

# Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016

Kommunala enhetschefer om EBP under ett  
decennium

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2017-9-9

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2017

# Förord

Årligen får cirka 900 000 personer insatser inom ramen för socialtjänsten. I den statliga utredningen Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren anges att det långsiktiga målet ska vara att utveckla en evidensbaserad praktik för socialtjänsten [1]. Som ett led i detta har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under flera år tecknat överenskommelser om att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten [2].

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvist urval verksamhetschefer inom individ och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Cheferna får bland annat besvara frågor om användningen av evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder. Studien har tidigare genomförts 2007, 2010 och 2013 [3-5]. I den här rapporten presenteras resultaten från 2016.

Utfallet från undersökningen ligger bland annat till grund för framtagande av nya besluts- och metodstöd för socialtjänsten men kan även med fördel läsas av verksamma inom socialtjänsten.

Ansvariga för studien är Ulrika Bergström och Ulf Jonsson, enheten för kunskapsutveckling.

Nils Stenström

Enhetschef

Enheten för kunskapsutveckling

Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	9
Syftet med undersökningen .....	10
Genomförande .....	11
Andel svarande .....	11
De undersökta cheferna 2016 .....	12
Inställningen till evidensbaserad praktik .....	13
Intresset för en evidensbaserad praktik .....	13
Upplevt behov av nya metoder .....	13
Krav för att införa nya evidensbaserade insatser .....	15
Användning av kunskap .....	16
Vägar att söka kunskap .....	16
Användning av Socialstyrelsens publikationer .....	17
Specifika publikationer till sakområden .....	18
Användning av standardiserade bedömningsmetoder .....	21
Användning av "evidensbaserade" insatser .....	25
Slutsatser och diskussion .....	28
Tillförlitlighet .....	31
Referenser .....	33



# Sammanfattning

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning om evidensbaserad praktik riktad till ett slumpvist urval verksamhetschefer inom individ och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Undersökningen har tidigare genomförts 2007, 2010 och 2013. Den senaste undersökningen genomfördes hösten 2016 och omfattar svar från 815 chefer (svarsfrekvens 82 procent). Resultaten visar att:

- Andelen av cheferna som är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik har ökat från 68 (2007) till 77 procent (2013) och sedan legat stabil (75 procent 2016).
- Användningen av standardiserade bedömningsmetoder har ökat från 63 (2007) till 76 procent (2016).
- Användningen av standardiserade bedömningsmetoder inom sakområdet våld i nära relationer har ökat markant sedan 2010 från 12 procent till 77 procent 2016. Den största ökningen står bedömningsmetoden FREDA för.
- Tre av fyra chefer uppgav att de använde standardiserade bedömningsmetoder inom missbruk och beroende och i störst utsträckning används ASI (Addiction Severity Index) där användningen varit stabil sedan 2013.
- Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde ”evidensbaserade” insatser är generellt sett oförändrad, cirka 20 procent vid alla undersökningstillfällen (19 procent 2016). Däremot har det skett en halvering av användningen av ”evidensbaserade” insatser för barn och unga under de senaste tre åren.
- Rekommendationer från statliga myndigheter, som exempelvis Socialstyrelsen, och från Sveriges kommuner och landsting, betraktades som viktiga för att införa nya evidensbaserade insatser. Rekommendationer från forskare och brukarorganisationer uppfattades däremot som mindre viktiga.
- 96 procent av cheferna använder Socialstyrelsens hemsida för att söka efter forskning och en alltmer ökande andel (en fördubbling sedan senaste mätningen) besöker Kunskapsguiden i samma syfte.
- Mer än hälften till två tredjedelar av cheferna uppgav att deras verksamheter använder Socialstyrelsens handböcker i sitt arbete.
- Cheferna har över tid blivit mer intresserade av att ta del av forskningsrön, oberoende av medium. De främsta kanalerna för detta är webbplatser, konferenser och föreläsningar.
- En minoritet av cheferna ansåg att deras medarbetare hade tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva ett evidensbaserat arbete. Exempelvis var det endast 10 procent av cheferna som bedömde att personalen hade tillräcklig kunskap för att söka efter vetenskaplig evidens om insatsers effekter och ännu färre, 6 procent av personalen, som hade tillräcklig kunskap för att värdera evidens. Vidare var det bara en fjärdedel av cheferna som bedömde att deras personal kunde använda standardiserade bedömningsmetoder och systematiskt följa upp utfallet av insatser.

Sökord – Evidensbaserade insatser, standardiserade bedömningsmetoder, socialtjänst



# Inledning

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvist urval verksamhetschefer inom individ och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Cheferna får bland annat besvara frågor om användningen av evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder.

Evidensbaserad praktik har definierats som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder (insatser, metoder) till enskilda personer, kompletterad med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål”[6]. Evidensbaserad praktik kan beskrivas i form av fyra överlappande cirklar (figur 1), där den professionella kompetensen integrerar de olika kunskapskällorna i dialog med den berörda personen (patienten, klienten) och där beslutsgrunderna redovisas öppet [7]. Det är i skärningsfältet mellan dessa fyra informationskällor som den evidensbaserade praktiken finns.

**Figur 1. Den evidensbaserade beslutsprocessen [8]**



I en evidensbaserad praktik har den professionelle en central roll. Arbetet brukar beskrivas i form av fem steg. Det första steget innebär att den professionelle identifierar personens problematik (t.ex. genom att använda bedömningsmetoder) och formulerar behovet av information till en fråga som går att besvara. I det andra steget söks efter bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan. Steg tre innebär att värdera den kunskap som finns med tanke på dess vetenskapliga tillförlitlighet och användbarhet. I steg fyra integrerar den professionelle denna kunskap med den berörda personens unika förutsättningar och önskemål samt balanserar och integrerar all information i beslutsfattandet. I det femte steget sker uppföljning av personen och fyra föregående stegen utvärderas i syfte att förbättra arbetet. Möjligheterna att genomföra en evidensbaserad praktik inom svensk socialtjänst beror således

till viss del på hur de yrkesverksamma inom socialtjänsten ser på kunskap, forskning och metoder.

Kring millenniumskiftet genomfördes en enkätundersökning riktad till socialarbetare, där många var tveksamma till att använda forskningsbaserade insatser och systematiska och standardiserade bedömningsinstrument [9]. Enkätsvaren visade också att relativt få läste vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur inom ämnet. Resultat från liknande undersökningar av andra forskare från senare tid visar dock att en förändring har skett [10, 11]. Idag är en majoritet av socialarbetarna positivt inställda till en evidensbaserad praktik och fler uppger att de läser facklitteratur regelbundet [5].

Införandet av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten i Sverige är ett långsiktigt förändringsarbete. Forskning har visat att det i allmänhet tar mellan två och fyra år innan det nya har integrerats och blivit en del av det reguljära arbetet [12].

Att förändra en verksamhet tar alltså tid. Chefer är en central grupp i praktiskt förändringsarbete; om deras budget, personal och verksamhetsansvariga inte stödjer förändringsarbetet är risken stor att förändringsarbetet avbryts i förtid. Tidigare studier om yrkesverksammas syn på kunskap, forskning och metoder har i huvudsak riktat sig till socialsekreterare, behandlare och fältassistenter. Vid tre tidigare tillfällen, hösten 2007, 2010 respektive 2013, har en representativ grupp kommunala enhetschefer inom individ och familjeomsorg samt omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar fått besvara en enkät om evidensbaserad praktik. Bortsett för små förändringar har samma enkät använts vid samtliga tillfällen. Förutom att studera enhetschefernas attityd är syftet också att undersöka i vilken utsträckning socialtjänsten använder standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser i klientarbetet. Tidiga kartläggningar av använda metoder inom socialtjänsten har i huvudsak fokuserat på metodanvändning inom individ och familjeomsorg [13, 14]. Denna longitudinella studie ökar de tidigare kunskaperna på området genom att även inkludera området äldre och funktionshinderomsorg.

## Syftet med undersökningen

Undersökningen syftar till att följa upp intresset för och utvecklandet av en evidensbaserad praktik över tid. Ytterligare ett syfte är att undersöka socialtjänstens behov av ny kunskap och användning av den kunskap, de stöd och tjänster som Socialstyrelsen redan tillhandahåller (t.ex. rapporter, informationstjänster som t.ex. Metodguiden för socialtjänsten, Nationella riktlinjer etc.) för att implementera ett evidensbaserat arbete. Resultatet ligger bland annat till grund för framtagande av nya besluts- och metodstöd för socialtjänsten, nya beskrivningar och granskningar i Metodguiden men även för att belysa behovet av olika stöd, ny kunskap etc. hos kommunerna.

Rapporten riktar sig i första hand internt till verksamma inom Socialstyrelsen men även till socialtjänst; chefer, utvecklingsledare på kommunal och regional nivå men kan också användas av andra professioner.

# Genomförande

Hösten 2007, 2010, 2013 samt 2016 sändes en elektronisk enkät till ett urval av kommunalt anställda chefer inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Enkäterna sändes både till chefer inom individ och familjeomsorgen (IFO) och till chefer inom området äldre och funktionshinderomsorg (ÄFO) som hade ansvar för biståndsbedömning och myndighetsutövning eller motsvarande. Chefer för boenden och liknande ingick inte i studierna. Det frågeformulär som använts omfattade frågor om bland annat chefernas inställning till en evidensbaserad praktik samt i vilken utsträckning enheterna använder evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsinstrument.

Studierna genomfördes som en urvalsundersökning, där de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö delades upp i de stads- och kommundelar som kommunerna själva använder i administrativa sammanhang. Tillsammans med de övriga 287 kommunerna blev det totalt 332 kommuner och kommundelar. Eftersom det är tidskrävande att identifiera namn och elektronisk adress till cheferna valdes 210 kommuner eller kommundelar (63 procent) ut genom ett obundet slumpurval. Urvalet av kommuner och kommundelar var detsamma för IFO och ÄFO. Undersökningarna bygger på samma urval av kommuner vid alla fyra undersökningstillfällena med några undantag. Storstädernas stads- och kommundelar har sedan 2007 förändrats i antal genom omorganisationer vilket innebär ett tiotal färre i de senare undersökningarna. Ett tiotal av de ursprungliga kommunerna har aldrig besvarat enkäten och har av det skälet uteslutits ur undersökningspopulationen. 2016 skickades enkäten ut till 198 kommuner och kommundelar<sup>1</sup>.

I varje utvald kommun och kommundel valdes alla chefer med verksamhets-, budget och/eller personalansvar. Förfrågan om e-postadresser skickades till de utvalda kommunerna i början på maj–juni 2007, 2010, 2013 och 2016. Med hjälp av telefonkompletteringar fanns adresser från alla kommuner i slutet av augusti och frågeformulären skickades ut i slutet av september respektive år. Ett fåtal felaktiga adresser kunde identifieras samt ett litet antal chefer som hunnit sluta mellan adressinhämtning och utskicket. De felaktiga adresserna rättades och ett kompletterande utskick gjordes. Efter det första utskicket sändes fem påminnelser (2007 och 2016) respektive fyra (2010 och 2013). Insamlingsarbetet avslutades i början av december vid samtliga tillfällen.

## Andel svarande

År 2007 sändes enkäten till 953 chefer, varav 834 besvarade den (88 procent). År 2010 sändes enkäten till 919 chefer och den besvarades av 745 (81 procent). År 2013 tillsändes 1 034 chefer enkäten och 839 (81 procent) be-

---

<sup>1</sup> Motsvarar 62 procent av kommuner och storstädernas kommundelar, som 2016 var 319.

svarade den och 2016 998 chefer och 815 (82 procent) besvarade den. Att antalet chefer som tillsänts enkäten varierar kan bland annat förklaras av omorganisationer inom kommunerna.

För 2010 gjordes en närmare analys av bortfallet. Då fanns inte någon säkerställd skillnad i bortfall mellan olika kommuntyper<sup>2</sup>. Orsaken till bortfallet är okänd men det kan exempelvis handla om långtidssjukskrivna personer, chefer som har slutat eller tidsbrist.

## De undersökta cheferna 2016

Av de undersökta cheferna år 2016 var 84 procent kvinnor. En majoritet (74 procent) hade ansvar för mer än ett verksamhetsområde. Det genomsnittliga antalet sakområden som cheferna ansvarade för var 2,76 (sd = 1,79); 83 procent hade minst fyra sakområden. Det var 48 procent som enbart ansvarade för IFO, 26 procent som enbart ansvarade för ÄFO och 26 procent som ansvarade för både IFO/ÄFO.

De vanligaste sakområdena var ungefär desamma vid de fyra undersökningstillfällena (tabell 1).

**Tabell 1. Verksamhetsområden som cheferna ansvarade för (procent).**

Verksamhetsområde	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Barn och ungdomar	49	47	43	42
Personer med försörjningsstöd	32	28	27	27
Personer med missbruksproblem	32	28	27	31
Personer med funktionsnedsättningar	54	51	48	42
Hemlöshet <sup>3</sup>	1	31	26	28
Våld <sup>4</sup>	–	35	34	38
Äldre	29	37	39	32
Flykting/asylsökande <sup>5</sup>	–	–	–	27

I mer än hälften av fallen (59 procent) hade cheferna en socionomutbildning (IFO = 79 procent, ÄFO = 28 procent och gruppen med både IFO/ÄFO = 54 procent)<sup>6</sup>. En magisterexamen eller högre hade 14 procent av cheferna. Tre hade en licentiatexamen och två av de 815 cheferna hade en doktorsexamen.

I genomsnitt hade cheferna varit chefer inom sina nuvarande verksamhetsområden i åtta år, med en variation på mindre än ett år till 40 år. Två tredjedelar (66 procent) hade varit chef i mindre än tio år. Så gott som alla hade ansvar för verksamhet (92 procent), budget (94 procent) och personal (99 procent). Antalet anställda som cheferna hade personalansvar för varierade mycket; från tre personer till 420 personer. I genomsnitt handlade det om 23 personer.

I 2007 års undersökning specificerades inte sakområdet

<sup>2</sup>  $\chi^2(8) = 12,14, p > .05$

<sup>3</sup> I 2007 års undersökning specificerades inte sakområdet hemlöshet. Trots det angav en person att den arbetade med det området.

<sup>4</sup> I 2007 års undersökning specificerades inte sakområdet våld i nära relationer. Trots det angav tio chefer att de arbetade med den frågan.

<sup>5</sup> I 2016 års undersökning lades flykting/asylsökande till som specifikt sakområde.

<sup>6</sup> Från 2016 är angivet  $\chi^2 152,04 p > .001$

# Inställningen till evidensbaserad praktik

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de berörda är positiva till förhållningssättet [12]. Här redovisas i tur och ordning enhetschefernas svar på hur de upplevde intresset för en evidensbaserad praktik på sina arbetsplatser. Vidare vad de ansåg om behovet av nya metoder, vad de själva trodde att det krävs för att nya evidensbaserade insatser ska kunna införas på deras enheter samt vilka källor de använder för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt arbetsområde.

## Intresset för en evidensbaserad praktik

Andelen chefer som var påtagligt intresserade är densamma sedan 2010 (tabell 2). Endast ett fåtal (nio, två, en respektive en chef) var direkt ointresserade. Andelen som upplevde ett stort intresse för en evidensbaserad praktik från medarbetare och chefskollegor ökade också över tid och är stabilt fram till 2016.

Det upplevda intresset från nämndpolitiker var generellt sätt lägre och som lägst 2016.

Majoriteten av cheferna uppgav att de behövde mer kunskap om evidensbaserad praktik (61 procent) och om hur man implementerar nya metoder och/eller arbetssätt (75 procent). Behoven har minskat med ca 5 procentenheter sedan 2013.

**Tabell 2. Andel (procent) med ett påtagligt intresse för evidensbaserad praktik på arbetsplatsen**

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Hos mig själv	68	72	77	75
Bland medarbetare på min enhet	36	42	44	44
Bland chefskollegor	40	48	55	48
Bland nämndpolitiker	19	26	24	16

## Upplevt behov av nya metoder

En majoritet av cheferna ansåg att det behövs nya metoder för att utvärdera personalens arbete och mer än hälften ansåg också att det fanns ett klart behov av nya metoder för verksamhetsuppföljning (tabell 3). En minoritet (11–21 procent) svarade nej på frågorna. Även om det fortfarande är många som upplever ett behov av nya metoder (gäller både metoder att bedöma klienters behov och behandlingsmetoder) finns det en trend mot att behovet minskar över tid.

Cheferna för ÄFO upplevde i något mindre utsträckning att det fanns ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten (46 procent) eller nya behandlingsmetoder för vård och omsorgstagare (27 procent). Bland cheferna

för IFO upplevde 59 procent ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten och 43 procent ett behov nya behandlingsmetoder för vård och omsorgstagare. För de chefer som ansvarade för både IFO och ÄFO var motsvarande siffror 59 respektive 37 procent.

**Tabell 3. Andel (procent) chefer som ansåg att det fanns behov av nya metoder för att:**

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Utvärdera personalens arbete	75	70	65	60
Bedöma klienters behov	66	52	48	43
Nya metoder för verksamhetsuppföljning	56	66	61	57
Nya behandlingsmetoder	53	46	43	39

Att arbeta evidensbaserat innebär att man följer en process: Steg 1. Omvandla information till en fråga som går att besvara. Steg 2. Söka bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan. Steg 3. Värdera den kunskap som finns utifrån dess vetenskapliga tillförlitlighet och användbarhet. Steg 4. Integrera den kritiska värderingen med den egna professionella kompetensen och den berörda personens unika förutsättningar och önskemål. Steg 5. Utvärdera de fyra föregående stegen och individuell uppföljning. Cheferna fick 2013 och 2016 besvara frågor om huruvida de ansåg att deras medarbetare hade tillräcklig kunskap om centrala delar i en evidensbaserat praktik<sup>7</sup>. Svartalternativen var ”otillräcklig kunskap”, ”viss kunskap”, ”tillräcklig kunskap” samt ”ej relevant”. I tabell 4 redovisas andelen chefer som upplevde att medarbetarna hade tillräcklig kunskap.

I samtliga fall ansåg cheferna att det fanns brister. Bäst kunskap ansåg de att personalen hade om hur man involverar den berörda personen i utredningen (52 procent). Störst problem såg de i medarbetarnas kunskap om att söka vetenskaplig evidens om insatsers effekter (11 procent) samt om att värdera evidens (6 procent). De såg också stora brister i kunskap om att använda standardiserade bedömningsmetoder (25 procent), att informera personen om förväntade positiva/negativa effekter av möjliga alternativa insatser (20 procent) samt om att följa upp fattade beslut (24 procent).

**Tabell 4. Andel chefer (procent) som uppgav att medarbetarna hade tillräckliga kunskaper om:**

	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Risk och skyddsfaktorer (steg 1)	40	40
Använda standardiserade bedömningsmetoder (steg 1)	21	25
Involvera personen i utredningen (steg 1)	55	52
Söka vetenskaplig evidens om insatsers effekter (steg 2)	11	10
Värdera kvaliteten på evidens (steg 3)	6	6
Informera personen om förväntade positiva/negativa effekter (steg 4)	21	20
Fatta beslut tillsammans med personen (steg 4)	46	45
Systematisk följa upp insatser (steg 5)	22	24

<sup>7</sup> Dessa frågor har inte ställts 2007 och 2010.

## Krav för att införa nya evidensbaserade insatser

Cheferna fäste störst avseende vid statliga myndigheters rekommendationer (t.ex. Socialstyrelsen), rekommendationer från SKL (svarsalternativet saknades i enkäten 2007), krav från överordnade chefer samt ett tydligt intresse från medarbetarna (tabell 5). Minst avseende fäste man vid krav från brukarorganisationer samt rekommendationer från internationella forskare och forskare på socialhögskolor. Chefernas svar var relativt stabila över tid.

**Tabell 5. Vad tror du krävs för att införa nya evidensbaserade insatser på din arbetsplats? (Andel (procent) som gav svaret "mycket viktigt")**

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Tydlig rekommendation från statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen eller länsstyrelsen)	59	59	56	59
Tydlig rekommendation från SKL	–	52	54	52
Uttalat krav från överordnad chef	54	48	44	42
Tydligt intresse från medarbetarna	52	40	40	38
Uttalat krav från nämndpolitiker	35	37	35	33
Uttalat krav från riksdagspolitiker	24	32	33	29
Tydlig rekommendation från forsknings och utvecklingsenheter	–	28	31	23
Tydlig rekommendation från forskare på socialhögskolor	23	28	28	22
Tydlig rekommendation från andra forskare	21	22	22	15
Uttalat krav från brukarorganisationer	17	12	15	10

# Användning av kunskap

## Vägar att söka kunskap

En central del i en evidensbaserad praktik är att de professionella har kunskap om bästa tillgängliga kunskap, exempelvis via vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur. 13 procent av cheferna uppgav att de sällan eller aldrig sökte information om aktuell forskning och det huvudsakliga skälet till detta var tidsbrist. De flesta av cheferna uppgav att de ofta eller ibland sökte information om forskning för sitt arbetsområde (tabell 6). Som framgår av tabellen var en trend över tid att allt flera sökte kunskap via webbsidor (en ökning med 30 procentenheter mellan 2007 och 2016), webbaserade utbildningar (en ökning med 29 procentenheter sedan 2010) kollegor (20 procentenheter), konferenser och föreläsningar (en ökning med 18 procentenheter), facktidskrifter (en ökning med 18 procentenheter), interna kurser (en ökning med 8 procentenheter). Andelen som uppgav att de läste vetenskapliga tidskrifter var densamma 2016 som 2010, vilket innebär att åtta av tio chefer inte läste vetenskapliga tidskrifter. Dock har det skett en ökning sedan första mättillfället 2007 då endast 3 procent uppgav att de sökte forskning via vetenskapliga tidskrifter.

**Tabell 6. Vilka källor som cheferna använt det senaste året för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt arbetsområde (procent)**

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Webbplatser	53	72	79	83
Konferenser och föreläsningar	59	76	79	77
Facktidskrifter (t.ex. Socionomen, Äldre i centrum)	53	72	77	71
Kollegor	49	62	67	69
Kortare forskningsrapporter eller sammanfattningar	51	55	57	53
Interna kurser, studiecirklar, seminarier/konferenser eller liknande	31	39	14	38
Böcker eller längre forskningsrapporter	31	55	39	36
Andra externa kurser, studiecirklar, seminarier/konferenser eller liknande	27	30	29	24
Vetenskapliga tidskrifter	3	19	17	18
Chefsutbildning anordnad av Socialstyrelsen <sup>8</sup>	6	10	15	11
Webbaserade utbildningar <sup>9</sup>	–	3	13	32
Nedladdningsbara ljudfiler eller dylikt	0	<1	7	7

De flesta av cheferna hade besökt en eller flera webbsidor som är riktade till socialtjänsten (tabell 7). I topp låg Socialstyrelsens hemsida och i botten webbsidor tillhörande internationella organisationer som sprider kunskap om

<sup>8</sup> År 2007 frågades efter chefsutbildning från Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).

<sup>9</sup> Webbaserade utbildningar fanns inte med som ett svarsalternativ år 2007.



systematiska översikter. Det har skett en fördubbling av andelen (från 18 till 40 procent) som använder Kunskapsguiden i syfte att söka efter forskning och en kraftig minskning av Socialvetenskap<sup>10</sup>. Övriga resultat är relativt stabila över tid.

**Tabell 7. Vilka webbsidor använder du för att ta del av aktuella forskningsrön? (procent)**

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)
Socialstyrelsen	–	87	88	96
Kunskapsguiden	–	–	18	40
Sociala nätet	40	31	38	37
FoU-Välfärd	–	32	30	36
Andra myndigheter än Socialstyrelsen	–	24	23	28
Universitet och högskolor	–	24	26	25
SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	–	–	–	10
JP infonet	–	4	5	4
Socialvetenskap	23	14	12	9
Sveriges kommuner och landsting	–	3	5	3
Olika FoU-enheter	–	1	2	1
Campbell Collaboration, Cochrane Collaboration, SFI	2	1	<1	<1

## Användning av Socialstyrelsens publikationer

År 2016 fick cheferna besvara frågor om hur väl de kände till en rad av Socialstyrelsens produkter (publikationer och webbutbildningar) som knyter an till socialtjänstens arbete. Några av produkterna har skapats eller tagits fram före 2013, t.ex. Metodguiden, Med målet i sikte (MOS), implementeringsstöden etc. medan majoriteten av produkterna har publicerats från 2014 och framåt.

Det var relativt liten andel chefer, med ett undantag, som uppgav att de tagit del av eller använt någon av de webbsidor eller stödprodukter som riktar sig generellt till socialtjänsten och inte till något specifikt sakområde (tabell 8). Undantaget gäller handboken *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* där 70 procent använt den i arbetet. I övrigt hade 6–21 procent tagit del av produkterna och 2–12 procent använt dem i arbetet. Det har skett en obetydlig ökning (några procentenheter) i användningen av de kunskapsstöd som är märkta med \* i tabell 8. Till exempel så använde fyra procent Metodguiden 2013 och 2016 var motsvarande tio procent.

<sup>10</sup> Socialvetenskap är en webbplats med stöd av FORSA, Akademikerförbundet SSR och Sociala Nätet och sprider aktuell forskning från Sveriges universitet, högskolor, myndigheter, FoU-enheter mm.

**Tabell 8. Andel chefer (procent) som uppgav om de kände till publikationer från Socialstyrelsen, som tagit del av dem eller använde dem i sitt arbete.**

	Känner inte till/osäker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Handbok – Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten	19	3	8	70
Att leda en evidensbaserad praktik, en guide för chefer i socialtjänsten*	46	21	21	12
Metodguiden*	60	18	12	10
Fliken om evidensbaserad praktik på Kunskapsguiden*	57	17	17	9
Att skapa en evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg*	61	18	14	7
Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel	58	22	13	7
Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS*)	81	11	6	2

Lika liten andel (5–12 procent har tagit del av) eller använt de webb utbildningar, som tagits fram för målgruppen, 2–9 procent (tabell 9).

**Tabell 9. Andel chefer (procent) som uppgav om de kände till webb utbildningar från Socialstyrelsen, som tagit del av dem eller använde dem i sitt arbete.**

	Känner inte till/osäker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Evidensbaserad praktik	45	28	18	9
E-hälsa och välfärdsteknologi i socialtjänsten	66	23	8	3
Individbaserad systematisk uppföljning	60	25	12	3
Etik och integritet vid införande av välfärdsteknik	78	15	5	2

## Specifika publikationer till sakområden

Eftersom vägledningarna är inriktade mot specifika sakområden delades chefernas svar upp utifrån till vilka vägledningarna och webb utbildningarna riktar sig till. Majoriteten av produkterna har publicerats under perioden 2014–2016. Resultatet visar att det främst är handböckerna som används i arbetet, därefter de nationella riktlinjerna i varierande grad beroende på sakområde. En knapp femtedel känner inte till att handböckerna finns (mellan 16–19 procent)<sup>11</sup>. I minst uträkning används riktlinjerna för vård vid ångest och depression, vissa rapporter och webb utbildningarna (tabell 10).

<sup>11</sup> Handböcker kompletterar Socialstyrelsens författningssamling med fakta, kunskapsunderlag och kommentarer som stöd för rättstillämpningen.

Riktlinjerna för missbruks- och beroendevård är kända och drygt hälften av de chefer som arbetar inom sakområdet missbruk och beroende samt med hemlösa personer har använt dem i sitt arbete. Det är logiskt, dels med tanke på att de publicerades första gången redan 2007, dels med tanke på att SKL genom projektet Kunskap till praktik arbetade med att sprida dessa riktlinjer. Det är väsentligt fler som använt dessa riktlinjer än riktlinjerna för vård vid depression och ångest, psykosociala insatser vid schizofreni och demenssjukdomar. Mer än hälften av cheferna inom sakområden som missbruk och beroende, funktionsnedsättning, äldre, flykting/asylsökande och hemlösa känner inte till de nationella riktlinjerna för depression för vård av depression och ångestsyndrom.

**Tabell 10. Andel (procent) chefer med skilda ansvarsområden som uppgav om de kände till specifika publikationer utgivna av Socialstyrelsen, tagit del eller använt dem i sitt arbete.**

Område	Publikation	Känner inte till/osöker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Barn (N=343)	Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen	17	8	10	65
	Sex mot ersättning – om stöd och skydd till barn och unga (webbutbildning)	66	24	8	2
Ungdomar (N=380)	Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen	19	10	10	61
	Sex mot ersättning – om stöd och skydd till barn och unga (webbutbildning)	67	23	7	3
Personer med missbruksproblem (N=255)	Nationella riktlinjer för missbruk och beroende	22	9	11	58
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	56	19	12	13
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	60	22	12	6
	ASI (webbutbildning)	42	44	6	8
Personer med försörjningsproblem (N=216)	Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten	16	7	6	71
Personer med funktionsnedsättningar (N=338)	Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet – Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal	64	20	11	5
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	53	18	14	15
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	57	22	15	6
Våld i nära relationer (N=306)	Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer	17	12	18	53
	Nationella riktlinjer för missbruk och beroende	28	15	13	44
Äldre (N=262)	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	30	15	19	36
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	61	17	12	10
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	60	23	12	5
	Äldreomsorgens nationella värdegrund	31	14	20	35
Flykting/asylsökande (N=223)	Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten	35	14	9	42
	Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen	23	15	8	54
	Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer	28	14	14	44
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	72	17	9	2
	Sex mot ersättning – om stöd och skydd till barn och unga	70	21	5	4
Hemlösa (N=227)	Nationella riktlinjer för missbruk och beroende	20	13	12	55
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd	60	19	11	10
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom	64	21	11	4
	ASI webbutbildning	39	47	6	8

# Användning av standardiserade bedömningsmetoder

För att kunna ge vård och omsorgstagare den hjälp de behöver måste det finnas relevanta och tillförlitliga metoder för att kunna bedöma problem och behov[15]. Standardiserade bedömningsmetoder<sup>12</sup> har utvecklats för att ge stöd i bedömningsarbetet.

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder undersöktes i enkäten genom att cheferna fick ta ställning till 16 vanligt förekommande standardiserade bedömningsmetoder (2007), 25 metoder (2010) och 27 metoder (2013 och 2016). Ökningen motiverades av att fler har börjat använda bedömningsmetoder. Det fanns också möjlighet att ange andra bedömningsmetoder, något som 17 procent (2007) av cheferna gjorde. För 2010, 2013 och 2016 var motsvarande siffror 16 procent, 21 procent respektive 25 procent.

År 2007 var det endast tio chefer som uppgav att de ansvarade för sakområdet våld i nära relationer. År 2010 hade den siffran ökat till 257, 2013 till 287 och 2016 till 306. I 2007 års undersökning kan skillnaden förklaras av att enkäten inte innehöll en separat svarskategori för sakområdet våld i nära relationer. Ökningen av antalet chefer som skett därefter skulle bland annat kunna förklaras av ändrad lagstiftning gällande kommunens ökade ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld och genom de nationella satsningar som gjorts under en tio års period.

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökade från 63 procent 2007 till 76 procent 2016 (tabell 11). Andelarna avser dem som överhuvudtaget använde bedömningsmetoder i någon omfattning. För fyra områden skedde en påtaglig ökning mellan 2007 och 2016. Dessa områden var: barn under 12 år (inklusive familjen), ungdomar, missbruk och våld i nära relationer.

Nya bedömningsmetoder har tillkommit med tiden. Dit hör bedömningsmetoder som regeringen uppdragit till Socialstyrelsen att utveckla: FREDA<sup>13</sup>, FIA<sup>14</sup>, BRA-fam<sup>15</sup> och BAS<sup>16</sup>. Samtliga fyra bedömningsmetoder har lanserats efter 2010 och fick på kort tid relativt stor spridning. Användningen av ASI har varit mest stabil över tid sedan 2010.

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder generellt inom våld i nära relationer visar en dramatisk ökning, från 12 procent (2010) till 76 procent (2016). Antalet chefer som angav att de använde bedömningsmetoder

---

<sup>12</sup> Standardiserade bedömningsmetoder är formulär med fastställda frågor och svarsalternativ i form av en numerär eller verbal skala. Det kan handla om intervjuformulär, skattningsformulär eller observationsformulär.

<sup>13</sup> FREDA består av tre standardiserade bedömningsmetoder som är tänkta att användas i socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer.

<sup>14</sup> Förutsättningar Inför Arbete (FIA) ett kartläggningssinstrument som innehåller fördjupade frågor om bland annat utbildning, socialt nätverk, psykisk och fysisk hälsa, beroendefrågor, boende, närståendes situation, arbetsmarknadsinsatser och mål i fråga om arbete.

<sup>15</sup> BRA-fam är en standardiserad bedömningsmetod för rekrytering av familjehem.

<sup>16</sup> BAS (Behov av stöd) är ett formulär som biståndshandläggare kan använda för att bedöma äldre personers behov av stöd, som svårigheter i den dagliga livsföringen och behov av hjälp eller stöd.

inom sakområdet våld (oberoende av om de uppgett att de arbetade med området våld i nära relationer) ökade från 22 år 2007, till 32 år 2010, 129 år 2013 och 376 år 2016<sup>17</sup>.

Den stora ökningen i användningen av FREDA skulle kunna förklaras med att det funnits ett stort behov av stöd i arbetet med våld i nära relationer i kombination med det kompetensstöd som tagits fram av Socialstyrelsen och Uppsala universitet (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, NCK). En annan bidragande faktor kan vara Länsstyrelsernas särskilda uppdrag att stödja och ansvara för bland annat kunskapsspridning och kvalitetsutveckling i samarbete med kommunerna vilka också har fungerat som en länk mellan kommuner och den nationella nivån.

**Tabell 11. Användning av standardiserade bedömningsmetoder i någon omfattning**

Område	Bedömningsmetod	2007	2010	2013	2016
Barn	BRA-fam	–	–	15	32
	Child behaviour checklist (CBCL)	0	3	4	3
	Ester	0	11	19	17
	Familjeklimat	0	5	5	6
	Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)	4	5	6	7
	Intervju om anknytningsstil (IAS) <sup>18</sup>	–	–	–	14
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	2	6	6
	Någon av ovanstående	7	22	36	50
Ungdomar	Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)	21	30	40	37
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	16	37	43	36
	BRAfam	–	–	14	31
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	6	31	35	30
	Känsla av sammanhang (KASAM)	0	19	20	26
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	1	6	6
	Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)	7	6	10	8
	Någon av ovanstående	35	59	64	65
Personer med missbruksproblem	Addiction Severity Index (ASI)	51	61	71	66
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	29	51	62	59
	Alkohol/Drog Diagnos Instrument (ADDIS)	0	16	18	17
	Dokumentationssystem inom ungdoms och missbrukarvården (DOK)	3	4	2	<1
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	9	5	5
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	16	43	53	51
	Känsla av sammanhang (KASAM)	10	18	23	24
	Någon av ovanstående	62	74	81	76
Personer med försörjningsproblem	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	14	15	9	6
	FIA	–	–	8	18
	Någon av ovanstående	14	18	15	21

<sup>17</sup> PATRIARK användes på tio arbetsplatser (2007) och ökade till 18 (2010), 56 (2013) och 85 (2016). SARA ökade från att användas på 19 arbetsplatser (2007) till 25 (2010), 54 (2013) och 53 (2016). Bedömningsmetoden FREDA lanserades 2012 och användes på 84 arbetsplatser 2013 som ökade till 139, år 2016.

<sup>18</sup> Bedömningsmetoden fanns inte med i tidigare undersökningar

Personer med funktionsnedsättningar	Camberwell Assessment of Need (CAN)	13	12	12	8
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	7	6	6
	Global funktionsmätning (GAF)	0	6	6	3
	Känsla av sammanhang (KASAM)	6	18	19	21
	Symptom Checklist (SCL 90)	1	2	1	2
	Någon av ovanstående	25	32	33	31
Våld i nära relationer <sup>19</sup>	Freda	–	–	29	70
	PATRIARK	–	7	20	31
	Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)	–	10	19	22
	Någon av ovanstående	–	12	45	76
Äldre	Behov av stöd(BAS)	–	–	13	18
	Camberwell Assessment of Need (CAN)	11	0	0	5
	Comparative Outcome Assessment Tool (COAT)	3	2	1	–
	Gottfries-Bråne-Steensalan (GBS)	0	5	4	2
	Något ADL-instrument	56	45	46	34
	Någon av ovanstående	61	46	50	47
Totalt	Minst en bedömningsmetod	63	70	75	76

Inom IFO uppgav 85 procent, att de i verksamheten använde bedömningsmetoder. Motsvarande siffror för IFO/ÄFO-cheferna respektive ÄFO-cheferna var 77 procent respektive 60 procent.<sup>20</sup>

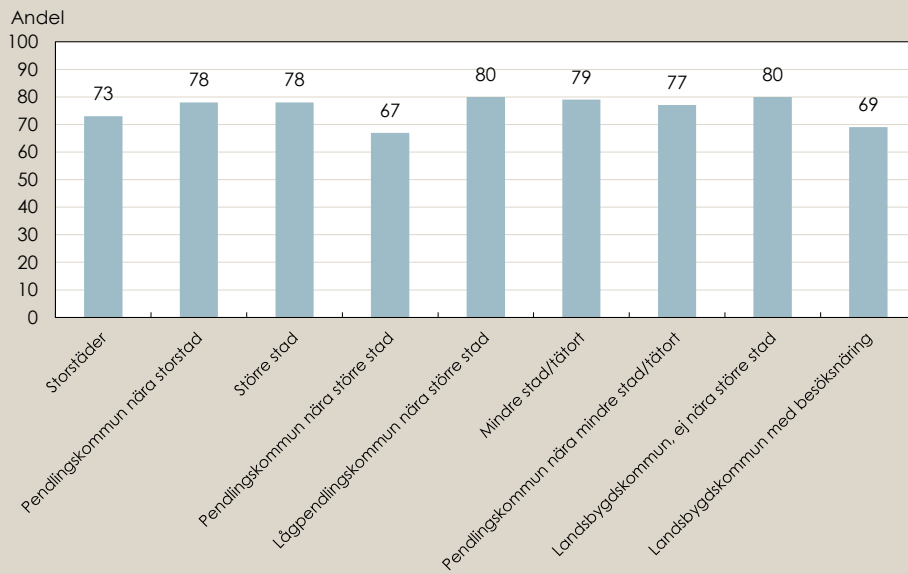
Bedömningsmetoder var något mindre vanligt förekommande i pendlingskommuner nära större stad och landsbygdskommuner med besöksnäring och i storstäder (figur 1). I störst utsträckning används bedömningsmetoder i lågpendlingskommuner nära större stad och i landsbygdskommuner, ej nära större stad.

Användningen var ungefär lika stor i Götaland (75 procent), Svealand (78 procent) och Norrland (76 procent).

<sup>19</sup> Vissa förändringar har gjorts i redovisningen av bedömningsmetoderna, vilket gör att de summerade andelarna i några fall avviker från dem som publicerats i de tidigare rapporterna från 2007 och 2010. Det gäller framför allt bedömningsmetoder om våld i nära relationer som tidigare redovisades under rubriken "barn".

<sup>20</sup> ( $\chi^2(2) = 47,67, p < .001$ )

**Figur 2. Användning av bedömningsmetoder fördelat på kommungrupp\***



\*Enligt SKLs kommungruppsindelning 2017 som gäller från den 1 januari 2017. Det är en omarbeting av den tidigare kommungruppsindelningen från 2011. Av det skälet kan inte jämförelser göras med tidigare undersökningsår.



# Användning av ”evidensbaserade” insatser

Cheferna fick ange vilka ”evidensbaserade” insatser som användes på enheten (utan fasta svarsalternativ). Begreppet ”evidensbaserad insats” är oprecist både bland forskare och bland praktiker. Några anser att det räcker att en metod har positiva effekter i en utvärdering med jämförelsegrupp och för och eftermätning samt att resultaten har publicerats i en vetenskaplig tidskrift. Andra kräver att en rad felkällor kontrollerats vare sig resultaten har publicerats i en vetenskaplig tidskrift eller inte. Här redovisas de manualbaserade insatser som *enhetscheferna* ansåg vara evidensbaserade, oberoende av vilket vetenskapligt stöd de har. I enlighet med hur frågan ställts till cheferna redovisas resultaten som evidensbaserade insatser. Det ska noteras att det i flera fall handlar om insatser där det vetenskapliga underlaget är svagt eller tveksamt.

Resultaten visar generellt att cheferna hade begränsad kunskap om innebörden av evidensbaserade insatser eftersom en knapp tredjedel (28 procent) av nämnda företeelser inte kan kategoriseras som insatser <sup>21</sup>.

Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde ”evidensbaserade” insatser var ungefär densamma, kring 20 procent, vid samtliga fyra undersökningstillfällen. De ”evidensbaserade” insatserna var vanligast inom verksamheter som arbetade med missbruk/beroende och minst vanligt inom verksamheter som arbetade med barn och ungdomar, våld i nära relationer och äldre. Det har skett en halvering av användningen av de ”evidensbaserade” insatserna för barn och unga under de senaste tre åren. Orsaken till minskningen är okänd. Liknande mönster med färre insatser finns för barn och unga med funktionsnedsättning [16]. Motsvarande minskning kan inte återfinnas i den officiella statistiken över barn och unga som placerats i vård utom hemmet eller i öppenvårdsinsatser, dock med ett undantag; barn och unga med kontaktperson/familj har minskat över tid fram till 2014 [17] <sup>22</sup>. Öppna jämförelser inom den sociala barn och ungdomsvården visar inte heller på någon minskning de senaste åren av manualbaserade insatser av psykosocial behandling [18].

Det saknades helt ”evidensbaserade” insatser inom verksamhetsområdet försörjningsstöd, vilket är logiskt med tanke på att det, så vitt känt, saknas insatser med vetenskapligt stöd inom detta område.

Den vanligast förekommande insatsen var motiverande intervju (MI) som användes av 15, 20, 19 och 16 procent respektive år av de enheter som arbe-

---

<sup>21</sup> T.ex. uppgavs bedömningsmetoder (ASI, ADAD, FREDA, FIA, etc.) eller arbetssätt som Barns behov i centrum (BBIC), Individens behov i centrum (IBIC) eller andra aktiviteter som inte räknas som behandling (t.ex. synsätt, kvalitetsregister etc.)

<sup>22</sup> Från och med statistikår 2015 har en ny leverantör för den officiella statistiken samlat in grunddata från kommunerna. Eftersom leverantören haft problem att sammanställa dessa data är den årliga publikationen försenad. Jämförelser från 2015 går därför inte att göra i dagsläget.

tar med missbruk. Den näst vanligaste insatsen 2016, finns också inom missbruksområdet, Återfallsprevention/Väckarklockan. För CRA har det skett en ökning från fyra procent 2013 till 11 procent 2016. Det förekom också ett antal metoder som användes av mindre än en procent. Dessa har sammanförts under rubriken ”mindre vanliga program” (tabell 12).

År 2016 användes ”evidensbaserade” insatser av 25 procent av enheterna inom IFO, 22 procent inom IFO/ÄFO och 4 procent inom ÄFO ( $\chi^2 = 42.41$ ,  $p < .001$ ). Ju fler bedömningsmetoder som förekom, desto fler evidensbaserade insatser användes ( $r = .27$ ,  $p < .001$ ).

**Tabell 12. Andel chefer som uppgav att ”evidensbaserade” insatser användes i åtminstone någon omfattning på deras enhet (grupperat efter verksamhetsområden.)**

Verksamhetsområde	Insats	2007	2010	2013	2016
Barn	Community Parent Education program (COPE)	4	5	5	2
	De otroliga åren (The incredible years)	2	3	3	2
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling	0	0	4	2
	Kognitiv beteendeterapi (KBT) <sup>23</sup>	5	1	1	2
	Komet	7	8	6	3
	Marte Meo	2	2	3	3
	Mindre vanliga program <sup>24</sup>	<1	4	4	3
	Någon av ovanstående	19	19	18	10
Ungdomar	Aggression Replacement Training (ART)	14	9	7	2
	Funktionell familjeterapi (FFT)	5	8	6	5
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling	0	1	4	2
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	5	3	2	2
	Komet	8	6	6	2
	Multisystemisk terapi (MST)	7	5	3	1
	Mindre vanliga program <sup>25</sup>	2	4	2	1
	Någon av ovanstående	28	24	20	12
Personer med missbruksproblem	Community Reinforcement Approach (CRA)	2	4	4	11
	Haschavvänjningsprogrammet	0	5	10	11
	Kort rådgivning	<1	0	1	0
	Motivational Enhancement Therapy (MET) <sup>26</sup>	–	–	–	5
	Motiverande intervju (MI)	15	20	19	16
	12stegsbehandling	10	10	9	9
	Återfallsprevention/Väckarklockan	3	9	13	15
	Någon av ovanstående	23	31	31	28

<sup>23</sup> Det finns olika KBT-metoder men de tekniker som används bygger på samma teorier. Metoderna kan anses som strukturerade och vissa delar av teknikerna är manualbaserade.

<sup>24</sup> Family checkup, Active Parenting, Beardslees family intervention, International Child Development Programme (ICDP), The Children Are People Too (CAP), KIBB.

<sup>25</sup> Kriminalitet som livsstil, Family checkup, Föräldrastegen, Treatment Foster Care Oregon (TFCO).

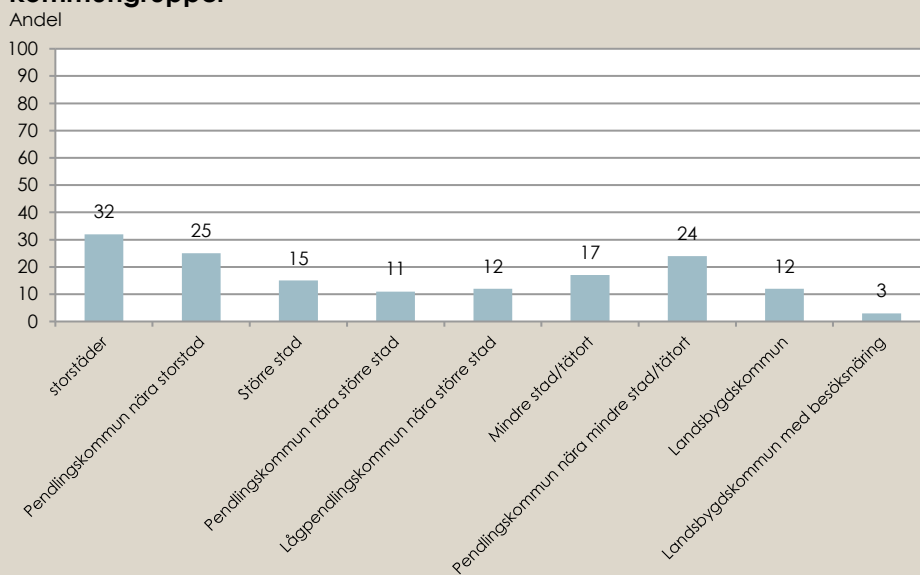
<sup>26</sup> MET är en metod som introducerades i samband med publiceringen av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende 2014.

Personer med funktionsnedsättningar	Case Management (CM)	<1	1	3	1
	Community Reinforcement Approach (CRA)	0	1	2	4
	Ett självständigt liv (ESL)	<1	2	3	3
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	1	2	3	2
	Motivational Enhancement Therapy (MET)	–	–	–	2
	Motiverande intervju (MI)	2	9	8	8
	Supported employment (SE)	0	1	1	<1
	Diverse mindre vanliga program <sup>27</sup>	1	1	2	3
	<i>Någon av ovanstående</i>	5	14	17	17
Våld i nära relationer	Trappan	0	2	3	3
Hemlöshet	Bostad först	0	0	<1	0
Äldre	Fallprevention	<1	1	<1	0
	<i>Minst en insats</i>	20	25	22	19

En analys av kommungrupper<sup>28</sup> visar att ”evidensbaserade” insatser var vanligast i storstäder, där de förekom i en tredjedel av storstäderna. Insatserna var mindre förekommande i ”pendlingskommuner nära större stad” i ”landsbygdskommuner” och nästan obefintliga i ”landsbygdskommuner med besöksnäring”.

Användningen var ungefär lika stor i Götaland (21 procent) och Svealand (21 procent) men lägre i Norrland (14 procent). Skillnaden var inte statistiskt säkerställd<sup>29</sup>. Användningen av ”evidensbaserade” insatser har minskat med 5 procent i Svealand sedan 2013. För Götaland och Norrland är utfallen 2016 nästan identiska med 2013.

**Figur 3. Användning av ”evidensbaserade” insatser fördelat på olika kommungrupper\***



\*Enligt SKLs kommungruppsindelning 2017 som gäller från den 1 januari 2017. Det är en omarbetning av den tidigare kommungruppsindelningen från 2011. Av det skälet kan inte jämförelser göras med tidigare undersökningsår.

<sup>27</sup> Dialektisk beteendeterapi (DBT), Individual placement and support (IPS), Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH), Kort rådgivning.

<sup>28</sup> Kommungrupperna är nio till antalet och finns att läsa om hos Sveriges kommuner och landsting, [www.skl.se](http://www.skl.se).

<sup>29</sup> I detta fall betyder det att sannolikheten för att skillnaden har uppkommit genom slumpen är 95 procent.

## Slutsatser och diskussion

För fjärde gången har en elektronisk enkät besvarats av ett slumpvist urval chefer inom svensk socialtjänst. Frågorna har berört attityder till evidensbaserad praktik liksom användningen av bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser på chefernas enheter.

Det har skett en ökning av antalet sakområden som cheferna ansvarar för sedan 2007. Då uppgav hälften av cheferna att de hade ansvar för mer än ett sakområde. I 2016 års undersökning hade andelen stigit till 75 procent, alltså tre av fyra hade mer än ett område att ansvara för. Det skulle kunna förklaras av att nya områden tillkommit som till exempel ”ensamkommande barn” och/eller asylsökande, dels ett utökat kommunalt ansvar för sakområdet våld i nära relationer.

Resultaten visar att tre av fyra chefer är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik, ett resultat som är stabilt över de senaste nio åren. År 2016 var det endast en chef av 815 som uppgav sig vara ointresserad. Till sammans med tidigare studier om socialarbetares ökade intresse för en evidensbaserad praktik [9, 10] visar resultaten att det finns goda förutsättningar för fortsatt spridning av en evidensbaserad praktik.

I likhet med tidigare resultat så ansåg en majoritet av cheferna att det behövs nya metoder för att utvärdera personalens arbete och mer än hälften (57 procent) bedömde att det fanns ett klart behov av nya metoder för verksamhetsuppföljning. Även om det fortfarande är många som upplever ett behov av nya metoder (gäller både metoder att bedöma klienters behov och behandlingsmetoder) finns det en trend mot att dessa behov minskar över tid. Behovet av nya metoder för att följa upp verksamheten indikerar att det finns ett stort behov av de system för systematisk uppföljning som Socialstyrelsen nu utvecklar.

Det är en stor utmaning att utbilda socialarbetare för ett evidensbaserat arbete. Enligt chefernas uppfattning är det en minoritet av socialarbetarna som har tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva ett evidensbaserat arbete. Exempelvis var det endast 10 procent som hade tillräckligt kunskap för att söka efter vetenskaplig evidens om insatsers effekter och ännu färre, 6 procent, som kunde värdera evidens. Vidare var det endast en fjärdedel som bedömde att deras personal kunde använda standardiserade bedömningsmetoder och systematiskt följa upp utfallet av insatser. Det ställer krav på grundutbildningar av socialarbetare att ge även dessa och andra kompetenser. I annat fall finns risk för att implementeringen av ett evidensbaserat arbetssätt i socialt arbete ytterligare kommer att fördröjas.

Resultaten visar att cheferna blivit allt mer intresserade av att ta del av forskningsrön, oberoende av medium. De främsta kanalerna för detta är webbsidor, konferenser och föreläsningar. Ett omvänt förhållande sedan 2013. Webbaseerade utbildningar (en ökning med 30 procentenheter sedan 2007) framstår som allt viktigare, vilket kan förklaras av att dessa ökar i antal och är tillgängliga för allt fler.

Cheferna hade förhållandevis högt förtroende för rekommendationer från myndigheter som Socialstyrelsen. De hade liten kännedom om vetenskapliga publikationer (även om användningen ökat sedan 2007) och sådana användes bara undantagsvis för kunskapsinhämtning. Det finns således ett behov av såväl en förbättrad kunskapsspridning som ett utvecklat implementeringsstöd. För att öka vägledningsprodukters användbarhet behöver användbarheten utvecklas (både avseende språklig framställning och konkretisering av vad som bör göras visavi olika målgrupper). Även redovisningen av hur produkten tagits fram, och vilket kunskapsunderlag den baseras på behöver förtydligas.

När det gäller användningen av Socialstyrelsens produkter uppgav i princip alla chefer (96 procent) att de använde myndighetens webbplats för att söka efter forskning. Det har skett en fördubbling av andelen som använder Kunskapsguiden i samma syfte, från 20 procent 2013 till 40 procent 2016. Produkter som är väl använda arbetet är handböckerna<sup>30</sup>, ungefär tre av fyra använde dem i arbetet. En påfallande stor andel (20 procent) kände dock inte till att de finns. Av de nationella riktlinjer som riktar sig till socialtjänsten är de för missbruk och beroendevård mest kända och använda. I minst utsträckning används webbutbildningar och vissa publikationer som redovisats.

Enligt enkätsvaren använde en ökande andel av enheterna, 76 procent år 2016, åtminstone en standardiserad bedömningsmetod. En intervjustudie från 2003 [13], som omfattar drygt 700 socialarbetare och chefer från samma verksamhetsområden som i denna studie, redovisade att 20 procent använde standardiserade bedömningsmetoder. År 2016 var andelen således nästan fyra gånger högre och har legat stabilt sedan 2013. Värt att notera är att de bedömningsmetoder som Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att utveckla, på kort tid kommit att användas i betydande omfattning. Det gäller i första hand FREDA, där användningen ökat från 29 procent år 2013 till 70 procent år 2016.

Enligt cheferna finns det ett minskat behov av standardiserade bedömningsmetoder, vilket kan förklaras av den ökande användningen över tid. Skillnader finns dock mellan kommungrupper. Exempelvis var det inte lika vanligt förekommande med bedömningsmetoder i pendlingskommuner, landsbygdkommuner och storstäder som inom andra kommungrupper. Chefer inom IFO använder i större utsträckning standardiserade bedömningsmetoder än chefer inom ÄFO.

Andelen som använde ”evidensbaserade” insatser var i princip oförändrad, 19 procent år 2016, jämfört med 2007, 20 procent. I flera fall handlar det om insatser där det vetenskapliga underlaget är svagt eller tveksamt. De ”evidensbaserade” insatserna var vanligast inom missbruks- och beroendeverksamheter och minst vanligt inom verksamheter som arbetade med barn och ungdomar, våld i nära relationer och äldre. Inom området barn och unga har det skett en halvering av de ”evidensbaserade” insatserna för barn och unga under de senaste tre åren. Orsaken till detta är okänd. Även för barn och ungdomar med funktionsnedsättning ser vi motsvarande minskning när det gäller korttidsvistelse och korttidstillsyn.

---

<sup>30</sup> Här avses handböckerna Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen, Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten och Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer.

”Evidensbaserade” insatser var vanligast i storstäder, där de förekom i en tredjedel av verksamheterna. Insatserna var mindre vanliga i ”pendlingskommuner nära större stad” i ”landsbygdskommuner” och nästan obefintliga i ”landsbygdskommuner med besöksnäring”. Användningen av ”evidensbaserade” insatser rapporterades främst av chefer inom IFO.

Även om fyra av fem chefer uppgav att ”evidensbaserade” insatser inte användes i deras verksamheter är det en tydlig förändring jämfört med situationen före millennieskiftet. I studier från 1990-talets andra hälft beskrivs de arbetsätt som användes i vaga termer (t.ex. ”motivationsarbete”, ”strukturinriktat arbete”) och dessa hade inte utvärderats i kontrollerade studier [15]. Vid tidpunkten fanns forskare som ifrågasatte om man överhuvudtaget kunde tala om ”metoder” i socialt arbete [16].

Den relativt höga användningen av standardiserade bedömningsmetoder är viktigt för den fortsatta spridningen av en evidensbaserad praktik. Våra erfarenheter är att användandet av standardiserade bedömningsmetoder kan underlätta implementeringen av evidensbaserade insatser eftersom den strukturerade och standardiserade formen i bedömningsmetoder också tydliggör fördelarna med evidensbaserade insatser. Detta stöds också delvis av resultaten i denna undersökning eftersom det finns ett positivt samband mellan antalet bedömningsmetoder och ”evidensbaserade” insatser. Att många kommuner använde standardiserade bedömningsmetoder kan indikera att förekomsten av evidensbaserade insatser kommer att öka.

Avslutningsvis fanns en skillnad i förekomst av standardiserade bedömningsmetoder mellan de olika verksamhetsområden som cheferna ansvarade för. Dessa skillnader kan eventuellt förklaras av flera statliga satsningar för att öka användningen av bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser inom dessa sakområden. Exempel på sådana satsningar är de som gjorts inom våldsområdet och inom missbruksområdet. Resultatet i den här undersökningen ger stöd för de regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling i socialtjänsten som syftar till att skapa förbättrade förutsättningar för att bedriva verksamhetsrelevant utvecklingsarbete inom samtliga verksamhetsområden inom socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård.

# Tillförlitlighet

Undersökningens styrka är dess omfattning, slumpmässiga urval och höga svarsfrekvens (82 procent), vilket talar för att resultaten är representativa. En annan styrka är att samma enkät (med små förändringar sedan 2010) använts vid samtliga fyra tillfällen och att samma kommuner tillsänts enkäten. Dock är det inte alla gånger samma chefer som besvarat enkäten, något som beror på personalomsättning och omorganisationer. Det gör att chefernas attityder, till exempel deras intresse för evidensbaserad praktik, inte beskriver enskilda personers förändrade attityder utan snarare belyser verksamheternas.

Denna typ av undersökning har givetvis sina begränsningar. Det går exempelvis inte att undersöka hur många vård- och omsorgstagare som blivit föremål för bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser. För att få tillförlitlig information om det krävs att data samlas in lokalt, till exempel genom granskning av personakter. Den här undersökningen redovisar endast bedömningsmetoder och vilka insatser som används i någon omfattning.

Inte heller ger resultaten någon information om huruvida bedömningsmetoderna och insatserna använts så som de är avsedda att användas. Om så inte är fallet, är det stor risk att de inte ger den effekt som kan förväntas [19, 20]. Det finns svenska resultat som visar att insatser inte alltid används så som avsetts. En undersökning av 102 slumpvis utvalda kommun- och stadsdelsförvaltningar visar att endast en minoritet använt insatsen Aggression Replacement Training (ART) enligt manualen [21, 22].

Användningen av de olika bedömningsmetoderna och insatserna i tabell 11 och 12 bör betraktas med försiktighet. Anledningen är att majoriteten av cheferna ansvarade för flera sakområden, exempelvis funktionshinder och missbruk. Eftersom bedömningsmetoderna och insatserna ofta kan användas för flera målgrupper innebär det att det inte går att säkert avgöra om en viss metod eller insats använts för det ena andra sakområdet eller det andra. Eftersom eventuella fel återkommer varje år är dock förändringen över tid relevant.





# Referenser

1. Regeringen. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren. Utredningen om nya former för stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten 2008.:
2. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2014 [Elektronisk resurs] 2013:
3. Sundell, K, Brännström, L, Larsson, U, Marklund, K. På väg mot en evidensbaserad praktik. 834 kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete; 2008.
4. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
6. Sackett, DL, Rosenberg, WMC, Gray, JAM, Haynes, RB, Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*. 1996; 312(7023):71-2.
7. Soydan, H. Evidence-Based Medicine and Knowledge Dissemination, Translation, and Utilization: Challenges of Getting Evidence-Based Treatments to Patient Care and Service Delivery. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009; 2(3):143-9.
8. Haynes, RB, Devereaux, P, Guyatt, GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *ACP Journal Club*. 2002; 136:A11-4.
9. Bergmark, Å, Lundström, T. Kunskaper och kunskapssyn. Om socialarbetare i socialtjänsten. *Socionomens forskningssupplement nr 12*. 2000; (4):1-16.
10. Bergmark, A, Lundström, T. Evidensfrågan och socialtjänsten. Om socialarbetares inställning till en vetenskapligt grundad praktik. *Socionomens forskningssupplement nr 23*. 2008; (3):5-14.
11. Bergmark, Å, Lundström, T. Att studera rörliga mål. Om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete. *Socionomens forskningssupplement nr 21*. 2007; (3):4-16.
12. Fixsen, D, Naoom, S, Blase, K, Friedman, R, Wallace, F. *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida; 2005.
13. Bergmark, Å, Lundström, T. Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 1998; 5(4):291-312.
14. Socialstyrelsen. Systematisk bedömning inom socialtjänsten. Stockholm; 2004.
15. Bloom, M, Fischer, J, Orme, JG. *Evaluating practice : guidelines for the accountable professional*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2009.

16. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning : lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 9789175554129.
17. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2014; 2015.
18. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av sociala barn och ungdomsvården. 2017. Hämtad från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga>
19. Wilson, DB, Lipsey, MW. The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. *Psychological methods*. 2001; 6:413-29.
20. Henggeler, SW, Schoenwald, SK, Liao, JG, Letourneau, EJ, Edwards, DL. Transporting efficacious treatment to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, . 2002; 31(2):155–67.
21. Kaunitz, C, Strandberg, A. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige- evidensbaserad socialtjänst i praktiken. . *Socionomens forsknings supplement*. 2009; 26:36-52.
22. Kaunitz, C. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige [Elektronisk resurs] - spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering. Stockholm: Institutionen för socialt arbete - Socialhögskolan, Stockholms universitet; 2017.