

Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010

Kommunala enhetschefer om evidensbaserad
praktik och användning av evidensbaserade
metoder inom socialtjänstens
verksamhetsområden

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86885-89-2

Artikelnr 2011-12-31

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2011

Förord

I denna enkätundersökning undersöks hur spridd evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsinstrument (bedömningsmetoder) var hösten 2007 respektive 2010 inom svensk socialtjänst. En tidigare rapport [1] finns som summerar resultaten från 2007.

Ansvariga för studien är Ulrika Bergström och Knut Sundell, båda från **avdelningen för kunskapsstyrning** inom Socialstyrelsen. Malin Hultman har bidragit med viktiga synpunkter till rapporten.

Stockholm november 2011

Anders Tegnell
chef för avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	8
<i>Tillvägagångssätt</i>	10
Andel svarande	10
<i>Inställningen till en evidensbaserad praktik</i>	12
Intresse för en evidensbaserad praktik	12
<i>Användning av evidensbaserade behandlingsinsatser</i>	16
<i>Användning av standardiserade bedömningsinstrument</i>	20
<i>Slutsatser och diskussion</i>	23
<i>Referenser</i>	25

Sammanfattning

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de yrkesverksamma är positiva till forskningsbaserad kunskap om insatser och bedömningsmetoder. I denna studie undersöks attityden till en evidensbaserad praktik och användandet av standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser. Resultaten baseras på en elektronisk enkät hösten 2007 respektive 2010 till en representativ grupp kommunala enhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar. Resultaten visar att:

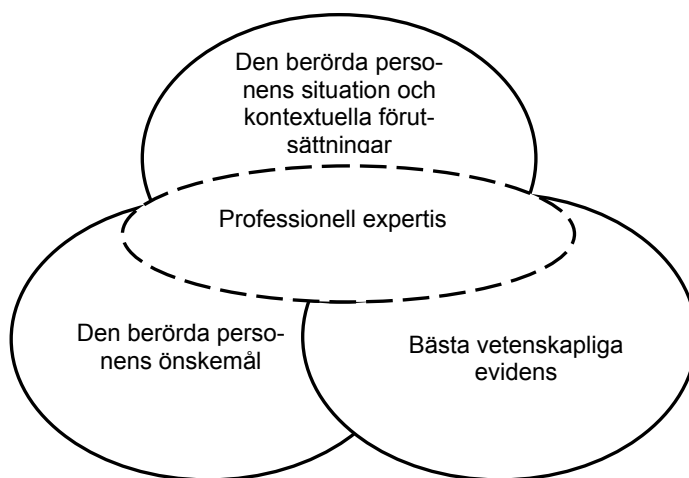
- Andelen av cheferna som var påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik ökade från 68 till 72 procent.
- Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde evidensbaserade behandlingsinsatser var en fjärdedel vid båda undersökningstillfällena. Användningen av standardiserade bedömningsinstrument ökade från 63 till 71 procent.
- Evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser var vanligare för områdena barn och unga och missbruk medan standardiserade bedömningsinstrument var vanligare på enheter som arbetar med ungdomar, äldre och personer med missbruksproblem.
- Det fanns inga påtagliga skillnader i användandet av vare sig bedömningsmetoder eller behandlingsinsatser mellan olika kommuntyper, och inte heller några skillnader beroende på chefernas utbildning eller kön. Däremot var både behandlingsinsatser och bedömningsmetoder framför allt vanligare bland chefer med längre erfarenhet som chef och i stadskommuner.
- Rekommendationer från statliga myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen, från Sveriges kommuner och landsting (endast undersökt 2010), uttalade krav från överordnade chefer och ett tydligt intresse från medarbetarna betraktades som de viktigaste faktorerna för att införa nya evidensbaserade behandlingsinsatser.

Sökord – Evidensbaserade insatser, bedömningsmetoder, bedömningsinstrument, prevalens, socialtjänst

Inledning

Årligen får cirka 800 000 personer insatser inom ramen för socialtjänsten. Bland annat i utredningen Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren konstateras att det saknas kunskap om hur socialtjänstens interventioner fungerar [2]. Regeringen anser därför att det finns ett behov av stöd för en fortsatt kunskapsutveckling inom socialtjänsten [3]. Målet är en evidensbaserad praktik och som ett led i detta undertecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sommaren 2010 en överenskommelse om att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten [4].

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, kompletterat med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål” [5]. EBP kan grafiskt 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 (transparent) [6]. Det är i skärningsfältet mellan dessa fyra informationskällor som den evidensbaserade praktiken finns.



Figur 1. Den evidensbaserade beslutsprocessen [7]

I en evidensbaserad praktik har den professionelle en central roll. Han eller hon identifierar personens problematik (t ex genom att använda bedömningsmetoder), söker och värderar evidens, inkluderar personens intressen och önskemål samt balanserar och integrerar all information i beslutsfattandet. Möjligheterna att genomföra en evidensbaserad praktik inom svensk socialtjänst beror således till stor 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. Enkätsvaren visade också att relativt få läste till exempel vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur inom ämnet [8]. Resultat från liknande undersökningar från senare tid visar dock att en förändring har skett. Majoriteten av de undersökta socialarbetarna framstår numera som positivt inställda till en evidensbaserad praktik och fler uppger att de läser facklitteratur regelbundet [9, 10].

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 att införa en ny metod eller nytt arbetssätt så att den används regelbundet [11]. Att förändra en verksamhet, ett arbetssätt till kunskap är därför något som kommer att ta tid. Chefer en central grupp i praktiskt förändringsarbete; om den budget- och verksamhetsansvarige personen inte stöder förändringsarbetet fullt ut 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. Hösten 2007 genomförde dåvarande Institutet för utveckling av metoder inom socialt arbete (IMS) en studie baserat på en representativ grupp kommunala enhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar. Samma enkät har använts tre år senare för samma målgrupp. Förutom att studera enhetschefernas attityd är syftet också att undersöka i vilken utsträckning socialtjänsterna använder standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade behandlingsinsatser i klientarbetet. Tidigare kartläggningar av använda metoder inom socialtjänsten har i huvudsak fokuserat på metodanvändning inom individ- och familjeomsorg [12, 13]. Denna studie ökar de tidigare kunskaperna på området genom att även inkludera området äldre och funktionshinderomsorg.

Efter en beskrivning av undersökningens upplägg redovisas i tur och ordning enhetschefernas inställning till en evidensbaserad praktik, den rapporterade förekomsten av evidensbaserade behandlingsinsatser respektive standardiserade bedömningsinstrument på deras enheter. Avslutningsvis diskuteras hur dessa resultat kan påverka framväxten av en evidensbaserad praktik i Sverige.

Tillvägagångssätt

Hösten 2007 och hösten 2010 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 har 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 behandlingsinsatser och standardiserade bedömningsinstrument. I denna rapport redovisas endast resultat från ett urval av frågorna i de båda undersökningarna.

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 (63procent) ut genom ett obundet slumpurval. Urvalet av kommuner och kommundelar var det samma för IFO- och ÄFO-delen. I varje utvald kommun och kommundel valdes alla chefer med verksamhets-, budget- eller personalansvar. Förfrågan om e-postadresser skickades till de utvalda kommunerna i början på juni 2007 och 2010. Med hjälp av telefonkompletteringar hade vi fått adresser från alla kommuner i slutet av augusti och frågeformulären skickades ut första gången i slutet av september 2007 och 2010. 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 kunde därefter göras. Efter det första utskicket gjordes fem påminnelser (2007) respektive fyra (2010). Insamlingsarbetet avslutades i början av december vid båda tillfällena.

Andel svarande

År 2007 sändes enkäten till 953 chefer, varav 834 besvarade den (88 procent). År 2010 tillsändes 919 chefer och den besvarades av 745 (81 procent). Svarsprocenten var något högre 2007 för IFO (90 procent) än ÄFO (84 procent). Samma skillnad fanns för 2010 (IFO = 86 procent; ÄFO = 72 procent).

För 2010 gjordes en närmare analys av bortfallet. Då fanns inte någon säkerställd skillnad i bortfall mellan olika kommuntyper¹. Orsaken till bortfallet är okänd men det kan t.ex. handla om långtidssjukskrivna personer, chefer som har slutat eller tidsbrist.

¹ $\chi^2(8) = 12,14, p > .05$

Cheferna

Av de undersökta cheferna 2007 var 76 procent kvinnor (IFO = 73 procent; ÄFO = 83 procent).² Av de som besvarade enkäten 2010 var 81 procent kvinnor (IFO = 78 procent; ÄFO = 89 procent).

I mer än hälften av fallen hade cheferna 2007 en socionomutbildning, 56 procent (IFO = 73 procent; ÄFO = 21 procent), och (kortare eller längre) högskoleutbildning, 20 procent (IFO = 22 procent; ÄFO = 67 procent). De vanligaste utbildningarna 2010 var socionomutbildning, 54 procent (IFO = 70 procent; ÄFO = 21 procent), och (kortare eller längre) högskoleutbildning, 46 procent (IFO = 35 procent; ÄFO = 71 procent). År 2007 hade 14 procent av cheferna en magisterexamen eller högre och 13 procent år 2010.

I genomsnitt hade de varit chef inom sitt nuvarande verksamhetsområde i nio år, med en variation mellan mindre än ett år till 39 år. Det fanns inga skillnader i antalet år mellan de två undersökningstillfällena. Två tredjedelar hade varit chef i mindre än tio år. Så gott som alla hade ansvar för verksamhet (2007 = 95 procent; 2010 = 92 procent), budget (2007 = 93 procent; 2010 = 95 procent) och personal (2007 = 97 procent; 2010 = 92 procent). Personalansvaret varierade mycket vid båda tidpunkterna: år 2007 mellan 2–1 000 personer och 2010 3-600 (1000 personer var det högsta möjliga svarsalternativet). I genomsnitt handlade personalansvaret år 2007 om 39 personer (IFO = 24; ÄFO = 67)³. År 2010 var det genomsnittliga antalet personer 30 (IFO = 25; ÄFO = 39)⁴.

De vanligaste sakområdena var ungefär lika frekventa i undersökningsgrupperna för de två åren (tabell 1).

Drygt hälften av cheferna (2007 = 54 procent; 2010 = 56 procent) hade ansvar för mer än ett verksamhetsområde. Resultaten visar att IFO-chefer även ansvarade för äldre och personer med funktionsnedsättningar, liksom att ÄFO-chefer ibland ansvarade för barn och ungdomar samt personer med missbruk och försörjningsstöd.

Tabell 1. Verksamhetsområden som cheferna ansvarade för (procent)

Verksamhetsområde	2007 (n=834)	2010 (n=745)
Barn och unga	48	46
Personer med försörjningsstöd	32	28
Personer med missbruksproblem	36	37
Personer med funktionsnedsättningar	54	49
Äldre	29	37

² $\chi^2(1) = 8,69, p < .01$

³ $F(1,806) = 42,85, p < .0001$

⁴ $F(1,717) = 15,05, p < .0001$

Inställningen till en evidensbaserad praktik

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de berörda är positiva till den [11]. Här redovisas i tur och ordning enhetschefernas svar om hur de upplevde intresset för evidensbaserad praktik på sina arbetsplatser samt behovet av nya metoder, vad de själva trodde att det krävs för att nya evidensbaserade behandlingsinsatser ska kunna införas på deras enheter samt vilka källor de använder för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt arbetsområde.

Intresse för en evidensbaserad praktik

En klar majoritet, 69 procent (2007) och 72 procent (2010) av cheferna uppgav att de var påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik (tabell 2). Endast ett fåtal (1 respektive 0,3 procent) var direkt ointresserade. Andelen som upplevde ett stort intresse för en evidensbaserad praktik från medarbetare, chefskollegor respektive nämndpolitikerna ökade också mellan 2007 och 2010 (tabell 2).

Tabell 2 Andel med ett påtagligt intresse för evidensbaserad praktik på arbetsplatsen

	2007 (n=834)	2010 (n=745)
Hos mig själv	68	72
Bland medarbetarna på min enhet	36	42
Bland chefskollegor	40	48
Bland nämndpolitiker	19	26

Upplevt behov av nya metoder

En majoritet av cheferna var relativt eniga om att det behövs nya metoder för att utvärdera personalens arbete och att bedöma klienternas behov. Mer än hälften ansåg också att det fanns ett klart behov av nya metoder för verksamhetsuppföljning och nya behandlingsmetoder och insatser (tabell 3). Utöver dem fanns också en relativt stor andel som *eventuellt* ansåg att dessa behov fanns. Det var bara en minoritet som svarade nej på frågan (tabell 4). Resultaten visade inga statistiskt säkerställda skillnader ($p > .05$) beroende på chefsens kön, yrkeserfarenhet, antal personer man hade personalansvar för eller kommuntyp 2007 och för 2010.

För år 2007 fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan chefer för IFO respektive ÄFO. År 2010 upplevde cheferna för IFO oftare ett behov av nya metoder för att utvärdera personalens arbete (2010 = 77 procent) liksom

nya behandlingsmetoder för klienterna (2010 = 58 procent) än vad cheferna för ÄFO gjorde (2010 = 65 resp. 41 procent)⁵.

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

	2007 (n=834)	2010 (n=745)
Utvärdera personalens arbete	75	70
Bedöma klienters behov	66	52
Nya metoder för verksamhetsuppföljning	56	66
Nya behandlingsmetoder	53	46

Tabell 4. Andel chefer som ansåg att det inte fanns behov av att

	2007 (n=834)	2010 (n=745)
Utvärdera personalens arbete	8	9
Bedöma klienters behov	17	18
Nya metoder för verksamhetsuppföljning	7	10
Nya behandlingsmetoder	10	13

Krav för att införa nya evidensbaserade insatser

För att införa nya evidensbaserade behandlingsinsatser på arbetsplatserna ansåg de tillfrågade cheferna att det var viktigt med rekommendationer från statliga myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen, rekommendation från SKL (svarsalternativet saknades i enkäten 2007), krav från överordnade chefer samt ett tydligt intresse från medarbetarna (tabell 5). Faktorer som betraktades som mindre betydelsefulla var krav från brukarorganisationer, tydliga rekommendationer från internationell forskning, rekommendationer från forskare på socialhögskolor, rekommendationer från forsknings- och utvecklingsenheter (svarsalternativet saknades i enkäten 2007) samt krav från nämnd- och riksdagspolitiker. Svaren visar att skillnaden var liten mellan IFO- och ÄFO-chefer.

Med några få undantag fanns inte några säkerställda skillnader som kunde förklara chefernas svar. Undantagen handlade om att år 2007 var chefer inom IFO:

- mer positiva (62 procent) till krav från myndigheter än ÄFO (54 procent)⁶,
- mer positiva till krav från medarbetare (55 procent) än chefer inom ÄFO (45 procent)⁷,
- mer positiva till forskning från socialhögskolor (25 procent) än chefer från ÄFO (18 procent)⁸,
- mer positiva till internationell forskning (24 procent) än chefer från ÄFO (15 procent)⁹, samt

⁵ $\chi^2(1) = 11,08$ resp. $15,76$, båda $p < .001$

⁶ $\chi^2(1) = 4,31$, $p < .05$

⁷ $\chi^2(1) = 6,44$, $p < .01$

⁸ $\chi^2(1) = 4,59$, $p < .05$

- mer positiv till rekommendationer från statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen) (62 procent) än chefer från ÄFO (54 procent)¹⁰.

År 2010 var chefer med en magisterexamen något mer positiva till krav från medarbetare (49 procent) än de utan magisterexamen (38 procent)¹¹, samt att chefer som arbetat en något längre tid i yrket ($M = 10,8$ år) var mer positiva till krav från socialhögskolor än de med något mindre yrkeserfarenhet ($M = 9,2$ år)¹². Skillnaden mellan chefer från IFO och ÄFO var år 2010 i samtliga fall marginell och inte i något fall statistiskt säkerställd.

Tabell 5 Vad tror du krävs för att införa nya evidensbaserade behandlingsinsatser på din arbetsplats? (andel som gav svaret "mycket viktigt")

	2007 (n = 834)	2010 (n=745)
En tydlig rekommendation från statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen eller länsstyrelsen)	59	59
En tydlig rekommendation från SKL	-	52
Ett uttalat krav från överordnad chef	54	48
Ett tydligt intresse från medarbetarna	52	40
Ett uttalat krav från nämndpolitiker	35	37
Ett uttalat krav från riksdagspolitiker	24	32
En tydlig rekommendation från forskare på socialhögskolor	23	28
En tydlig rekommendation från forsknings- och utvecklingsenheter	-	28
En tydlig rekommendation från internationell forskning	21	22
Ett uttalat krav från brukarorganisationer	17	12

Vägar att söka kunskap

En central del i en evidensbaserad praktik är att de professionella har kunskap om bästa möjliga evidens, exempelvis via vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur. De flesta av cheferna uppgav att de ofta (30 procent år 2007 och 22 procent 2010) eller ibland (64 procent år 2007 och 68 procent 2010) sökte information om forskning för sitt arbetsområde (tabell 6). Som framgår av tabellen var det genomgående vanligare år 2010 att cheferna använt de olika källorna för att del av forskning. De vanligaste källorna till ny forskning var konferenser, Internet och facktidskrifter som till exempel Socionomen eller Äldre i Centrum. Andelen chefer som använde dessa källor har ökat kraftigt i 2010 år undersökning. Endast tre procent brukade läsa vetenskapliga tidskrifter år 2007, vilket hade år 2010 hade ökat till 19 procent.

Drygt hälften av cheferna hade besökt en eller flera webbsidor som specialiserat sig på att informera socialarbetare. Vanligast var Sociala nätet (40 procent år 2007 och 31 procent år 2010). Därefter kom Socialvetenskap (23 procent år 2007 och 14 procent år 2010) och Socialtjänstverket (13 procent år 2007 och 5 procent år 2010). De två internationella webbsidorna Nordisk Campbell Center och Campbell Collaboration hade använts av mycket få chefer (2 procent år 2007 och 1 procent år 2010).

⁹ $\chi^2(1) = 8,16, p < .01$

¹⁰ $\chi^2(1) = 4,31, p < .05$

¹¹ $\chi^2(1) = 4,20, p < .05$

¹² $F(1,710) = 6,09, p < .0001$

År 2010 ställdes frågor även om cheferna varit inne på Socialstyrelsens hemsida (87 procent), andra myndigheter än Socialstyrelsen (24 procent), FoU-välfärd (32 procent), olika universitets hemsidor (24 procent), JP-infonet (4 procent), Sveriges kommuner och landsting (3 procent) och FoU-enheter (1 procent).

År 2007 var det vanligare att chefer från IFO tog del av kunskap från facktidsskrifter (79 procent) än chefer från ÄFO (71 procent)¹³, att chefer med magisterexamen läste vetenskapliga tidskrifter (13 procent) än de utan (4 procent)¹⁴, oftare läste längre forskningsrapporter (63 procent) än de som saknade sådan (43 procent)¹⁵.

År 2010 var det vanligare att chefer från IFO besökte webbsidor (76 procent) än chefer från ÄFO (63 procent)¹⁶, att de läste kortare forskningsrapporter (63 procent) än chefer från ÄFO (38 procent)¹⁷, att de läste böcker och längre forskningsrapporter (44 procent) än chefer från ÄFO (35 procent)¹⁸, att de besökte konferenser (82 procent) än chefer från ÄFO (66 procent)¹⁹, att de fick information från kollegor (66 procent) än chefer från ÄFO (55 procent)²⁰. Chefer med magisterexamen hade också oftare läst längre forskningsrapporter (55 procent) än de som saknade sådan (39 procent)²¹, kortare forskningsrapporter (66 procent) än de som saknade sådan (53 procent)²². Chefer som läst vetenskapliga tidskrifter hade i allmänhet fler anställda ($n = 44$) än de som inte gjort det ($n = 26$)²³.

Tabell 6. Vilka källor använder du för att ta del av aktuella forskningsrön inom ditt arbetsområde? (procent)

	2007 (n = 834)	2010 (n=745)
Konferenser och föreläsningar	59	76
Webbsidor	53	72
Facktidsskrifter (t.ex. Socionomen eller Äldre i Centrum)	53	72
Kollegor	49	62
Kortare forskningsrapporter eller sammanfattningar	51	55
Böcker eller längre forskningsrapporter	31	55
Interna kurser, studiecirklar, konferenser eller liknande	31	39
Andra externa kurser, studiecirklar, seminarier eller liknande	27	30
Vetenskapliga tidskrifter (t.ex. British Journal of Social Work)	3	19

¹³ $\chi^2(1) = 5,59, p < .05$

¹⁴ $\chi^2(1) = 15,01, p < .0001$

¹⁵ $\chi^2(1) = 8,32, p < .01$

¹⁶ $\chi^2(1) = 13,40, p < .001$

¹⁷ $\chi^2(1) = 40,55, p < .0001$

¹⁸ $\chi^2(1) = 4,82, p < .05$

¹⁹ $\chi^2(1) = 22,09, p < .0001$

²⁰ $\chi^2(1) = 9,71, p < .01$

²¹ $\chi^2(1) = 8,32, p < .01$

²² $\chi^2(1) = 5,79, p < .05$

²³ $F(1,717) = 16,61, p < .0001$

Användning av evidensbaserade behandlingsinsatser

Cheferna fick ange om deras enheter använde några evidensbaserade behandlingsinsatser²⁴ (utan fasta svarsalternativ), samt vilka och i vilken omfattning. Svarsalternativen var ”i stor omfattning”, ”i viss omfattning” samt ”inte alls”. I tabellen nedan redovisas andelen som angett ”i stor omfattning” och ”i viss omfattning” sammanslaget. I efterhand har det konstaterats att begreppet ”evidensbaserad behandlingsinsats” är oprecist eftersom det bland forskare och praktiker råder delade meningar om när en insats har evidens. Några anser att det räcker att en metod har positiva effekter i en utvärdering med jämförelsegrupp och för- och eftermätning samt resultaten publicerats i en vetenskaplig tidskrift. Andra kräver att en rad felkällor kontrollerats och oberoende av om resultaten publicerats i en vetenskaplig tidskrift. För att undvika denna debatt redovisas här de insatser som är manualbaserade och 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. Detta kan också innebära vissa avvikelser mellan de följande resultaten och de som publicerats i en tidigare rapport om 2007 års undersökning [1].

Resultaten visar generellt att cheferna hade begränsad kunskap om innebörden av evidensbaserade insatser eftersom många nämnde företeelser som inte kan kategoriseras som insatser överhuvudtaget²⁵.

De evidensbaserade/manualbaserade insatserna var vanligast inom verksamheter som arbetade med ungdomar och missbruk och minst vanligt för verksamheter som arbetade med personer med funktionshinder och äldre. Det saknades helt evidensbaserade/manualbaserade insatser inom verksamhetsområdet försörjningsstöd, vilket är logiskt med tanke på att det så vitt känt saknas insatser med vetenskapligt stöd.

Den vanligast förekommande behandlingsinsatsen var motiverande intervju (MI) som användes av 15 respektive 20 procent av de enheter som arbetar med missbruk. Det förekom också ett antal metoder som användes av

²⁴ Med evidensbaserade behandlingsmetoder menas här insatser som har utvärderats i svenska eller internationella jämförande studier med före- och eftermätningar (kontrollerade experimentella studier med eller utan randomisering) och som visat sig ha gynnsamma effekter för klienterna.

²⁵ T.ex. dokumentationssystem som Barns Behov I Centrum (BBIC), bedömningsmetoder (t.ex. Adolescent Drug Abuse Diagnosis - ADAD) och aktiviteter som inte räknas som behandling (t.ex. systemteoretiskt synsätt, enkäter, fokusgrupper och integrerad utvärdering). I flera fall var dessutom insatserna så fragmentariskt beskrivna att de inte säkert kan kategoriseras (t.ex. lösningsfokuserat behandlingsarbete, strukturerade samtal i familjehandling och psykosocialt behandlingsarbete på psykodynamisk grund).

mindre än en procent. Dessa har sammanförts under rubriken ”mindre vanliga program” (tabell 7).

År 2007 fanns det ingen statistiskt säkerställd skillnad ($p > .05$) i användandet av evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser som kunde knytas till chefens kön eller om han eller hon hade en magisterexamen eller högre. Inte heller fanns det någon tydlig koppling till hur många som cheferna hade personalansvar för. Däremot var det väsentligt vanligare att chefer inom IFO använde evidensbaserade/manualbaserade insatser (34 procent) än de inom ÄFO (3 procent)²⁶.

²⁶ $\chi^2(1) = 100,18, p < .0001$

Tabell 7. Andel chefer som uppgav att "evidensbaserade" behandlingsinsatser användes i åtminstone någon omfattning på deras enhet (grupperat efter verksamhetsområden)

Verksamhetsområde	Behandlingsinsats	2007 (n=834)	2010 (n=757)
Barn och familj	Komet	8	8
	Community Parent Education program (COPE)	4	5
	De otroliga åren (The incredible years)	3	3
	Marte Meo	3	2
	Trappan	<1	2
	Kognitiv beteendeterapi (KBT) ²⁷	5	1
	Diverse mindre vanliga program ²⁸	2	<1
	<i>Någon av ovanstående</i>	30	21
Ungdomar	Aggression Replacement Training (ART)	16	10
	Funktionell familjeterapi (FFT)	6	8
	Komet	8	6
	Multisystemisk terapi (MST)	8	5
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	5	2
	The Children Are People Too (CAP)	<1	1
	Örebro preventionsprogram (ÖPP)	3	<1
	Diverse mindre vanliga program ²⁹	3	5
	<i>Någon av ovanstående</i>	24	23
Personer med miss- bruksproblem	Motiverande intervju (MI)	15	20
	12-stegsbehandling	10	10
	Återfallsprevention	3	9
	Community Reinforcement Approach (CRA)	2	4
	Kort rådgivning	<1	0
	Ansvarsfull alkoholservering	<1	0
	<i>Någon av ovanstående</i>	23	30
Personer med funk- tionsnedsättningar	Ett självständigt liv (ESL)	<1	2
	Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children (TEACCH)	<1	1
	Supported employment (SE)	<1	1
	Case Management (CM)	<1	1
	Dialektisk beteendeterapi (DBT)	<1	0
	<i>Någon av ovanstående</i>	1	5
Äldre	Fallprevention	0	1
	<i>Minst en metod</i>	24	24

²⁷ 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.

²⁸ Family checkup, Active Parenting, Beardslees family intervention, The Children Are People Too (CAP), International Child Development Programme (ICDP, Vägledande samtal)

²⁹ Beardslee family intervention, Family checkup, Föräldrastegen (Strengthening families program), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), Olweus antimobbingsprogram, Steg för steg (Strengthening families program), Trappan,

Cheferna som ansvarade för enheter med minst en evidensbaserad insats hade arbetat något längre som chef ($M = 8,9$) än de som inte hade några insatser ($M = 7,9$).³⁰

År 2010 kvarstod skillnaden i användandet av evidensbaserade/manualbaserade insatser mellan IFO (34 procent) och ÄFO (8 procent)³¹. I övrigt fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader.

År 2007 var evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser något vanligare i storstäderna och i större städer (t.ex., Kalmar, Karlstad, Linköping), och minst vanliga i turistorter (t.ex., Gotland, Båstad, Rättvik) och glesbygd (t.ex., Ragunda, Torsby, Pajala) (figur 1)³².

År 2010 fanns en snarlik skillnad där det framför allt var vanligare med evidensbaserade/manualbaserade insatser i storstäderna och minst vanligt i turistorter och glesbygd.³³ Kommunindelningen bygger på Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning som utgår från vissa strukturella egenskaper (t.ex. befolkningens storlek och pendlingsmönster samt näringslivsstrukturen).



Figur 1. Användning av "evidensbaserade" behandlingsinsatser, fördelat på kommuntyp

³⁰ $F(1,832) = 5,45, p < .05$

³¹ $\chi^2(1) = 58,56, p < .0001$

³² Indelningen i kommuntyper baseras på Statistiska centralbyrån (2011); $\chi^2(8) = 20,22, p < .01$

³³ $\chi^2(8) = 17,79, p < .05$

Användning av standardiserade bedömningsinstrument

För att kunna ge klienter den hjälp de behöver måste det finnas relevanta och tillförlitliga metoder för att kunna bedöma klienternas situation, problem och behov [14], och i det sammanhanget är det viktigt med standardiserade bedömningsinstrument. Ett exempel är formulär med fastställda frågor och svarsalternativ i form av en numerär eller verbal skala. Det kan handla om intervjuformulär, skattningsformulär eller observationsformulär.

Användningen av standardiserade bedömningsinstrument undersöktes i enkäten genom att cheferna fick ta ställning till 16 vanligt förekommande standardiserade bedömningsinstrument (2007) respektive 25 (2010). Det fanns också möjlighet att ange andra bedömningsmetoder, något som 17 respektive 16 procent av cheferna gjorde.

Andelen chefer som uppgav att deras enheter använde standardiserade bedömningsinstrument ökade mellan 2007 och 2010 (tabell 8).

Standardiserade bedömningsinstrument utvecklas för att användas på en avgränsad grupp klienter. Därför undersöktes också hur ofta bedömningsinstrument användes (i någon omfattning) beroende på vilket verksamhetsområde som cheferna ansvarade för (tabell 8). För tre av sakområdena skedde en påtaglig ökning mellan 2007 och 2010: barn under 12 år (inklusive familjen), ungdomar och missbruk. Inom försörjning och funktionsnedsättning skedde en viss ökning, medan användningen av bedömningsinstrument för äldre minskade tydligt. Det senare resultatet reser frågor om urvalets representativitet; skiljer sig de som av slumpen valts ut 2007 från de 2010?³⁴.

Användandet av standardiserade bedömningsinstrument var inte tydligt relaterat till chefers kön eller om han eller hon hade magisterexamen eller ej. Cheferna år 2007 som ansvarade för enheter med minst en standardiserad bedömningsmetod hade arbetat något längre som chef ($M = 8,5$) än de som inte hade några evidensbaserade insatser ($M = 7,4$).³⁵ De ansvarade också för fler personal ($M = 43,1$) än de som inte hade några standardiserade bedömningsinstrument ($M = 27,7$).³⁶ Det var vanligare att chefer inom ÄFO (73 procent) angav att man använde bedömningsinstrument år 2007 än IFO (58 procent)³⁷, medan relationen var omvänd 2010 (IFO = 74 procent; ÄFO = 59 procent)³⁸. I övrigt fanns inte några säkerställda skillnader år 2010.

³⁴ Andelen chefer från ÄFO var dock lika stor båda åren, 32 procent.

³⁵ $F(1,796) = 4,53, p < .05$

³⁶ $F(1,773) = 5,50, p < .05$

³⁷ $\chi^2(1) = 17,55, p < .0001$

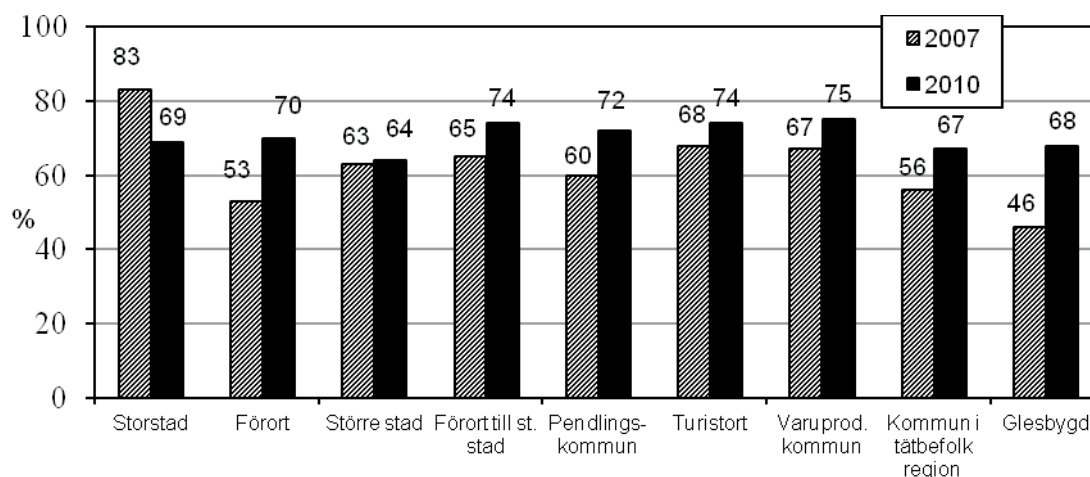
³⁸ $\chi^2(1) = 18,92, p < .0001$

Tabell 8. Andel chefer som uppgav att standardiserade bedömningsinstrument användes i någon omfattning på deras enhet (grupperat efter verksamhetsområden)

Verksamhetsområde	Bedömningsmetod	2007	2010
Barn och familj	Ester	0	11
	Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)	3	8
	Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)	4	5
	PATRIARK	1	5
	Familjeklimat	0	5
	Early Assessment Risk List (EARL)	< 1	3
	Child behaviour checklist (CBCL)	0	3
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	2
	Familjen i hemmet	2	0
	<i>Någon av ovanstående</i>	10	27
Ungdomar	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	16	36
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	6	31
	Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)	21	30
	Känsla av sammanhang (KASAM)	0	19
	Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)	7	6
	Youth Self Report (YSR)	0	3
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	1
	Familjen i hemmet	2	0
	<i>Någon av ovanstående</i>	35	59
Personer med missbruksproblem	Addiction Severity Index (ASI)	51	61
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	29	51
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	16	43
	Känsla av sammanhang (KASAM)	10	18
	Alkohol/Drog Diagnos Instrument (ADDIS)	0	16
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	9
	DOKumentationssystem inom ungdoms- och missbrukarvården (DOK)	2	4
	<i>Någon av ovanstående</i>	62	74
Personer med försörjningsproblem	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	14	15
	Bedömningsinstrument X (KNUT)	-	6
	<i>Någon av ovanstående</i>	14	18
Personer med funktionsnedsättningar	Camberwell Assessment of Need (CAN)	13	11
	Känsla av sammanhang (KASAM)	6	14
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	6
	Global funktionsmätning (GAF)	0	5
	Symptom Checklist (SCL 90)	1	2
	Diverse bedömningsmetoder ³⁹	0	1
	<i>Någon av ovanstående</i>	24	27
Äldre	Något ADL-instrument	56	45
	Comparative Outcome Assessment Tool (COAT)	3	2
	Swedish National study on Aging and Care (SNAC)	3	<1
	Camberwell Assessment of Need (CAN)	11	0
	Gottfries-Bråne-Steen-skalan (GBS)	0	5
	Downtown fall	0	1
	<i>Någon av ovanstående</i>	61	46
Totalt	Minst en metod	63	71

³⁹ Norton, Mini Mental Test (MMT), Comparative Outcome Assessment Tool (COAT), Outcome Rating Scale (ORS) eller Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ)

Bedömningsinstrument var vanligast bland enheter i storstäderna jämfört med framför allt förortskommuner och gruppen ”övriga kommuner med mer än 25 000 innevånare” (figur 2)⁴⁰. Användningen år 2007 var ungefär lika stor i Götaland (63 procent), Svealand (63 procent) och Norrland (59 procent). Av de kommuner som undersöktes 2010 så använde var tre av de som inte använde bedömningsinstrument belägna i Götaland och tre i Svealand.



Figur 2. Användning av bedömningsinstrument fördelat på kommuntyp

Samband mellan användning av bedömningsinstrument och insatser

Det fanns ett samband i förekomst mellan bedömningsinstrument och evidensbaserade insatser; ju fler bedömningsinstrument, desto fler evidensbaserade insatser användes⁴¹. År 2007 gällde det speciellt för de missbruksenheterna ($r = .34, p < .0001$); av de enheter där ingen bedömningsmetod användes var det endast sex procent som använde någon evidensbaserade insats, bland de med en eller flera bedömningsmetoder var det 34 procent. För enheter som arbetade med ungdomar fanns också ett svagt samband ($r = .11, p < .05$), medan det saknades statistiskt säkerställda samband för övriga verksamhetsområden. År 2010 var det missbruk ($r = .25, p < .0001$), barn ($r = .21, p < .001$) samt ungdom ($r = .14, p < .01$) där sambanden var säkerställda. Det betyder att resultaten från 2007 och 2010 i allt väsentligt överensstämmer.

⁴⁰ $\chi^2(8)=31,59, p < .0001$

⁴¹2007: $r = .20, p < .0001$; 2001: $r = .26, p < .0001$

Slutsatser och diskussion

I denna enkätundersökning undersöktes inställningen till evidensbaserad praktik bland chefer inom svensk socialtjänst, liksom användningen av bedömningsinstrument och evidensbaserade insatser på chefernas enheter.

Resultaten visar att en klar och ökande majoritet av cheferna var påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik. År 2010 var det endast två av 745 som uppgav att de var ointresserade. Tillsammans med tidigare studier om socialarbetares ökade intresse för en evidensbaserad praktik [9, 10] visar resultaten att det finns goda förutsättningar för fortsatt spridningar av en evidensbaserad praktik; utan ett tydligt stöd från den budget- och verksamhetsansvarige chefen är risken överhängande att en evidensbaserad praktik stannar på papperet.

Enligt enkätsvaren använde 70 procent av enheterna åtminstone delvis - dömningsmetoder år 2010 och 24 procent använde evidensbaserade behandlingsinsatser, varav det i flera fall handlar om insatser där det vetenskapliga underlaget är svagt eller tveksamt. Dessa andelar ska inte betraktas som exakta siffror utan anger en ungefärlig omfattning. Det ska noteras att studien inte ger någon information om hur många klienter som blivit föremål för standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser, endast att det förekommer i någon omfattning. För att få tillförlitlig information om antalet krävs att data samlas in lokalt på plats.

Tidigare undersökningar som behandlat ämnet har inte använt samma målgrupp, urval och frågor och därför går det inte att säkert avgöra om det skett någon förändring över längre tid i användandet av bedömningsmetoder och insatser. Det finns dock tecken på en ökning: En intervjustudie från 2003 [13] baserades på drygt 700 socialarbetare och chefer från samma verksamhetsområden som i denna studie redovisar 20 procent som använde standardiserade bedömningsinstrument. År 2007 var andelen således tre gånger högre och 2010 tre och en halv gång högre.

Enkätsvaren är kortfattade och anger inte ifall bedömningsmetoderna och insatserna användes med hög behandlingstrohet, något som är viktigt om behandlingsinsatser ska ha den effekt som kan förväntas av dem [15, 16]. Det finns svenska resultat som talar för att insatser inte alltid används som avsett. Kaunitz och Strandberg (2009) har undersökt 104 slumpvis utvalda kommunal- och stadsdelsförvaltningar och deras arbete med Aggression Replacement Training (ART). Av dem som sade sig använda ART var det endast en minoritet som använde ART enligt manualen [17].

Enkätresultaten visar att standardiserade bedömningsinstrument var relativt vanliga, vilket är ett viktigt resultat för den fortsatta implementeringen av evidensbaserade behandlingsinsatser. Våra erfarenheter är att användandet av standardiserade bedömningsinstrument kan underlätta implementeringen av evidensbaserade behandlingsinsatser eftersom den strukturerade och standardiserade formen i bedömningsmetoder också tydliggör fördelar-

na med evidensbaserade behandlingsinsatser. Det stöds också delvis av våra resultat, framför allt inom missbruksområdet. Det faktum att många kommuner använde standardiserade bedömningsinstrument antyder således att även evidensbaserade behandlingsinsatser kommer att öka i förekomst.

Vidare fanns en påtaglig skillnad beroende på vilka verksamhetsområden som cheferna ansvarade för. Lite förenklat var standardiserade bedömningsinstrument vanligare på enheter som arbetar med äldre och personer med missbruksproblem, medan evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser var vanligare på de enheter som arbetar med barn och unga samt personer med missbruk. Dessa skillnader kan eventuellt förklaras av flera statliga satsningar för att sprida evidensbaserade behandlingsinsatser inom ramen för Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika, Statens folkhälsoinstitut samt Sveriges Kommuner och Landstings implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Kunskap till praktik) och där har fokus legat på just barn och unga samt missbrukare och beroendevården. Få enhetschefer nämnde evidensbaserade behandlingsinsatser för äldre, vilket är logiskt med tanke på att det finns få kända evidensbaserade behandlingsinsatser inom socialtjänsten för denna målgrupp. Däremot finns sådana inom den landstingsdrivna äldre vården.

Resultaten visar att det endast finns små skillnader mellan olika kommuntyper och landsändar när det gäller användandet av standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade behandlingsinsatser. Detta ger värdefull information för hur ett framtida nationellt stöd till spridningen av en evidensbaserad praktik kan utformas.

Sammantaget talar resultaten för goda förutsättningar för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten i Sverige. Den fortsatta spridningen av evidensbaserade behandlingsinsatser kan dock begränsas av bristen på kunskap om olika metoders effekter. Dessutom kan utvecklingen hämmas om det inte finns en lokal och regional utbildnings- och kvalitetssäkringsorganisation som kan stödja implementeringen av standardiserade bedömningsinstrument och evidensbaserade behandlingsinsatser.

Referenser

1. Socialstyrelsen. På väg mot en evidensbaserad praktik 834 kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden; 2008.
2. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren. SOU (2008:18):
3. Regeringen. Hur ska kunskapsbasen och kvaliteten stärkas inom socialtjänsten? 2011 [cited; Available from: www.regeringen.se/sb/d/11032/a/111632#item111632
4. Regeringen. Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik. 2011 [cited; Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/160837>
5. Sackett, DL, Rosenberg, WM, Gray, JA, Haynes, RB, Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal. 1996; 312(71).
6. 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(7).
7. Haynes, RB, Devereaux, PJ, Guyatt, GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ. 2002; 324(7350):1350.
8. Bergmark, Å, Lundström, T. Kunskaper och kunskapssyn. Om socialarbetare inom socialtjänsten. Socionomens forskningssupplement. 2000; 4(2000):1-16.
9. Bergmark, Å, Lundström, T. Att studera rörliga mål – om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete. Socionomens forskningssupplement. 2007; 21(2007):4-16.
10. Bergmark, A, Lundström T. Evidensfrågan och socialtjänsten – om socialarbetares inställning till en vetenskapligt grundad praktik. Socionomens forskningssupplement. 2008; 23(2008):5-14.
11. Fixsen, DL, Naoom, SF, Blasé, KA, Friedman, RM, Wallace, F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network; 2005.
12. Bergmark, Å, Lundström, T. Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Socialvetenskaplig tidskrift. 1998; 4(1998):291–312.
13. Socialstyrelsen. Systematisk bedömning inom socialtjänsten. Stockholm; 2004.

14. Bloom, M, Fischer, J. & Orme, J. G. . Evaluating Practice - guidelines for the accountable professional: Allyn & Bacon, Needham Hights; 1999.
15. Wilson, DB, Lipsey, MW. The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. Psychological methods. 2001; 6:413-29.
16. 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.
17. Kaunitz, C, Strandberg, A. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige- evidensbaserad socialtjänst i praktiken. . Socionomens forskningssupplement. 2009; 26:36-52.