

Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013

**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 9789175551661
Artikelnummer 2014-3-17

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2014

Förord

Årligen får cirka 800 000 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 underbyggda regeringens och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammaren 2010 en överenskommelse om att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten [2].

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvis 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 och 2010 [3, 4]. Här presenteras resultaten från 2013.

Ansvariga för studien är Ulrika Bergström och Knut Sundell, båda från enheten för kunskapsutveckling.

Stockholm i januari 2014

Sven Ohlman
avdelningschef
avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Summary	8
Inledning	9
Genomförande	11
Andel svarande	11
De undersökta cheferna 2013	12
Inställningen till evidensbaserad praktik	13
Intresset för en evidensbaserad praktik	13
Upplevt behov av nya metoder	14
Krav för att införa nya evidensbaserade insatser	15
Användning av kunskap	17
Vägar att söka kunskap	17
Användning av Socialstyrelsens publikationer	18
Specifika publikationer till sakområden	19
Användning av standardiserade bedömningsmetoder	21
Variabler som kan förklara användningen av bedömningsmetoder	25
Användning av "evidensbaserade" insatser	26
Variabler som kan förklara användningen av "evidensbaserade" insatser	28
Slutsatser och diskussion	29
Tillförlitlighet	30
Referenser	32

Sammanfattning

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning om evidensbaserad praktik riktad till ett slumpvis urval verksamhetschefer inom individ och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Undersökningen har tidigare genomförts 2007 och 2010. Den senaste undersökningen genomfördes hösten 2013 och omfattar svar från 839 chefer (svarsfrekvens 81 procent). Resultaten visar att:

- Andelen av cheferna som är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik har ökat från 68 (2007) till 77 procent (2013).
- Användningen av standardiserade bedömningsmetoder har ökat från 63 (2007) till 75 procent (2013).
- Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde evidensbaserade insatser är oförändrad, cirka 20 procent vid alla undersökningstillfällen (22 procent 2013). Det ska noteras att det i flera fall handlar om insatser där det vetenskapliga underlaget är svagt eller tveksamt.
- Det fanns inga påtagliga skillnader i användandet av vare sig bedömningsmetoder eller insatser mellan olika kommuntyper.
- Det fanns inga påtagliga skillnader som kan kopplas till chefernas utbildning eller kön.
- 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.
- Cheferna har blivit allt mer intresserade av att ta del av forskningsrön, oberoende av medium. De främsta kanalerna för detta är som tidigare 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 12 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 drygt 20 procent av cheferna som bedömde att deras personal kunde använda standardiserade bedömningsmetoder och systematiskt följa upp utfallet av insatser.

Sökord – Evidensbaserade insatser, standardiserade bedömningsmetoder, socialtjänst

Summary

The National Board of Health and Welfare has conducted an investigation of evidencebased practice, targeting a random selection of social work managers and managers of disability and elderly care. This investigation has previously been carried out in 2007 and 2010. The most recent investigation was conducted in autumn 2013 and includes answers from 839 managers (response frequency 81 per cent). The results reveal that:

- The number of managers who show a clear interest in evidencebased practice has increased from 68 (2007) to 77 per cent (2013).
- The use of standardised assessment tools has increased from 63 (2007) to 75 per cent (2013).
- The proportion that stated they used evidencebased interventions remains unchanged between 2007 and 2013; around 20 per cent (22 per cent in 2013). In some cases, the interventions have a weak or dubious evidence base.
- There were no significant differences in the use of assessment tools or interventions between different types of municipalities or depending on the manager's training or gender.
- Guidelines from government agencies such as the National Board of Health and Welfare and from the Swedish Association of Local Authorities and Regions, were considered important for the implementation of new evidencebased interventions, whilst researchers and user organisations were considered as less important.
- Between 2007 and 2013, the managers have become increasingly interested in research findings. The primary channels for identifying research are conferences and lectures. Websites and webbased courses are becoming increasingly important over time.
- Only a minority of the managers found their coworkers to have sufficient knowledge to conduct evidencebased work. For example, only 12 per cent had adequate knowledge of how to identify evidence on the effects of interventions and six per cent were capable of evaluating the quality of the evidence. In addition, only some 20 per cent of the managers assessed that their staff could use standardised assessment tools, and systematically followup the outcome of services.

Key words – Evidencebased practice, manualized interventions, standardised assessment tools, Social welfare services

Inledning

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvis 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” [5]. 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 [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. 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 söker den professionelle 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 följs de fyra föregående stegen upp med syfte att förbättra arbetet. 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 [8]. Enkätsvaren visade också att relativt få läste exempelvisvetenskapliga tidskrifter och facklitteratur inom ämnet. Resultat från liknande undersökningar av andra forskare från senare tid visar dock att en förändring har skett [9, 10]. Idag är en majoritet av socialarbetarna positivt inställda till en evidensbaserad praktik och fler uppger att de läser facklitteratur regelbundet.

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 [11]. 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 två tidigare tillfällen, hösten 2007 respektive 2010, 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. Tidigare kartläggningar av använda metoder inom socialtjänsten har i huvudsak fokuserat på metodanvändning inom individ och familjeomsorg [12, 13]. Denna longitudinella studie ökar de tidigare kunskaperna på området genom att även inkludera området äldre och funktionshinderomsorg.

I denna rapport beskrivs först hur enkätstudierna har genomförts. Därefter redovisas enhetschefernas inställning till en evidensbaserad praktik, var cheferna hämtar kunskap och användningen av standardiserade bedömningsmetoder respektive evidensbaserade insatser. Avslutningsvis diskuteras hur dessa resultat kan påverka framväxten av en evidensbaserad praktik i Sverige.

Genomförande

Hösten 2007, 2010 samt 2013 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 kommunal delar som kommunerna själva använder i administrativa sammanhang. Tillsammans med de övriga 287 kommunerna blev det totalt 332 kommuner och kommunal delar. Eftersom det är tidskrävande att identifiera namn och elektronisk adress till cheferna valdes 210 kommuner eller kommunal delar (63 procent) ut genom ett obundet slumpurval. Urvalet av kommuner och kommunal delar var detsamma för IFO och ÄFO. I varje utvald kommun och kommunal del valdes alla chefer med verksamhets, budget eller personalansvar. Förfrågan om epostadresser skickades till de utvalda kommunerna i början på juni 2007, 2010 och 2013. 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) respektive fyra (2010 och 2013). Insamlingsarbetet avslutades i början av december vid samtliga tillfällen. Undersökningarna bygger på samma urval av kommuner vid alla tre undersökningstillfällen.

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) besvarade den. Att antalet chefer som tillsänts enkäten varierar kan bland annat förklaras av omorganisationer.

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 exempelvis handla om långtidssjukskrivna personer, chefer som har slutat eller tidsbrist.

¹ $\chi^2(8) = 12,14, p > .05$

De undersökta cheferna 2013

Av de undersökta cheferna 2013 var 84 procent kvinnor. En majoritet (70 procent) hade ansvar för mer än ett verksamhetsområde. Det genomsnittliga antalet sakområden som cheferna ansvarade för var 2,5 (sd = 1,23); drygt var fjärde hade minst fyra sakområden. Det var 37 procent som enbart ansvarade för IFO, 33 procent som enbart ansvarade för ÄFO och 31 procent som ansvarade för både IFO/ÄFO². De vanligaste sakområdena var ungefär desamma vid de tre undersökningstillfällena (tabell 1).

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

Verksamhetsområde	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)
Barn och ungdomar	49	47	43
Personer med försörjningsstöd	32	28	27
Personer med missbruksproblem	32	28	27
Personer med funktionsnedsättningar	54	51	48
Hemlöshet	1	31	26
Våld ³	—	35	34
Äldre	29	37	39

I mer än hälften av fallen (57 procent) hade cheferna en socionomutbildning (IFO = 83 procent, ÄFO = 25 procent och gruppen med både IFO/ÄFO = 60 procent)⁴. En magisterexamen eller högre hade 12 procent av cheferna. Endast en av de 839 cheferna hade en doktorsexamen.

I genomsnitt hade cheferna varit chefer inom sina nuvarande verksamhetsområden i tio år, med en variation på mindre än ett år till 42 år. Två tredjedelar hade varit chef i mindre än tio år. Så gott som alla hade ansvar för verksamhet (94 procent), budget (96 procent) och personal (99 procent). Antalet anställda som cheferna hade personalansvar för varierade mycket; från en person till 500 personer. I genomsnitt handlade det om 25 personer (IFO = 18,9; ÄFO = 32,5; IFO/ÄFO= 25,4)⁵.

² På grund av avrundningsregler blir summan mer än 100 procent.

³ I 2007 års undersökning specificerades inte sakområdet våld i nära relationer. Trots det angav tio chefer att de arbetade med den frågan.

⁴ $\chi^2(2) = 200,54$, $p > .0001$

⁵ $F(2,806) = 12,65$, $p < .0001$

Inställningen till evidensbaserad praktik

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de berörda är positiva till förhållningssättet [11]. 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 av en evidensbaserad praktik ökade för varje undersökningstillfälle (tabell 2). Endast ett fåtal (nio, två resp. en chef) var direkt ointresserade. Andelen som upplevde ett stort intresse för en evidensbaserad praktik från medarbetare och chefskollegor ökade också över tid (tabell 2). Det upplevda intresset från nämndpolitiker var lägre.

Majoriteten av cheferna uppgav att de behövde mer kunskap om evidensbaserad praktik (67 procent) och om hur man implementerar nya metoder och/eller arbetssätt (82 procent).

Det fanns en statistiskt säkerställd skillnad i chefernas uppfattning om medarbetarnas intresse för evidensbaserad praktik. Cheferna för IFO ansåg att 53 procent av deras medarbetare var påtagligt intresserade, medan motsvarande siffror för ÄFO respektive IFO/ÄFO-cheferna var 33 respektive 43 procent⁶. Samma resultat visades för chefernas bedömning av sina kollegors intresse (63, 51 resp. 50 procent)⁷.

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

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

⁶ $\chi^2(2) = 23,30, p < .0001$

⁷ $\chi^2(2) = 10,87, p < .004$

Upplevt behov av nya metoder

En majoritet av cheferna ansåg att det behövs nya metoder för att utvärdera personalens arbete och att bedöma personers behov. Mer än hälften ansåg också att det fanns ett klart behov av nya metoder för verksamhetsuppföljning och nya behandlingsmetoder (tabell 3). Det fanns också en relativt stor andel som ansåg att dessa behov eventuellt fanns. En minoritet (8–18 procent) svarade nej på frågorna. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader ($p > .05$) beroende på chefernas kön, yrkeserfarenhet, antal personer man hade personalansvar för eller den kommuntyp man arbetade inom.

Även om det fortfarande är många som upplever ett behov av nya metoder finns det en trend mot att andelen minskar över tid.

Cheferna för ÄFO upplevde något mindre ofta att det fanns ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten (52 procent) eller nya behandlingsmetoder för vård och omsorgstagare (35 procent). Bland cheferna för IFO upplevde 66 procent ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten och 47 procent ett behov nya behandlingsmetoder för vård och omsorgstagare. För de chefer som ansvarade för både IFO och ÄFO var motsvarand siffror 65 respektive 45 procent⁸.

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)
Utvärdera personalens arbete	75	70	65
Bedöma klienters behov	66	52	48
Nya metoder för verksamhetsuppföljning	56	66	61
Nya behandlingsmetoder	53	46	43

Att arbeta evidensbaserat innebär att man följer en process: Steg 1. Formulera behovet av 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 sträva efter att förbättra arbetet. Cheferna fick 2013 besvara frågor om huruvida de ansåg att deras medarbetare hade tillräcklig kunskap om centrala delar i en evidensbaserat praktik⁹. Svarsalternativen 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 (57 procent). Störst problem såg de i medarbetarnas kunskap om att söka vetenskaplig evidens om insatsers effekter (12 procent) samt om att värdera evidens (6 procent). De såg också stora brister i kunskap om att använda standardiserade bedömningsmetoder (23 procent), att informera personen om förväntade positiva/negativa effekter av möjliga

⁸ $\chi^2(2) = 12,15, p < .002$ resp. $8,04, p < .05$

⁹ Dessa frågor har inte ställts 2007 och 2010.

alternativa insatser (22 procent) samt om att följa upp fattade beslut (23 procent). Resultaten ovan gäller för samtliga chefer och är inte uppdelade på sakområden. I fem fall fanns säkerställda skillnader, där chefer som enbart ansvarade för ÄFO genomgående större kunskapsbrister än chefer som bara ansvarade för IFO eller som både ansvarade för IFO/ÄFO (tabell 4).

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

	IFO (n=297)	ÄFO (n=258)	IFO/ÄFO (n=244)	Sign. skill- nad
Risk och skyddsfaktorer (steg 1)	44	38	42	–
Använda standardiserade bedömningsmetoder (steg 1)	26	17	23	p > .05
Involvera personen i utredningen (steg 1)	70	40	59	p > .0001
Söka vetenskaplig evidens om insatsers effekter (steg 2)	15	7	12	p > .05
Värdera kvaliteten på evidens (steg 3)	5	6	7	–
Informera personen om förväntade pos./neg. effekter (steg 4)	26	16	23	p > .05
Fatta beslut tillsammans med personen (steg 4)	54	35	54	p > .0001
Systematiskt följa upp insatser (steg 5)	20	28	23	–

Krav för att införa nya evidensbaserade insatser

Cheferna fäste störst avseende vid för 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.

År 2013 ansåg en mindre andel av cheferna med enbart ansvar för IFO (26 procent) att krav från riksdagspolitiker var viktigt. Motsvarande siffror för cheferna för ÄFO och för cheferna med ansvar för både IFO och ÄFO var 36 respektive 39 procent¹⁰. När det gällde inställning till rekommendationer från SKL¹¹ var motsvarande siffror 46, 55 respektive 61 procent och när det gällde krav från nämndpolitiker var siffrorna 28, 41 respektive 37 procent¹².

¹⁰ $\chi^2(2) = 11,63, p < .003$

¹¹ $\chi^2(2) = 11,97, p < .002$

¹² $\chi^2(2) = 11,58, p < .003$

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)
Tydlig rekommendation från statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen eller länsstyrelsen)	59	59	56
Tydlig rekommendation från SKL	—	52	54
Uttalat krav från överordnad chef	54	48	44
Tydligt intresse från medarbetarna	52	40	40
Uttalat krav från nämndpolitiker	35	37	35
Uttalat krav från riksdagspolitiker	24	32	33
Tydlig rekommendation från forsknings och utvecklingsenheter	—	28	31
Tydlig rekommendation från forskare på socialhögskolor	23	28	28
Tydlig rekommendation från internationell forskning	21	22	22
Uttalat krav från brukarorganisationer	17	12	15

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. 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 konferenser och föreläsningar (en ökning med 20 procentenheter mellan 2007 och 2013), webbsidor (26 procentenheter), facktidskrifter (24 procentenheter), kollegor (18 procentenheter), interna kurser (10 procentenheter) samt kortare forskningsrapporter (6 procentenheter). Andelen som uppgav att de läste vetenskapliga tidskrifter var densamma 2013 som 2010, vilket innebar att åtta av tio chefer inte läste vetenskapliga tidskrifter.

Tabell 6. Vilka källor har du använt det senaste året för att ta del av aktuella forskningsrön inom ditt arbetsområde? (procent)

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)
Webbsidor	53	72	79
Konferenser och föreläsningar	59	76	79
Facktidskrifter (t.ex. Socionomen eller Äldre i Centrum)	53	72	77
Kollegor	49	62	67
Kortare forskningsrapporter eller sammanfattningar	51	55	57
Interna kurser, studiecirkel, konferenser eller liknande	31	39	41
Böcker eller längre forskningsrapporter	31	55	39
Andra externa kurser, studiecirkel, seminarier eller liknande	27	30	29
Vetenskapliga tidskrifter (t.ex. British Journal of Social Work)	3	19	17
Socialstyrelsens chefsutbildning ¹³	6	10	15
Webbaserade utbildningar ¹⁴	—	3	13
Nedladdade ljudfiler	0	<1	7

Det fanns flera skillnader som kunde knytas till de sakområden cheferna ansvarade för. Att ha deltagit i någon webbaserad utbildning 2013 var vanligare bland chefer från ÄFO (20 procent) och från ÄFO/IFO (14 procent) än bland IFO-chefer (8 procent)¹⁵.

Vad gäller den chefsutbildning som anordnats av Socialstyrelsen hade 23 procent av ÄFO-chefer tagit del av den medan motsvarande siffror för cheferna för både IFO/ÄFO och enbart IFO var 15 respektive 8 procent¹⁶.

¹³ År 2007 frågades efter chefsutbildning från Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).

¹⁴ Webbaserade utbildningar fanns inte med som ett svarsalternativ år 2007.

¹⁵ $\chi^2(2) = 18,54, p < .0001$

¹⁶ $\chi^2(2) = 25,38, p < .01$

Att ha inhämtat kunskap från konferenser och föreläsningar var något vanligare bland IFO-chefer (82 procent) och IFO/ÄFO-chefer (81 procent) än bland ÄFO-cheferna (72 procent)¹⁷.

Andelen som inhämtat kunskap från kortare forskningsrapporter 67 procent bland cheferna från IFO, 62 procent bland IFO/ÄFO-cheferna och 42 procent bland ÄFO-cheferna¹⁸.

Chefer med magisterexamen hade oftare läst vetenskapliga tidskrifter (31 procent) än de utan (14 procent)¹⁹. De hade också oftare läst böcker eller längre forskningsrapporter (49 procent) än de som inte hade magisterexamen (37 procent)²⁰.

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 systematiska översikter. Resultaten var relativt stabila över tid. För 2007 och 2010 ställdes inga frågor om de webbsidor som är markerade med streck.

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

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)
Socialstyrelsens hemsida	—	87	88
Sociala nätet	40	31	38
FoU välfärd	—	32	30
Olika universitets hemsidor	—	24	26
Kunskapsguiden	—	—	18
Andra myndigheter än Socialstyrelsen	—	24	23
JP infonet	—	4	5
Socialvetenskap	23	14	12
Sveriges kommuner och landsting	—	3	5
Socialtjänstverket	13	5	4
Olika FoU-enheter	—	1	2
Campbell Collaboration, Cochrane Collaboration, SFI Campbell	2	1	<1

Användning av Socialstyrelsens publikationer

År 2013 fick cheferna besvara frågor om hur väl de kände till en rad av Socialstyrelsens produkter som behandlar ett evidensbaserat socialt arbete.

Det var få chefer som uppgav att de tagit del av eller använt någon av de webbsidor eller produkter som riktar sig generellt till socialtjänsten och inte till något specifikt sakområde (tabell 8). Det som flest tagit del av var Nyhetsbrevet från nationella riktlinjer; knappt hälften hade tagit del av dem, varav 24 procent hade använt kunskap från dem. I övrigt hade 7–31 procent tagit del av produkterna och 2–9 procent använt dem i arbetet.

¹⁷ $\chi^2(2) = 9,47, p < .0001$

¹⁸ $\chi^2(2) = 36,18, p < .0001$

¹⁹ $\chi^2(1) = 16,55, p < .0001$

²⁰ $\chi^2(1) = 5,46, p < .05$

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

	Känner inte till/osäker/ej svar ²¹	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Nyhetsbrevet "Nationella riktlinjer"	42	13	21	24
Nyhetsbrevet "Evidensbaserad praktik"	50	19	23	8
Nyheter från "Kunskapsguiden"	61	17	17	5
"Att leda en evidensbaserad praktik"	54	18	19	9
"Att skapa en evidensbaserad praktik"	62	15	16	7
Metodguiden	71	14	10	4
Evidensbaserad praktik på Kunskapsguiden	69	15	13	3
Med målet i sikte (MOS)	85	8	5	2

Specifika publikationer till sakområden

Eftersom vägledning är inriktade mot specifika sakområden delades chefernas svar upp. Resultaten visar att de nationella riktlinjerna för demenssjukdom och vård och omsorgsprogrammet för de mest sjuka äldre använts i större uträkning av chefer inom äldreområdet än inom exempelvis funktionshinderområdet (21 resp. 9 procent). Bland cheferna som ansvarar för funktionshinder hade 19 procent använt riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd och 11 procent riktlinjerna för vård vid depression och ångest. Motsvarande siffror för äldreomsorgscheferna var 7 respektive 10 procent (tabell 9).

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 (tabell 10). Det är logiskt, dels med tanke på att det publicerades redan 2007, dels med tanke på att SKL genom projektet Kunskap till praktik sedan 2008 arbetar 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 (publicerade 2010) och vård och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre (2012).

²¹ I resultatet har också de 73 personer som inte besvarat frågan räknats in.

Tabell 9. Andel (procent) chefer med ansvarsområden äldre och funktionshinder som kände till olika nationella riktlinjer och vägledningar, som tagit del av dem eller använde dem i sitt arbete.

	Äldre (n=323)				Funktionshinder (n=402)			
	Känner inte till, osäker, ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt i arbetet	Känner inte till, osäker, ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt i arbetet
NR demenssjukdom	28	10	20	42	45	19	15	21
Vård och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre	42	14	22	22	59	18	14	9
NR depression och ångest	57	21	15	7	49	24	16	11
NR Schizofreni	57	18	15	10	47	18	16	19

Tabell 10. Andel chefer (procent) med ansvarsområden missbruk och hemlösa som kände till olika nationella riktlinjer, som tagit del av dem eller använde dem i sitt arbete.

	Missbruk (n=270)				Hemlösa (n=218)			
	Känner inte till, osäker, ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt i arbetet	Känner inte till, osäker, ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt i arbetet
NR missbruk	21	8	15	56	17	8	18	57
NR depression och ångest	55	23	14	8	60	21	12	7
NR Schizofreni	51	20	15	14	58	18	12	12

Uppföljningen av den vägledning om ”Sociala insatsgrupper” som publicerades i december 2012 och som riktar sig till chefer inom sakområdet ungdomar (13–21 år) är känd av 55 procent. Färre hade läst (24 procent) eller använt den i sitt arbete (12 procent).

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 [14]. Standardiserade bedömningsmetoder²² 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). 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 och 2013 var motsvarande siffror 16 procent respektive 21 procent.

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”.

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökade från 63 procent (2007) till 75 procent (2013) (tabell 11). Andelarna avser dem som använde bedömningsmetoder i någon som helst omfattning.

Standardiserade bedömningsmetoder utvecklas för att användas på en avgränsad grupp vård och omsorgstagare. Därför undersöktes hur ofta bedömningsmetoder användes beroende på vilket verksamhetsområde som cheferna ansvarade för (tabell 11). För fyra områden skedde en påtaglig ökning mellan 2007 och 2013. Dessa områden var: barn under 12 år (inklusive familjen), ungdomar, missbruk och våld i nära relationer.

Framför allt det sista området visar en dramatisk ökning, från 12 procent (2010) till 45 procent (2013). År 2007 var det endast tio chefer som uppgav att de ansvarade för våld i nära relationer. År 2010 hade den siffran ökat till 257 och 2013 till 287. Antalet chefer som angav att de använde bedömningsmetoder om våld (oberoende av om de uppgett att de arbetade med området våld i nära relationer) ökade från 22 år 2007, till 32 år 2010 och 129 år 2013²³. Eftersom uppgifterna för 2007 är osäkra redovisas inte några procentandelar för 2007.

Det ska noteras att det tillkommit nya bedömningsmetoder med tiden. Dit hör bedömningsmetoder som regeringen uppdragit Socialstyrelsen att utveckla: FREDA²⁴,

²² 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.

²³ PATRIARK användes på tio arbetsplatser (2007) och ökade till 18 (2010) och 56 (2013). SARA ökade från att användas på 19 arbetsplatser (2007) till 25 (2010) och 54 (2013). Bedömningsmetoden FREDA lanserades 2012 och användes på 84 arbetsplatser 2013.

²⁴ FREDA består av tre standardiserade bedömningsmetoder som är tänkta att användas i socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer.

FIA²⁵, BRA-fam²⁶ och BAS²⁷. Samtliga fyra bedömningsmetoder har lanserats efter 2010 och har på kort tid fått relativt stor spridning.

Användandet av standardiserade bedömningsmetoder var inte tydligt relaterat till om chefen hade magisterexamen eller ej. Cheferna som ansvarade för enheter som använde minst en standardiserad bedömningsmetod hade något fler medarbetare ($M = 29,9$) än de som inte använde några standardiserade bedömningsmetoder ($M = 23,2$)²⁸. Manliga chefer hade oftare medarbetare som använde standardiserade bedömningsmetoder (84 procent) än kvinnliga (73 procent)²⁹.

²⁵ Förutsättningar Inför Arbete (FIA) ett kartläggningsinstrument som innehåller fördjupade frågor om bland annat utbildning, socialt nätverk, psykisk och fysisk hälsa, beroendefrågor, boende, närståendes situation, arbetsmarknads- insatser och mål i fråga om arbete.

²⁶ BRA-fam är en standardiserad bedömningsmetod för rekrytering av familjehem.

²⁷ 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.

²⁸ $F(1,829) = 5,29, p < .05$

²⁹ $\chi^2(1) = 6,35, p < .01$

Tabell 11. Användning av standardiserade bedömningsmetoder i någon omfattning

Område	Bedömningsmetod	2007	2010	2013
Barn	BRA-fam	—	—	15
	Child behaviour checklist (CBCL)	0	3	4
	Early Assessment Risk List (EARL)	1	3	0
	Ester	0	11	19
	Familjeklimat	0	5	5
	Familjen i hemmet	2	0	0
	Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)	4	5	6
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	2	6
	Någon av ovanstående	7	22	36
Ungdomar	Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)	21	30	40
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	16	37	43
	BRAfam	—	—	14
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	6	31	35
	Familjen i hemmet	2	0	0
	Känsla av sammanhang (KASAM)	0	19	20
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	1	6
	Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)	7	6	10
	Youth Self Report (YSR)	0	3	4
Någon av ovanstående	35	59	64	
Personer med missbruksproblem	Addiction Severity Index (ASI)	51	61	71
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	29	51	62
	Alkohol/Drog Diagnos Instrument (ADDIS)	0	16	18
	DOKumentationssystem inom missbrukarvården (DOK)	3	4	2
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	9	5
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	16	43	53
	Känsla av sammanhang (KASAM)	10	18	23
	Någon av ovanstående	62	74	81
Personer med försörjningsproblem	Bedömningsmetod KNUT	—	6	0
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	14	15	9
	FIA	—	—	8
	Någon av ovanstående	14	18	15
Personer med funktionsnedsättningar	Camberwell Assessment of Need (CAN)	13	12	12
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	7	6
	Global funktionsmätning (GAF)	0	6	6
	Känsla av sammanhang (KASAM)	6	18	19
	Symptom Checklist (SCL 90)	1	2	1
	Mindre vanliga bedömningsmetoder ³⁰	1	5	2
Någon av ovanstående	25	32	33	
Våld i nära relationer	Freda	—	—	29
	PATRIARK	—	7	20
	Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)	—	10	19
	Någon av ovanstående	—	12	45

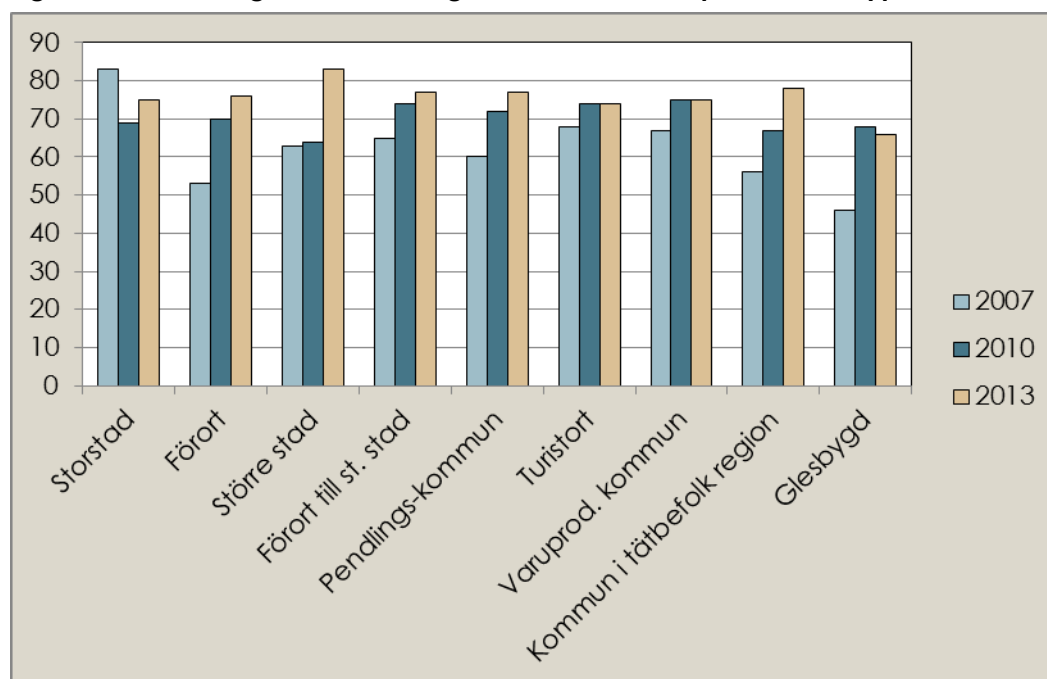
³⁰ Norton, Mini Mental Test (MMT), Comparative Outcome Assessment Tool (COAT), Outcome Rating Scale (ORS), Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ).

Område	Bedömningsmetod	2007	2010	2013
Äldre	Behov av stöd (BAS)	—	—	13
	Camberwell Assessment of Need (CAN)	11	0	0
	Comparative Outcome Assessment Tool (COAT)	3	2	1
	Downtown fall	0	1	0
	Gottfries-Bråne-Steenskalan (GBS)	0	5	4
	Något ADL-instrument	56	45	46
	Någon av ovanstående	61	46	50
Totalt	Minst en bedömningsmetod	63	70	75

Bland cheferna inom IFO uppgav 83 procent att de i verksamheten använde bedömningsmetoder. Motsvarande siffror för IFO/ÄFO-cheferna respektive ÄFO-cheferna var 80 procent respektive 62 procent³¹.

Bedömningsmetoder var något mindre vanligt förekommande i turistorter, glesbygd och varuproducerande kommuner (figur 1)³². Användningen var ungefär lika stor i Götaland (76 procent), Svealand (77 procent) och Norrland (67 procent). Den variation som åskådliggörs i figur 1 kan till en del förklaras av att antalet chefer som representerar de olika kommuntyperna i några fall är låg (34–61). Det medför att små förändringar leder till stora förändringar procentuellt.

Figur 1. Användning av bedömningsmetoder fördelat på kommuntyp



³¹ $\chi^2(2) = 41,07, p < .0001$

³² Indelningen i kommuntyper baseras på Statistiska centralbyrån (2011); $\chi^2(8)=31,59, p < .0001$

Variabler som kan förklara användningen av bedömningsmetoder

Stegvis regressionsanalys användes för att få en bild av faktorer av betydelse för att förklara förekomsten av antal standardiserade bedömningsmetoder. Sammanlagt användes ett 20-tal variabler (tabell 3–5). Resultaten visar att bedömningsmetoder var vanligare på enheter där chefen bedömde att medarbetarna hade tillräckliga kunskaper om att arbeta med bedömningsmetoder, där medarbetarna var intresserade av en evidensbaserad praktik, där de lokala politikerna ställde krav på ett evidensbaserat arbetssätt och där chefen hade en magisterexamen. Resultatet ska betraktas med försiktighet eftersom de är korrelativa och därför inte kan användas för att dra kausala slutsatser.

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 ej. 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 många nämnde företeelser som inte kan kategoriseras som insatser över huvudtaget³³.

Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde evidensbaserade insatser var ungefär densamma, drygt 20 procent, vid samtliga tre undersökningstillfällen.

De "evidensbaserade" insatserna var vanligast inom verksamheter som arbetade med ungdomar och missbruk och minst vanligt inom verksamheter som arbetade med personer med funktionshinder och äldre. 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 och 19 procent respektive år av de enheter som arbetar med missbruk. Det förekom också ett antal metoder som användes av mindre än en procent. Dessa har sammanförts under rubriken "mindre vanliga program" (tabell 12).

År 2013 fanns det ingen statistiskt säkerställd skillnad ($p > .05$) i användningen av "evidensbaserade" insatser 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 eller till chefernas yrkeserfarenhet.

Det var vanligast med "evidensbaserade" insatser inom IFO (31 procent). Siffrorna för IFO/ÄFO respektive ÄFO var 28 procent respektive 6 procent³⁴.

³³ T.ex. uppgavs 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 familjebehandling och psykosocialt behandlingsarbete på psykodynamisk grund).

³⁴ $\chi^2(2) = 62,50, p < .0001$

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

Verksamhetsområde	Insats	2007	2010	2013
Barn	Community Parent Education program (COPE)	4	5	5
	De otroliga åren (The incredible years)	2	3	3
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling	0	0	4
	Kognitiv beteendeterapi (KBT) ³⁵	5	1	1
	Komet	7	8	6
	Marte Meo	2	2	3
	Mindre vanliga program ³⁶	<1	4	4
	Någon av ovanstående	19	19	18
Ungdomar	Aggression Replacement Training (ART)	14	9	7
	Funktionell familjeterapi (FFT)	5	8	6
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling	0	1	4
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	5	3	2
	Komet	8	6	6
	Multisystemisk terapi (MST)	7	5	3
	Örebro preventionsprogram (ÖPP)	3	<1	0
	Mindre vanliga program ³⁷	2	4	2
Någon av ovanstående	28	24	20	
Personer med missbruksproblem	Ansvarsfull alkoholsivering	<1	0	0
	Community Reinforcement Approach (CRA)	2	4	4
	Haschavvänjningsprogrammet	0	5	10
	Kort rådgivning	<1	0	1
	Motiverande intervju (MI)	15	20	19
	12stegsbehandling	10	10	9
	Återfallsprevention/Väckarklockan	3	9	13
	Någon av ovanstående	23	31	31
Personer med funktionsnedsättningar	Case Management (CM)	<1	1	3
	Community Reinforcement Approach (CRA)	0	1	2
	Ett självständigt liv (ESL)	<1	2	3
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	1	2	3
	Motiverande intervju (MI)	2	9	8
	Supported employment (SE)	0	1	1
	Mindre vanliga program ³⁸	1	1	2
	Någon av ovanstående	5	14	17
Våld i nära relationer	Trappan	0	2	3
Hemlöshet	Bostad först	0	0	<1
Äldre	Fallprevention	<1	1	<1
Totalt	<i>Minst en insats</i>	20	25	22

³⁵ 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.

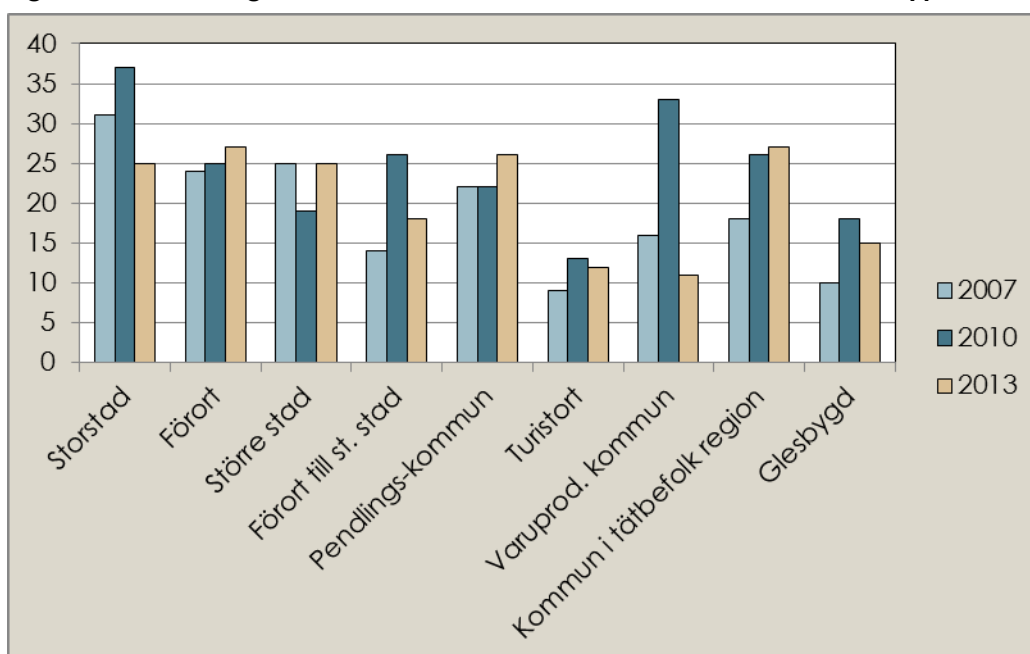
³⁶ Family checkup, Active Parenting, Beardslees family intervention, International Child Development Programme (ICDP), The Children Are People Too (CAP).

³⁷ Ett nytt vägval, Family checkup, Föräldrastegen, Multidimensional Treatment Forster Care (MTFC), Nya steg, Olweus antimobbingsprogram, Steg för steg, Vägvalet.

³⁸ Dialektisk beteendeterapi (DBT), Individual placement and support (IPS), Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH), Kort rådgivning.

En analys av kommuntyper³⁹ visar att 2013 var ”evidensbaserade” insatser något mindre vanliga i kommuner som kategoriseras som turistorter (t.ex. Gotland, Båstad, Rättvik) och glesbygd (t.ex. Ragunda, Torsby, Pajala) (figur 2) samt varuproducerande kommuner⁴⁰. Användningen var ungefär lika stor i Götaland (22 procent), Svealand (26 procent) och Norrland (15 procent). Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.⁴¹

Figur 2. Användning av ”evidensbaserade” insatser för olika kommuntyper



Variabler som kan förklara användningen av ”evidensbaserade” insatser

Ju fler bedömningsmetoder som förekom, desto fler evidensbaserade insatser användes⁴². Detta samband var statistiskt säkerställt för samtliga områden år 2013. Starkast var sambandet för enheter som arbetade med personer med funktionshinder ($r = .25$, $p < .0001$) och äldre ($r = .23$, $p < .0001$). Exempelvis innebär det att av dem som använde standardiserade bedömningsmetoder inom funktionshinderområdet var det 27 procent som också använde evidensbaserade insatser. Av dem som inte använde bedömningsmetoder var det endast 8 procent som använde evidensbaserade insatser.

Som sista analys undersöktes vilka variabler som bäst kan förklara antalet använda evidensbaserade metoder. Sammanlagt användes ett 20 tal variabler (se tabell 3–5). En stegvis regressionsanalys visade att det enda som kunde förklara förekomsten av evidensbaserade insatser var förekomsten av standardiserade bedömningsmetoder. Resultatet ska betraktas med försiktighet.

³⁹ Kommuntyperna är tio till antalet och finns att läsa om hos Sveriges kommuner och landsting, www.skl.se.

⁴⁰ $\chi^2(8) = 18,05$, $p < .05$

⁴¹ I detta fall betyder det att sannolikheten för att skillnaden har uppkommit genom slumpen är 95 procent.

⁴² 2007: $r = .20$, $p < .0001$; 2001: $r = .26$, $p < .0001$; 2013: $r = .23$, $p < .0001$

Slutsatser och diskussion

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

Resultaten visar en ökande andel chefer som är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik, från 68 procent (2007) till 77 procent (2013). År 2013 var det endast en chef av 839 som uppgav sig vara ointresserad. Tillsammans 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. Men utan ett tydligt stöd från budget och verksamhetsansvariga chefer är risken överhängande att en evidensbaserad praktik stannar på papperet.

Enligt enkätsvaren använde en ökande andel av enheterna, 75 procent år 2013, åtminstone en standardiserad bedömningsmetod. En intervjustudie från 2003 [13], som omfattar drygt 700 socialarbetare och chefer från samma verksamhetsområden som i denna studie, redovisade 20 procent att de använde standardiserade bedömningsmetoder. År 2013 var andelen således nästan fyra gånger högre. Värt att notera är att de bedömningsmetoder som Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att utveckla, har på kort tid kommit att användas i allt högre utsträckning.

Andelen som använde ”evidensbaserade” insatser var i princip oförändrad, 22 procent år 2013, jämfört med 2007. I flera fall handlar det om insatser där det vetenskapliga underlaget är svagt eller tveksamt. 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 hade inte utvärderats i kontrollerade studier [15]. Det fanns forskare som ifrågasatte om man överhuvudtaget kunde tala om ”metoder” i socialt arbete [16].

Resultaten visar att cheferna blivit allt mer intresserade av att ta del av forskningsrön, oberoende av medium. De främsta kanalerna för detta är som tidigare konferenser och föreläsningar men webbsidor och webbaserade utbildningar framstår som allt viktigare, vilket kan förklaras med att dessa ökar och är tillgängliga för alla.

Cheferna hade förhållandevis högt förtroende för rekommendationer från myndigheter som Socialstyrelsen. De hade liten kännedom om vetenskapliga publikationer 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 i språklig framställning och i konkretisering av vad som bör göras). Det ska tydligt redovisas hur produkten tagits fram, och vilket kunskapsunderlag den baseras på.

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

12 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 drygt 20 procent som bedömde att deras personal kunde använda standardiserade bedömningsmetoder och systematisk följa upp utfallet av insatser. Om inte grundutbildningar för socialarbetare ger dessa och andra kompetenser kommer implementeringen av ett evidensbaserat arbetssätt i socialt arbete att avsevärt fördröjas.

Den relativt höga användningen av standardiserade bedömningsmetoder är viktigt för den fortsatta spridningen av 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 undersökningens resultat. Det faktum att många kommuner använde standardiserade bedömningsmetoder antyder således att även evidensbaserade insatser kommer att öka i förekomst.

Det fanns en skillnad i användandet av standardiserade bedömningsmetoder mellan de olika verksamhetsområden som cheferna ansvarade för. Lite förenklat användes standardiserade bedömningsmetoder i högre utsträckning på enheter som arbetar med äldre och med personer med missbruksproblem, medan ”evidensbaserade” insatser oftare användes på de enheter som arbetar med barn och unga samt personer med missbruk. 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 Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika, aktiviteter genomförda av Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut samt Sveriges Kommuner och Landstings implementering av de nationella riktlinjerna för missbruks och beroendevård (Kunskap till praktik).

Tillförlitlighet

Undersökningens styrka är dess omfattning, slumpmässiga urval och höga svarsfrekvens (81 procent), vilket talar för att resultaten är representativa. En annan styrka är att samma enkät (med små förändringar) använts vid samtliga tre 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 evidensbaserade insatser 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 [17, 18]. 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 [19].

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. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten –till nytta för brukaren. SOU (2008:18):
2. Regeringen. Överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik. 2011 [Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/160837>]
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. 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. Evidencebased medicine and knowledge dissemination, translation, and utilization: Challenges of getting evidencebased treatments to patient care and service delivery. *Journal of Evidencebased 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 forsknings supplement*. 2000; 4(2000):1–16.
9. Bergmark, Å, Lundström, T. Att studera rörliga mål – om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete. *Socionomens forsknings supplement*. 2007; 21(2007):4–16.
10. Bergmark, A, Lundström T. Evidensfrågan och socialtjänsten – om socialarbetares inställning till en vetenskapligt grundad praktik. *Socionomens forsknings supplement*. 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. Bergmark, Å, Lundström, T. Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 1998; 5(4):291–312.
16. Bergmark, Å. Om utvärdering av sociala metoder. *Socionomen*. 1993; 1(2):24–30.
17. Wilson, DB, Lipsey, MW. The role of method in treatment effectiveness research: evidence from metaanalysis. *Psychological methods*. 2001; 6:413–29.
18. 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.
19. Kaunitz, C, Strandberg, A. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige evidensbaserad socialtjänst i praktiken. *Socionomens forsknings supplement*. 2009; 26:36–52.