tjänsteforskning.
- Thorslund, M. (1997). *Kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen : äldres flyttningar till service och vård*. Spri-rapport, 441
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vedung, E. (2004) Utvärderingsböljans former och drivkrafter. Helsingfors; Stakes.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation methods for studying programs and policies*. Upper Saddle River, N.J. : Prentice Hall.
- Westerlund, L. (1997). *Ledarskap för ständiga förbättringar : idé- och arbetshäfte*. Göteborg : Institutet för kvalitetsutveckling (SIQ).
- Westlund, P. & Edvardsson, P. (1998). *Tjänsteutveckling och kvalitet inom äldreomsorg; praktik och teori*. Lund: Studentlitteratur.

Westlund, P. (1999). *Lära av varandra : kollegiegranskning, kvalitetskartor, fokusgrupper*. Fokus-rapport 1999. 7, Kommunförbundet Kalmar

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Åberg, J-O. (1997). *Det rationella och det legitima: utvärderingars teori och praktik*. Göteborgs universitet: Department of Sociology (1997:64).

Ödman, P. J. (1979). *Tolkning, förståelse och vetande*. Stockholm: AWE/ Gebers.

### **Litteratur med koppling till den integrerade utvärderingens betoning av dialog och brukarmedverkan i kunskapsprocessen**

Anderson, H. (1999). *Samtal, språk och möjligheter*. Stockholm: Mareld.

Anderson, H. Goolishian H. (1999). *Från påverkan till medverkan*. Stockholm: Mareld.

Andersen, T. (1999). *Reflekterande processer*. Stockholm: Mareld

Bateson, G.. (1987). *Ande och natur, en nödvändig enhet*. Lund: Symposion.

Bertalanffy, L.v. (1971). *General Systems Theory*. Harmondsworth: Penguin

Boscolo L., Bertrandi (1998). *Genom tidens lins*. Stockholm: Mareld.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. ( 1987). *Milan Systemic Family Therapy*. New York: Basic Books.

Boszormenyi-Nagy, I. (1984). *Invisible Loyalties*. London: Brunnel/Mazel.

CecchinG., Lane G. Ray W. (1992). *Irreverence: A Strategy for Therapist Survival*. London: Karnac books.

Cecchin G., Lane G., Ray W. (1994). *The Cybernetics of Prejudices*. London: Karnac

DeShazer S.(1994). *Spel med skillnad*. Stockholm: Mareld.

- Eliassen, H. & Seikkula, J.(eds).(2006) *Reflekterande prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forsberg (red), (1998). *Nätverksboken*. Stockholm: Liber.
- Friedman S. (ed), (1995). *The reflecting team in action*. London: Guilford press.
- Hoffman L.(1981). *Foundations of Family Therapy*. NewYork: BasicBooks.
- Furman B. Ahola T. (1999). *Lösningssnack*. Stockholm: Mareld.
- Gergen K.(1991). *The Saturated Self*. New York: Basic Books.
- Hårtveit H., Jensen P. (1999). *Familien – plus en*. Oslo: Tano-Aschehoug.
- Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg,P., Fälth. T., Holmberg, B. (2009) *Familjeterapins grunder – ett interaktionistiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- McGoldrich (red), (1991). *Whomen in Families*. London: Norton.
- Minuchin S. (1999). *Om konsten att bedriva familjeterapi*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Rudscinsky (red), (1998). *Psykoterapi med par*. Stockholm: Natur o Kultur.
- Scharff o Scharff (1998). *Object Relations Family Therapy*. New York: Aronson.
- Seikkula J.(1996). *Öppna samtal*. Stockholm: Mareld.
- Tomm C. (1989). *Systemisk intervjumetodik*. Stockholm: Mareld.
- White M. Epston D. (2000). *Narrativ terapi*. Stockholm: Mareld.
- Övreeide H. (1998). *Samtal med barn*. Oslo: Höjskolförlaget.



## MODELLENS TEORETISKA GRUND

*iEvalu* / Integrerad utvärdering har en omfattande teoretisk bakgrund vilken här översiktligt sammanfattas genom kopplingar till berörda teoretiker samt med förslag på fördjupningslitteratur. Se även *Litteratur* ( föregående del)

### Metateoretiska värderingar

Man kan varken tänka, arbeta, forska eller utvärdera värderingsfritt. Det finns en ömsesidig påverkan mellan handling, teorier, forskning och bakomliggande metateoretiska värderingar gällande människosyn och ontologiska frågor om tillvarons natur, mening och förändring samt epistemologiska frågor om kunskapens ursprung och giltighet.

Ett urval av de många teoretiker och filosofer som haft betydelse för modellens grundsyn utgörs av Adorno, Allport, Asplund, Auerswald, Bateson, Becker, von Bertalanffy, Bettelheim, Boyer, Buber, Calder, Capra, Cooley, Cooper, Gluick, Foucault, Frankl, S.Freud, Fromm, Gailbraith, Hegel, Israel, Holgersson, Håkansson, Jung, Kastler, Kirkegaard, Koestler, Kuhn, Laing, Mathiesen, Mead, Naess, Ottomeyer, Parsons, Pirsig, Prygogine, Richter, Langer, Lasch, Lewin, Levi-Strauss, Liedman, Marcuse, Maslow, Sartre, Stierlin, Torold, Weber, Whitebread, Wittgenstein, von Wright m.fl.

*Börja läs:* Sandell, G. *Psykosocialt förändringsarbete* ( Del I )  
– med litteraturförteckning.

### Teorier om människors behov, samspel och förändring

I en utvärdering som integreras i välfärden och fokuserar på behov och förändring blir det väsentligt med teorier för den förståelse, inlevelse och kommunikation som krävs för utvärderingens behovsanalys i dialogform.

De viktigaste teoretiska inriktningar som sålunda återfinns i utvärderingens kontext är psykodynamisk utveckling enligt S Freud, A Freud, Klein, E Ericson, Cullberg mfl, objektrelationsutveckling enligt Mahler, Spitz, Winnicott mfl och kognitiv utveckling enligt Piaget och Vygotsky.

En bred systemteoretisk bakgrund har varit mycket väsentlig innefattande psykodynamiska, strategiska, strukturella, systemiska, kommunikativa, konstruktivistiska, nätverks, lösnings, narrativa etc riktningar med teoretiker som Ackerman, Andersen, Bateson, Boscolo, Ceccin, Boszormenyi-Nagy, de Shazer, Epston, Friedman, Gergen, Haley, Hoffman, Jackson, Maturana, McGoldrich, Minuchin, Mishler, Palazzoli, Satir, Sharff, Seik-kula, Stierlin, Watzlawick, Weakland, Whitaker, White, Wrangsjö, Währborg, mfl

*Börja läs:* Lundsbye, Sandell mfl : *Familjeterapins grunder*. samt Sandell *Psykosocialt förändringsarbete* – med litteraturförteckningar

## Vetenskapsteori, forsknings- och utvärderingsmetod

I en modell för utvärdering är det givetvis nödvändigt med ställningstaganden i allt från övergripande kunskaps- och vetenskapsteoretiska paradigmsfrågor via modell, design och forskarroll till konkreta metoder för kunskapsinsamling, aggregering, analys och resultatredovisning.

Bland vetenskapsteoretiker och forskare som fungerat som inspirationskällor i utvecklingen av modellen kan nämnas Armelius, Apel, Brante, Bogdan, Bärmark, Börjesson, Feyerabend, Gadamer, Habermas, Hessle, Horkheimer, Israel, Kahn, O.Karlsson, Kazi, Kerlinger, Kornreich, Kuhn, Köster, Langer, Levi-Strauss, Liedman, Lindholm, Lindström, Morén, G. Myrdal, Naess, Nygren, Pawson, Popper, Radnitzky, Ricoeur, Rieley, Rombach, Scriven, Smedslund, Sullivan, Swedner, Tilley, Törnebohm, Vedung, Westin, Whitehead, Wittgenstein, von Wright och Ödman.

*Börja läs:* Karlsson, O.: *Utvärdering – mer än metod* och Vedung, E.: *Utvärdering i politik och förvaltning* för översikt samt Sandell, G. : *Psykosocialt förändringsarbete* ( Del I o IV ) för introduktion i vetenskapsteori och forskningsmetod.

Litteraturlistorna i dessa tre böcker täcker i princip utvärderingsområdet i teoretisk bemärkelse.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell. Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9



## MODELLENS UTVECKLINGSPROCESS

### Upphov i samarbete på välfärdsfältet

Integrerad utvärdering har skapats i mångårigt samarbete på välfärdsfältet. Modellen har visserligen en upphovsman ( Göran Sandell, författare till den bok Du just läser ) - som genom alla år av utveckling har svarat för modellens grundidé, teori, metod, struktur, innehåll och utformning.

Den integrerade utvärderingen är emellertid inte en skrivbordsprodukt av någon enskild person. Tvärtom har modellen utvecklats i direkt samarbete med en stor mängd engagerade människor inom olika välfärdsverksamheter – både personal, verksamhetsansvariga och förtroendevalda.

Integrerad utvärdering är resultatet av alla dessa gemensamma ansträngningar. Det finns därför inte någon tanke eller något innehåll i modellen som inte har diskuterats på fältet och prövats i arbetet med berörda brukare. Nedan görs ett försök att beskriva denna mångfacetterade process.

### Modellens utveckling – ur upphovsmannens perspektiv

Min egen process startade någon gång i början på 70-talet då jag i olika fältarbeten med barn, ungdomar och familjer började fundera över varför vi inte hade bättre kunskaper om hur det gick i fortsättningen för dessa människor.

I slutet av 70-talet hade jag som psykolog inom socialtjänsten i Göteborg ansvar för utveckling och implementering av en modell för psykosocialt förändringsarbete med s.k. hemma-hos-arbete med 'multiproblemfamiljer', vilken efterhand fick spridning över landet. I engagemang för dessa familjer och för att öka förståelsen av förändringsarbetet, tog jag då initiativ till en utvärdering som undersökte faktiska förändringar inom olika områden i de berörda familjernas liv. Denna studie kom senare att ingå i min doktorsavhandling *Psykosocialt förändringsarbete* ( Sandell, Liber, 1985 ) där flera av utvärderingens grundtankar om förändringsarbete, vetenskapsteori och forskningsmetodik kan återfinnas.

Under tidigt 80-tal fick jag också möjligheten att medverka som forskarassistent i skapandet av den nya forskningsinstitutionen i socialt arbete vid Göteborgs universitet. Professor Harald Swedners tankar om aktörsparadigm i forskning och socialt förändringsarbete fick härvid stor betydelse för mig, då hans synsätt både bekräftade och fördjupade mitt eget perspektiv.

Under senare hälften av 80-talet var jag verksam som FoU-chef och medlem av förvaltningsledningen för den samlade socialtjänsten i Göteborg. Jag fick då möjligheten att genomföra ett *Forskningsprogram för behovs- och resultatanalys* (BRA) vilket involverade samtliga verksamhetsområden och stadsdelar i Göteborg och engagerade en rad forskare från fem olika universitetsinstitutioner i ett antal fleråriga projekt. I *FoU-policy för socialtjänsten* (Sandell, 1988) redovisar jag en generell policy för forskning inom socialtjänsten och i *Bra-programmet* (Sandell, 1988) utvecklas FoU-projektets tankar om hur utvärdering kan integreras i ordinarie välfärdsverksamheter

Erfarenheterna från BRA-programmet under 80-talet, med dess omfattande samarbete med personal inom barn-, äldre- och individ- och familjeomsorg, bildade grunden för den spridning av modellen till en mängd andra verksamheter och välfärdsområden som senare blev följden under hela 90-talet. På förfrågan från olika verksamheter har jag därefter i rollen som externkonsult haft förmånen att få genomföra en mängd FoU-utvärderingsprojekt inom en rad kommuner och landsting. Dessa utvärderingsprojekt har bl.a. omfattat utredning, ekonomi, barn/familj, vuxen, missbruk och flykting inom IoF, familjeterapi, hemma-hos-arbete, familjerådgivning, familjehemsplacering och institutionsbehandling av barn, familjer och vuxna, utredning och behandling i barn- och ungdomspsykiatri och inom habilitering / LSS samt försök i olika former inom skola, barn- och äldreomsorg.

I ett av dessa FoU-projekt (15-tal utrednings-/ behandlingsinstitutioner för barn, ungdom och vuxna inom Social verksamhet vid Bohuslandstinget) beskrevs modellen i mera lättillgänglig form: *Bedriver vi en effektiv verksamhet? - Behov, resultat och kvalitet i vård, omsorg och behandling.* (Sandell/Berglund, Kommentus, 1993). Svenska kommunförbundet gav ut skriften i bokform och spred den till beslutsfattare i landets alla kommuner.

En rad värdefulla erfarenheter och synpunkter från personal och brukare har erhållits genom alla dessa utvärderingsförsök. Det handlar om en stor mängd beslutsfattare, verksamhetsansvariga och personal från samtliga professioner inom det psykosociala området samt ett mycket stort antal brukare / klienter / patienter / omsorgstagare och familjer - som i olika former har medverkat och bidragit till modellens konkreta utformning inom olika verksamheter och tillämpningsområden.

Det är ur denna engagerade fälttillämpning och konstruktiva brukardialog som modellen för integrerad utvärdering har växt fram. Under denna process har modellen givetvis ställts inför en rad ifrågasättanden, utmaningar och problemställningar, vilket bidragit till att den verkligen representerar "beprövad erfarenhet" i betydelsen att den utvecklats och provats på fältet med en stor mängd brukare i en rad olika sammanhang.

Modellen har utvecklats mot bakgrund av olika kompletterande perspektiv.

Ett väsentligt utvecklingsperspektiv har utgjorts av min erfarenhet som psykoterapeut och processhandledare i utrednings- och behandlingsarbete med alla yrkeskategorier och inom samtliga verksamhetsområden på det psykosociala fältet ( kontinuerligt varje arbetsvecka i mer än 30 år ).

Viktiga intryck har också hämtats via ledning av en rad utvecklingsarbeten i olika välfärdsorganisationer gällande policy, strategi, målformulering, ledarutveckling etc. I mitten på 80-talet, som chefspsykolog (med ett 40-tal psykologmedarbetare) fick jag också ledningsansvaret för ett omfattande projekt gällande den samlade socialtjänsten i Göteborg ( med 24 000 personal ) benämnt *Policy för en ny förvaltningskultur* ( Sandell, 1986).

Denna kontinuerliga 30-åriga koppling till fältet i olika roller på olika nivåer har samtidigt gjort det möjligt att fortlöpande kunna stämma av den professionella personalens syn på vilka kunskaper man har nytta av, både i arbetet med brukarnas livssituation, behov och förändring och gällande verksamhetens utveckling - utan att personalen har behövt koppla sina synpunkter till en av mig utvecklad och implementerad specifik utvärderingsmodell

Ett annat viktigt utvecklingsperspektiv till modellen härrör från att jag sedan 70-talet har varit verksam i olika roller vid Göteborgs universitet. Här har jag främst arbetat med undervisning och examination inom psykolog-, socionom-, magister-, handledar- och forskarutbildning, haft kursansvar för uppdragsutbildning i utvärdering, kvalitetsutveckling och psykoterapi samt varit handledare och examinator av några hundra uppsatser på olika nivåer. Sedan år 2000 är jag programansvarig och examinator för universitets legitimeringsgrundande psykoterapiprogram i systemteoretisk familjeterapi.

Som forskare och medlem, under drygt tio år, i Samhällsmedicinska expertrådet i Göteborg, medverkade jag också i fem folkhälsorapporter med ett eget primärt fokus på sociala problem, psykisk ohälsa och segregation.

Kopplingen till forskning och akademi har inneburit att modellen, både direkt och indirekt, har utsatts för vetenskaplig reflektion och jämförelser med andra nationella och internationella synsätt och metoder. Sammantaget har detta gett en allsidig belysning och konstruktiv kritik, vilken säkerligen bidragit till att både modellen och jag själv har fått en ökad säkerhet och stabilitet i grundsyn, teori, metod och implementering.

Under modellens mer än 20-åriga utvecklingstid har en intensiv internationell metodutveckling ägt rum och mängd ny vetenskaplig litteratur har skrivits inom områden som evaluation och evidence.

Ändå saknats det fortfarande beskrivningar av någon annan modell för ”integrerad” utvärdering - i bemärkelsen att denna byggs in i och ”ägs” av ordinarie välfärdsverksamhet och utförs av den professionella personalen i dialog med berörda människor. Utvecklingsprocessen har därför i mycket fått karaktären av ett utmanande och inspirerande pionjärbete där mycket har fått upptäckas och genomtänkas på egen hand och ibland fått prövats för första gången inom utvärderingsarbete i välfärdsverksamheter – en inte precis problemfri men mycket spännande och engagerande process.

På senare år har statsmakter och centrala tillsynsorgan gett uttryck för ett ökat och offensivt intresse för utvärdering och kvalitetsutveckling inom välfärdens olika verksamheter. Efterhand har detta kommit till uttryck både i lagstiftning, i tillskapande av forskningsorgan och internationella samarbeten med denna inriktning samt i olika projekt under beteckningar som kunskapsbaserad välfärd, evidensbaserad praktik, kvalitetssäkring etc. Förhoppningsvis kommer denna positiva utveckling på sikt alltmer att också involvera de berörda brukarna och den professionella välfärdspersonalen.

## IT-stöd, patent och samarbete med Tieto-koncernen

I utvecklingsarbetet med den integrerade utvärderingen ökade efterhand kraven på engagemang även inom några andra utvecklingsområden som angränsade till modellen – som dokumentation och aggregering genom IT-stöd och integritetsskydd vid datoranvändning.

Det visade sig nämligen i många av modellens FoU-projekt att den engagerade personalen ofta upplevde kunskapsinsamlingen genom strukturerade dialogintervjuer med brukarna i det ordinarie arbetet, som både utvecklande för behandlingsrelationen och inte alltför tidskrävande att genomföra. Efter viss undervisning, verksamhetsanpassning och enkla pilotprojekt där modellen provades i möten med berörda brukare, kunde den professionella personalen oftast utan större svårigheter genomföra kunskapsinsamlingen i dialogform i sitt ordinarie arbete med ’sina egna’ klienter.

Däremot var det nästan alltid bekymmer med aggregeringen dvs sammanställningen av alla enskilda ärenden till gruppnivå, så att man kunde våga dra mer generaliserbara slutsatser ur de erhållna kunskaperna.

I volymmässigt små verksamheter, som behandlingsinstitutioner med ett begränsat antal vårdplatser, var detta ändå relativt genomförbart.

I omfattande och diversifierade verksamheter, som exempelvis individ- och familjeomsorgen eller barn- och ungdomspsykiatri i en hel kommun, var det dock så gott som alltid både organisatoriskt besvärligt och tidskrävande.

Om man dessutom inte på förhand kunde bestämma vilka specifika målgrupper som skulle analyseras, blev aggregeringsprocessen ofta mycket komplicerad och tidskrävande.

Efterhand blev det därför nödvändigt att försöka utveckla ett dataprogram till modellen som dels kunde dokumentera dialogintervjuerna med brukarna dels underlätta bildande av olika målgrupper och aggregering av alla data i enskilda ärenden till dessa målgrupper, dels under integritetsskydd, smidigt, översiktligt och förståeligt kunde presentera utvärderingens resultat.

Med egen start på 80-talet och under senare hälften av 90-talet i samarbete med Georg Lappas ( matematisk statistiker inom samhällsmedicin) har mycket tid och energi lagts på att utveckla ett användarvänligt datoriserat stöd, som både kan *Dokumentera intervju* och *Analysera resultat* - och även i denna process har en rad synpunkter inhämtats från olika fältverksamheter.

Ett annat kompletterande utvecklingsarbete, vilket för egen del pågått sedan början av 80-talet, har haft ambitionen att försöka skapa en generell modell för *multidimensionell mönsteranalys*.

I komplexa välfärdsverksamheter som psykosocialt förändringsarbete, samhällsmedicin och folkhälsoarbete, med många ömsesidigt påverkande mönster av kontext, bakgrundsvariabler, orsaker, insatser och effekter, finns inga entydiga och lineära orsak-verkan-samband. Analys av dessa mångdimensionella och cirkulära strukturer och processer över och mellan nivåer, måste därför, enligt min uppfattning, principiellt ske genom att försöka finna övergripande mönster av samvariationer - som kan ge s.k. analytiska generaliseringar som 'förklaringar på metanivå'.

Av dessa skäl har jag utvecklat en generell modell och metodik för multidimensionell mönsteranalys och genomfört sådana undersökningar - folkhälso rapporten *Göteborgarnas psykiska ohälsa* (Sandell / Samhällsmedicinska expertrådet, 1995), *Könsköparna* (Sandell et al. N&K,1996 ) samt *Kriminalvårdsprojektet* ( vid Maria ungdom / Stockholm stad, 1998).

I en internationell patentansökan sammanförde jag de båda modellerna för multidimensionell mönsteranalys och integrerad utvärdering i en gemensam IT-tillämpning – för vilken jag erhöll patenträttigheter i USA ( till år 2020 ).

År 2001 slöts ett samarbetsavtal med TietoEnator - numera Tieto-koncernen, gällande tillämpning och gemensam vidareutveckling av den integrerade utvärderingens IT-stöd, med följande ägar- och rollfördelning:

- Som modellens upphovsman har jag copyright på modellen och alla texter samt ansvarar för 'FoU-support' i utvärdering och kvalitetsutveckling.
- Analysity AB ( helägt av mig ) äger modellens patent och varumärke.
- Tieto Healthcare and Welfare AB äger IT-stödet med program, databas, mönsterskydd, källkod och ansvarar för kapacitet, funktionalitet, säkerhet integritet, integration med övrigt IT-stöd samt försäljning och IT-support.
- Utvecklingsarbete med IT-stödets dokumentation, aggregering, resultatpresentation, information etc, fortsätter kontinuerligt och gemensamt.

## Inspiratörer och eldsjälur

Modellen för integrerad utvärdering har således utvecklats i en mångårig och mångfacetterad process där en mängd brukare och intresserade välfärdsarbetare, chefer och politiker i olika verksamheter inom kommuner och landsting i någon form har mött och engagerat sig i modellen. För detta är jag mycket tacksam och vill härmed kollektivt erkänna och varmt tacka Er alla som engagerat Er med synpunkter, i faktiska dialogintervjuer med berörda brukare och i resultatanalyser med arbetskamrater samt berörda politiker och förvaltningsledningar vilka oftast fungerat som initiativtagare. Några personer bör särskilt nämnas för sitt engagemang i modellens ideologi och villighet att driva processen i sina respektive verksamheter.

Som upphovsman och vetenskaplig ledare av BRA- programmet i Göteborg fick jag speciellt stöd av socialnämndens ordförande Ingela Tuvegran och socialdirektör Ivan Ottoson samt av professorerna Harald Swedner (socialt arbete), Bengt Rundblad (sociologi) och Håkan Törnebohm (vetenskapsteori) och av de i programmet engagerade forskarna Per-Åke Karlsson, Bengt Eriksson, Bo G Eriksson, Lars Gunnarsson, Göran Lassbo, Ingela Thylefors, Anders Pousette och Jan Bärmark samt av utvecklingschef Barbro Mellgren som samordnade BRA-programmets projekt inom IFO.

I de mångåriga FoU-projekten inom olika välfärdsverksamheter har vissa personer särskilt utmärkt sig för att ha brutit ny mark och försvarat den brukartillvända ideologin. Monica Berglund, då chef för Social verksamhet med ett 15-tal behandlingsinstitutioner inom Bohuslandstinget, Marita Sundberg, då chef för samlade vuxenhabiliteringen i Värmlands län, Karin Alexandersson, då ansvarig för flera verksamheter i socialtjänsten i Falun, numera Dalarnas forskningsråd, Britt-Marie Svahn, då IFO-chef i Heby kommun, nu Uppsala läns kommunförbund i samarbete med den FoU-engagerade Lena Chirico, Eva Pedersen-Wallin vid IFO i Södertälje, då ordförande för SSRs yrkesråd, Tommy Lundberg, då nytänkande IFO-chef i Strängnäs, Birgit Rune, chef för barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm,

( Karolinska, Danderyd, St Görans m.fl) och Viveka Feldt, då chef för den sociala verksamheten vid Maria ungdom, Stockholm.

Georg Lappas, matematisk statistiker i samhällsmedicin, måste speciellt berömmas för kreativ envishet i vårt mångåriga gemensamma slit framför dataskärmar vid utvecklingen av prototypen för modellens dataprogram

Bland utvärderingskunniga kollegor vid Göteborgs universitet har särskilt Tom Leissner gett konstruktiv kritik. Möten med Karin Tengvald vid IMS / Socialstyrelsen och Evert Vedung, Uppsala universitet har också gett intressanta reflektioner. Ett ytterligare breddat kontaktnät till utvärdering inom olika nationella och internationella samhällsområden har jag på senare år fått via medlemskap och styrelsearbete i Svensk Utvärderingsförening / SVUF.

Internationellt har jag främst hämtat inspiration från mitt mångåriga engagemang inom 'Systems in transition' ( NGO-status i FN) och i världsorganisationen IFTA / International Family Therapy Association bl.a. med styrelsearbete i 10 år och talare vid årliga världskonferenser. Detta har lett till personliga kontakter genom åren med systemteoretiker som Virginia Satir, Dick Auerswald, Salvador Minuchin, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo, Mary Bateson, Helm Stierlin, Lynn Hoffman, Raymundo Macias, Judith Landau, Duncan Stanton, Alexander Shapiro, Wencke Seltzer, Tom Andersen, Håkon Hortveit, Björn Wrangsjö, Peter Währborg, m.fl.

De kreativa och välfärdsengagerade, huvudansvariga för utvecklingen av modellens IT-stöd inom Tieto-koncernen har givetvis varit väldigt viktiga alltsedan vårt samarbete drog igång – främst Johnny Sandström, produktägare, Leif Danielsson, systemkonstruktör, Christian Lindqvist och Marie Söderholm, affärsansvariga, samt de kompetenta TE-konsulterna Lena Rosengren, Krister Törnqvist, Christer Johansson och Monica Larsson.

Användningen av detta IT-stöd har i sin tur inspirerat nya drivande eldsjälar i en rad kommuner - som Ingela Bernholtz, Kristianstad, Peter Engberg, Enköping, Lennart Jönck, Vantör, Jens Samuelsson, Kinda, Hanna Bjerman, Gotland, Maria Olsson, Varberg, Inger Karlberg, Haninge, m.fl.

Slutligen är givetvis denna utvärderingsmodell helt beroende av alla de engagerade välfärdsarbetare som i dialog med brukarna har integrerat denna utvärdering i sitt dagliga arbete. Varmt tack allihop.

*iEvalu* / Integrerad utvärdering™ / ©Göran Sandell. Analysity®

ISBN 978-91-633-5419-9