

På väg mot en evidensbaserad praktik

834 kommunala enhetschefer om evidens-
baserad praktik och användning av evidens-
baserade metoder inom socialtjänstens
verksamhetsområden

Knut Sundell
Lars Brännström
Ulf Larsson
Kristin Marklund

ims.

INSTITUTET FÖR UTVECKLING
AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

ISBN 978-91-85999-66-8
Artikelnr 2008-126-28

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2008

Förord

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) har till uppgift att förse det sociala området med samlade erfarenheter från nationell och internationell forskning, huvudsakligen av insatser och metoder som fungerar i det sociala arbetet. I denna studie undersöks hur spridd evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder var hösten 2007 inom svensk socialtjänst. Ambitionen är att upprepa denna studie vid ett senare tillfälle för att undersöka hur utvecklingen ser ut.

Ansvariga för studien är Lars Brännström, Kristin Marklund och Knut Sundell från IMS samt Ulf Larsson, Socialstyrelsens Socialtjänstavdelning.

Stockholm den 28 augusti 2008

Bengt Westerberg
Ordförande i IMS styrelse

Knut Sundell
IMS chef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Inledning</i>	6
Undersökningen	7
Chefernas attityd till en evidensbaserad praktik	8
Socialtjänstenheternas användning av evidensbaserade behandlingsinsatser	11
Socialtjänstenheternas användning av standardiserade bedömningsmetoder	13
Slutsatser och diskussion	16
Referenser	19

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 bedömningsmetoder och evidensbaserade behandlingsinsatser. Resultaten baseras på en elektronisk enkät hösten 2007 till en representativ grupp ($n = 834$) kommunala enhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar. Resultaten visar att:

Sju av tio chefer var mycket intresserade av en evidensbaserad praktik.

Var fjärde arbetsenhet använde åtminstone delvis behandlingsinsatser med evidens, varav sju procent i stor omfattning.

Standardiserade bedömningsmetoder användes i någon omfattning av 63 procent av arbetsenheterna. Av enheterna var det 14 procent som systematiskt använde dessa behandlingsinsatser på alla.

Evidensbaserade behandlingsinsatser var vanligare för områdena barn och unga och missbruk medan standardiserade bedömningsmetoder var vanligare på enheter som arbetar med äldre och personer med missbruksproblem.

Det fanns inga påtagliga skillnader i användandet av vare sig bedömningsmetoder eller behandlingsinsatser mellan olika kommuntyper eller landsändar, 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 storstadskommuner.

Rekommendationer från statliga myndigheter som exempelvis länsstyrelserna och Socialstyrelsen, uttalade krav från överordnade chefer och ett tydligt intresse från medarbetarna betraktades som de viktigaste faktorerna för att införa nya evidensbaserade behandlingsinsatser.

Ingen tidigare undersökning som behandlat ämnet har använt samma målgrupp, urval och frågor, och därför går det inte att säkert avgöra om det skett en förändring i attityderna till evidensbaserad praktik eller i användningen av standardiserade bedömningsmetoder respektive evidensbaserade behandlingsinsatser. Jämförelser med tidigare studier om systematiska bedömningsinstrument antyder dock att användningen av dessa ökat påtagligt under senare år.

Sökord – Evidensbaserade insatser, standardiserade bedömningsmetoder, prevalens, socialtjänst

Inledning

Strävan att utveckla en starkare vetenskaplig kunskapsbas för det sociala arbetet är ingen ny företeelse. I Sverige, till exempel, efterfrågades redan på 1970-talet forskning om resultatet av socialtjänstens insatser.¹ Under de senaste 15 åren har emellertid behovet av kunskap om vilka typer av insatser som är verkningsfulla för socialtjänstens klienter och brukare kommit att uppmärksammas i allt högre utsträckning.² Tillsammans med den professionelles erfarenhet och förmågor samt brukarens erfarenhet och önskemål är denna kunskap en central komponent i det som kommit att kallas för en evidensbaserad praktik.³ Frågan om en evidensbaserad praktik har blivit särskilt aktuell tack vare utredningen om förstärkt kunskapsutveckling inom socialtjänsten.⁴

I en evidensbaserad praktik har den professionelle den viktiga uppgiften att formulera problem och bedöma det vetenskapliga stödet för olika insatserns effekter. 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.

För tio år sedan genomfördes en enkätundersökning riktad till socialarbetare, där många var tveksamma till att använda forskningsbaserade insatser och systematiserade bedömningsmetoder. Enkätsvaren visade också att relativt få läste till exempel vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur inom ämnet.⁵ 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.⁶

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 så att den används regelbundet⁷ och därför är 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 yrkesverksamma syn på kunskap, forskning och metoder har i huvudsak riktat sig till socialsekreterare, behandlare och fältassistenter. Syftet med denna studie är därför att komplettera tidigare forskning på området genom att studera socialtjänstens enhetschefer inställning till en evidensbaserad praktik.

¹ SOU 1974:39

² T.ex. Marsh & Fisher, 2007.

³ Sackett m.fl., 1997; Sackett m.fl., 2000.

⁴ SOU 2008:18

⁵ Bergmark & Lundström, 2000.

⁶ Bergmark & Lundström, 2007; Bergmark & Lundström, 2008.

⁷ Fixsen m.fl., 2005.

Förutom att studera enhetschefernas attityd är syftet också att undersöka i vilken utsträckning socialtjänsterna använder standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade behandlingsinsatser i klientarbetet. Tidigare kartläggningar av använda metoder inom socialtjänsten⁸ har i huvudsak fokuserat på metodanvändning inom individ- och familjeomsorg. Denna studie ökar de tidigare kunskaperna på området genom att även inkludera området äldre och funktionshinder.

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 bedömningsmetoder på deras enheter. Avslutningsvis diskuteras hur dessa resultat kan påverka införandet av en evidensbaserad praktik i Sverige.

Undersökningen

Hösten 2007 sändes en elektronisk enkät till ett urval kommunalt anställda chefer inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Enkäten sändes både till chefer inom individ- och familjeomsorgen (IFO) och till chefer inom området äldre och funktionshinder (ÄFH) som har ansvar för biståndsbedömning och myndighetsutövning eller motsvarande. Chefer för boenden och liknande ingick inte i studien. Det frågeformulär som användes omfattade ett 60-tal frågor om bland annat chefernas inställning till en evidensbaserad praktik samt i vilken utsträckning enheterna använder evidensbaserade behandlingsinsatser och standardiserade bedömningsmetoder. I denna rapport redovisas endast resultat från ett urval av frågorna.

Studien genomfördes som en urvalsundersökning där de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö delades upp i de stads- och kommundelar som kommunerna själva använder i administrativa sammanhang. Tillsammans med de övriga 287 kommunerna blev det totalt 332 kommuner och kommundelar. Eftersom det är tidskrävande att identifiera namn och elektronisk adress till cheferna valdes 210 kommuner eller kommundelar (63%) ut genom ett obundet slumpurval. Urvalet av kommuner och kommundelar var det samma för IFO- och ÄFH-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. 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. 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 varav de sista skickades den 8 november. Insamlingsarbetet avslutades i början av december.

Totalt skickades enkäten till 953 chefer, varav 834 personer besvarade den. Det motsvarar en svarsfrekvens på 88 procent (IFO = 90%; ÄFH = 84

⁸ T.ex. Bergmark & Lundström, 1998; Socialstyrelsen, 2004.

%). Orsaken till bortfallet är okänd men kan till en del handla om långtids-sjukskrivna personer eller chefer som har slutat.

Av de undersökta cheferna var majoriteten kvinnor (76%) och andelen var något högre inom ÄFH (83%) jämfört med IFO (73%).⁹ Av cheferna hade 14 procent en magisterexamen eller högre. Den vanligaste utbildningen bland IFO-cheferna var socionombildning (73%) medan de flesta ÄFH-cheferna hade en högskoleutbildning (68%). I genomsnitt hade de varit chef inom sitt nuvarande verksamhetsområde i åtta år, med en variation mellan mindre än ett år till 37 år. Två tredjedelar hade varit chef i mindre än tio år. Så gott som alla hade ansvar för verksamhet (95%), budget (93%) och personal (97%). Personalansvaret varierade mycket: 2–1 000 personer (som var det högsta tillåtna svarsalternativet). I genomsnitt handlade det om 38 personer, och chefer inom ÄFH hade i genomsnitt fler att ansvara för ($M = 67$) än IFO ($M = 24$).¹⁰

Drygt hälften av cheferna (52%) hade ansvar för mer än ett verksamhetsområde. Resultaten visar att IFO-chefer ibland även ansvarade för äldre och personer med funktionsnedsättningar, liksom att ÄFH-chefer ibland ansvarade för barn och ungdomar samt personer med missbruk och försörjningsstöd. Av de totalt 407 chefer som exempelvis uppgav att de hade ansvar för barn och ungdomar kom 85 procent från gruppen som valts ut eftersom de uppgivits tillhöra IFO, medan 15 procent räknades till gruppen ÄFH (tabell 1). För övriga verksamhetsområden fanns liknande resultat. Av IFO-cheferna hade 14 procent ansvar för verksamhetsområden som normalt sett hör samman med ÄFH. Bland cheferna för ÄFH var det 47 procent som också hade ansvar för verksamhetsområden som räknas till individ- och familjeomsorg. Om urvalet endast hade baserats på endera gruppen chefer skulle det med andra ord ha funnits en risk för snedvridning av resultaten.

Tabell 1. Kombinationer (%) av verksamhetsområden som cheferna ansvarade för

Verksamhetsområde	Antal	IFO (%)	ÄFH (%)
Barn och unga	407	85	15
Personer med försörjningsstöd	270	89	11
Personer med missbruksproblem	333	82	18
Personer med socialpsykiatriska problem	346	65	35
Personer med funktionsnedsättningar	294	32	68
Äldre	239	20	80

Chefernas attityd till en evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik har definierats som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om insatser till enskilda individer”.¹¹ Den integrerar tre kunskapskällor: (1) den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen, (2) bruka-

⁹ $\chi^2(1) = 8,69, p < .01$

¹⁰ $F(1,806) = 42,85, p < .0001$

¹¹ Sackett m.fl., 1996.

rens erfarenhet och önskemål samt (3) den professionelles erfarenhet och förmågor. Sättet att väga samman informationen från dessa källor beror på det nationella och lokala sammanhanget, till exempel den lagstiftning, de riktlinjer och de resurser som finns tillgängliga.

En förutsättning för att införa en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de yrkesverksamma är positiva till den. 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 använde för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt arbetsområde.

En klar majoritet (69%) av cheferna svarade att de var påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik (tabell 2) och så gott som ingen (1%) var direkt ointresserad. Många av cheferna upplevde också att de överordnade cheferna och chefskollegorna var intresserade medan nämndpolitikerna hade visat minst intresse.

Tabell 2. Hur uppfattar du intresset för evidensbaserad praktik på din arbetsplats? (%)

		Inget intresse	Visst intresse	Påtagligt intresse
IFO (n = 564)	Hos mig själv	1	26	74
	Bland medarbetarna på min enhet	2	56	41
	Bland chefskollegor	3	53	45
	Hos min närmast överordnade chef	5	44	51
	Bland nämndpolitiker	16	63	22
ÄFH (n = 270)	Hos mig själv	2	38	60
	Bland medarbetarna på min enhet	5	68	27
	Bland chefskollegor	7	63	30
	Hos min närmast överordnade chef	11	53	37
	Bland nämndpolitiker	23	63	14
TOTALT (n = 834)	Hos mig själv	1	30	69
	Bland medarbetarna på min enhet	3	60	37
	Bland chefskollegor	4	56	40
	Hos min närmast överordnade chef	7	46	47
	Bland nämndpolitiker	18	63	19

Cheferna var relativt eniga om att det behövs nya metoder för att utvärdera personalens arbete (75%) och att bedöma klienternas behov (66%). Drygt hälften ansåg också att det fanns ett klart behov av nya metoder för verksamhetsuppföljning (56%) och nya behandlingsmetoder och insatser (53%). 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 om socialtjänsten behöver nya behandlingsmetoder (10%), nya metoder för verksamhetsuppföljning (7%), nya metoder att utvärdera personalens arbete (8%) respektive nya bedömningsmetoder (17%). Resultaten visade inga statistiskt säkerställda skillnader ($p > .05$) mellan IFO- och ÄFH-chefer, och inte heller några tydliga skillnader beroende på chefsens kön, utbildning eller yrkeserfarenhet, antal personer man hade personalansvar för eller kommunens storlek.

För att införa nya evidensbaserade behandlingsinsatser på arbetsplatserna ansåg de tillfrågade cheferna att det var viktigt med rekommendationer från statliga myndigheter som exempelvis länsstyrelsen eller Socialstyrelsen, krav från överordnade chefer samt ett tydligt intresse från medarbetarna (tabell 3). Faktorer som betraktades som mindre betydelsefulla var krav från brukarorganisationer, tydliga rekommendationer från internationell forskning, rekommendationer från forskare på socialhögskolor samt krav från nämnd- och riksdagspolitiker. Svaren visar att skillnaden var liten mellan IFO- och ÄFH-chefer.

Tabell 3. Vad tror du krävs för att införa nya evidensbaserade behandlingsinsatser på din arbetsplats? (andel som gav svaret "mycket viktigt")

	IFO (n = 564)	ÄFH (n = 270)	Totalt (n = 834)
En tydlig rekommendation från statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen eller länsstyrelsen)	62	54	59
Ett uttalat krav från överordnad chef	56	51	54
Ett tydligt intresse från medarbetarna	55	45	52
Ett uttalat krav från nämndpolitiker	35	35	35
Ett uttalat krav från riksdagspolitiker	23	26	24
En tydlig rekommendation från forskare på socialhögskolor	25	18	23
En tydlig rekommendation från internationell forskning	24	15	21
Ett uttalat krav från brukarorganisationer	17	18	17

En central del i en evidensbaserad praktik är att de professionella själva står för ett aktivt kunskapsinhämtande, exempelvis via vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur. De flesta av cheferna uppgav att de ofta (30%) eller ibland (64%) sökte information om forskning för sitt arbetsområde (tabell 4). De vanligaste källorna till ny forskning var konferenser, Internet och facktidskrifter som till exempel Socionomen. En mycket liten andel brukar läsa vetenskapliga tidskrifter.

Drygt hälften av cheferna hade besökt en eller flera webbsidor som specialiserat sig på att informera socialarbetare. I särklass vanligast var Sociala nätet (40%). Därefter kom Socialvetenskap (23%) och Socialtjänstverket (13%). De två internationella webbsidorna Nordisk Campbell Center (www.sfi.dk/sw22407.asp) och Campbell Collaboration (www.campbell-collaboration.org) hade använts av mycket få chefer (2%).

Tabell 4. Vilka källor använder du för att ta del av aktuella forskningsrön inom ditt arbetsområde? (%)

	IFO (n = 564)	ÄFH (n = 270)	Totalt (n = 834)
Konferenser och föreläsningar	90	89	90
Webbsidor	82	85	83
Facktidskrifter (t.ex. Socionomen)	82	77	81
Kortare forskningsrapporter eller sammanfattningar	78	79	78
Kollegor	76	76	76
Böcker eller längre forskningsrapporter	48	48	48
Interna kurser, studiecirklar, konferenser etc	48	46	47
Andra externa kurser, studiecirklar, seminarier etc	41	49	44
Vetenskapliga tidskrifter (t.ex. British Journal of Social Work)	5	6	5

Socialtjänstenheternas användning av evidensbaserade behandlingsinsatser

Med evidensbaserade behandlingsinsatser menas här insatser som har utvärderats i svenska eller internationella jämförande studier med före- och eftermätningar (experimentella eller kvasiexperimentella studier) och som visat sig ha gynnsamma effekter för klienterna. Cheferna fick ange om deras enheter använde några evidensbaserade behandlingsinsatser, samt vilka och i vilken omfattning. Svartalternativen var ”i stor omfattning”, ”i viss omfattning” samt ”inte alls”.

Av cheferna uppgav 61 procent att evidensbaserade behandlingsinsatser användes i viss eller stor omfattning på deras enhet. En närmare granskning av de nämnda behandlingsinsatserna visade att det ofta handlade om dokumentationssystem (t.ex. Barns Behov I Centrum – BBIC), bedömningsinstrument (t.ex. Adolescent Drug Abuse Diagnosis – ADAD) eller insatser som inte är evidensbaserade eller som är så fragmentariskt beskrivna att de inte säkert kan kategoriseras som evidensbaserade (t.ex. lösningsfokuserat behandlingsarbete, strukturerade samtal i familjebehandling och psykosocialt behandlingsarbete på psykodynamisk grund). Vissa enhetschefer beskrev också aktiviteter som inte räknas som behandling (t.ex. systemteoretiskt synsätt, enkäter, fokusgrupper och integrerad utvärdering).

Totalt bedöms 24 av de nämnda behandlingsinsatserna vara evidensbaserade (tabell 5). Enkätsvaren ger dock ingen information om hur ofta de används eller om insatserna används enligt rekommendationerna.

Med denna avgränsning förekom evidensbaserad behandlingsinsatser på nästan var fjärde enhet. Det var betydligt vanligare bland IFO-cheferna (34%) än bland ÄFH-cheferna (3%).¹² Endast sju procent av cheferna uppgav att de evidensbaserade behandlingsinsatserna användes i stor omfattning på deras arbetsplats (IFO = 10%; ÄFH = 0%). Omräknat till kommunnivå var det 28 procent av kommunerna som erbjöd minst en evidensbaserad behandlingsinsats för åtminstone någon klientgrupp.

¹² $\chi^2(1) = 98,30, p < .0001$

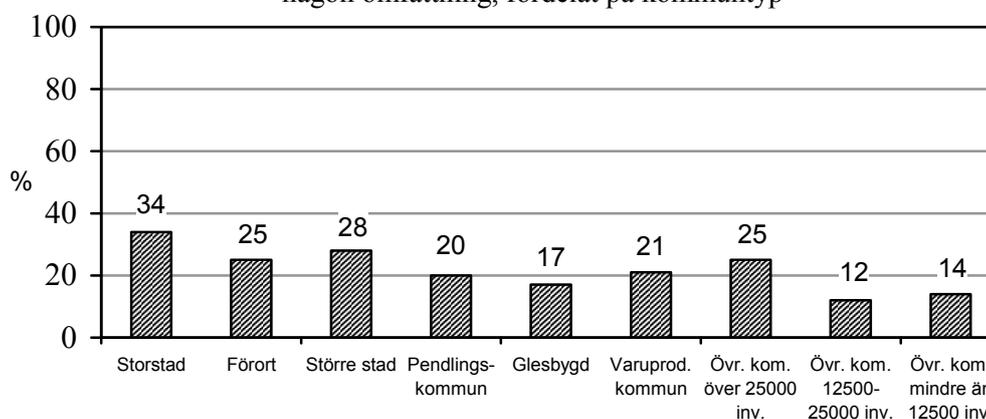
Tabell 5. Evidensbaserade behandlingsinsatser som cheferna uppgav användes i åtminstone någon omfattning på deras enhet (grupperat efter verksamhetsområdet, %)

Verksamhetsområde	Behandlingsinsats	IFO	ÄFH	Totalt
Barn och familj (n = 361)	Komet för föräldrar/ för lärare	8	2	7
	Community Parent Education program (COPE)	4	2	4
	De otroliga åren (The incredible years)	3	0	2
	Marte Meo	3	0	2
	<i>Någon av ovanstående</i>	<i>17</i>	<i>3</i>	<i>15</i>
Ungdomar (n = 376)	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	6	0	5
	Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	1	0	1
	Multisystemisk terapi (MST)	8	2	7
	Funktionell familjeterapi (FFT)	6	0	5
	Aggression Replacement Training (ART)	16	2	13
	Föräldrastegen (Strengthening families program)	<1	0	1
	Steg för steg (Strengthening families program)	<1	0	<1
	Olweus antimobbningsprogram	<1	0	<1
	Örebro preventionsprogram	3	2	3
<i>Någon av ovanstående</i>	<i>30</i>	<i>3</i>	<i>26</i>	
Personer med missbruksproblem (n = 333)	Motiverande intervju	19	0	15
	Community Reinforcement Approach	2	0	1
	Återfallsprevention	4	0	3
	12-stegsbehandling	12	2	10
	Ansvarsfull alkoholserving	<1	0	<1
	Kort rådgivning	<1	0	<1
<i>Någon av ovanstående</i>	<i>27</i>	<i>2</i>	<i>23</i>	
Personer med funktionsnedsättningar (n = 294)	Ett självständigt liv	0	<1	<1
	Dialektisk behandlingsterapi	<1	0	<1
	Case management	1	0	<1
	Supported employment	<1	0	<1
	Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children (TEACCH)	0	1	<1
<i>Någon av ovanstående</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	
Totalt (n = 834)	Minst en metod	34	3	24

Den vanligast förekommande behandlingsinsatsen var motiverande intervju (MI) som användes av 15 procent av de enheter som arbetar med missbruk. De minst vanliga metoderna användes av mindre än en procent. Evidensbaserade behandlingsinsatser var vanligast bland chefer för enheter som arbetade med ungdomar respektive personer med missbruksproblem (tabell 5). Det saknades helt evidensbaserade insatser inom verksamhetsområdena försörjningsstöd respektive äldre.

Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad ($p > .05$) i användandet av evidensbaserade behandlingsinsatser – vare sig i viss omfattning eller i stor omfattning – 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 ingick i personalen. Däremot hade cheferna som ansvarade för enheter med minst en evidensbaserad insats arbetat något längre som chef ($M = 8,9$) än de som inte hade några evidensbaserade insatser ($M = 7,9$).¹³ Analyserna visar också att evidensbaserade behandlingsinsatser var något vanligare i storstäderna och i större städer, och minst vanliga i små kommuner (figur 1).¹⁴ Kommunindelningen bygger på Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning som utgår från vissa strukturella egenskaper (t.ex. befolkningens storlek och pendlingsmönster samt näringslivsstrukturen). Evidensbaserade behandlingsinsatser var dock ungefär lika vanliga i Götaland (23%), Svealand (28%) och Norrland (20%).

Figur 1. Användning av evidensbaserade behandlingsinsatser i någon omfattning, fördelat på kommuntyp



Socialtjänstenheternas användning av standardiserade bedömningsmetoder

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.¹⁵ Det kan göras med hjälp av standardiserade bedömningsmetoder som 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 bedömningsmetoder undersöktes i enkäten genom att cheferna fick ta ställning till 16 vanligt förekommande standardiserade bedömningsmetoder och ange om de används på enheterna. Eftersom bedömningsmetoderna varierar beroende på verksamhetsområdet

¹³ $F(1,832) = 5,45, p < .05$

¹⁴ $\chi^2(8) = 18,42, p < .05$

¹⁵ Bloom m.fl., 1999.

innehöll enkäterna till ÄFH- respektive IFO-cheferna delvis olika förtryckta bedömningsmetoder. Dessutom fanns möjligheten att ange andra bedömningsmetoder än de förtryckta. Cheferna hade att välja mellan svarsalternativen ”på alla klienter”, ”på en enskild grupp klienter”, ”på enstaka klienter” respektive ”inte alls”.

Många chefer uppgav att deras enheter använde standardiserade bedömningsmetoder (63%) åtminstone för enstaka klienter, något som var vanligare inom ÄFH-området (73%) jämfört med IFO-området (58%).¹⁶ Betydligt färre enheter (14%) använder de standardiserade bedömningsmetoder systematiskt på alla klienter (IFO = 12%; ÄFH = 18%). Omräknat till kommunnivå var det 49 procent av kommunerna som använde minst en standardiserad bedömningsmetod för åtminstone någon klientgrupp.

Standardiserade bedömningsmetoder utvecklas för att användas på en avgränsad grupp klienter. Därför undersöktes också hur ofta bedömningsmetoder användes (i någon omfattning) beroende på vilket verksamhetsområde som cheferna ansvarade för (tabell 6). Av dem som arbetade med barn under 12 år (inklusive familjen) använde tio procent någon bedömningsmetod. Bedömningsmetoder riktade till ungdomar förekom på ungefär en tredjedel av arbetsplatserna. Bland enhetscheferna inom missbruksområdet använde mer än hälften (62%) standardiserade bedömningsmetoder. Inom försörjningsområdet förekom endast en bedömningsmetod (Dokumentation Utredning Resultat – DUR) som användes av 14 procent av enheterna. Bedömningsmetoder inom det socialpsykiatriska området förekom på var fjärde arbetsplats och på mer än hälften av enheterna inom äldreområdet.

Standardiserade bedömningsmetoder var vanligast bland enheter i storstäderna jämfört med framför allt förortskommuner och gruppen ”övriga kommuner med mer än 25 000 innevånare” (figur 2).¹⁷ Användningen var ungefär lika stor i Götaland (63%), Svealand (63%) och Norrland (59%). Användandet av standardiserade bedömningsmetoder var inte tydligt relaterat till cheferns kön eller om han eller hon hade magisterexamen eller ej. Cheferna 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 ($M = 7,4$).¹⁸ De ansvarade också för fler personal ($M = 43,1$) än de som inte hade några standardiserade bedömningsmetoder ($M = 27,7$).¹⁹

Det fanns ett visst samband i förekomst mellan bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser; ju fler bedömningsmetoder, desto fler insatser användes.²⁰ Det gäller speciellt för de missbruksenheterna ($r = .34$, $p < .0001$); av de enheter där ingen bedömningsmetod användes var det endast sex procent som använde någon evidensbaserad 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.

¹⁶ $\chi^2(1)=17,55$, $p < .0001$

¹⁷ $\chi^2(8)=31,59$, $p < .0001$

¹⁸ $F(1,796) = 4,53$, $p < .05$

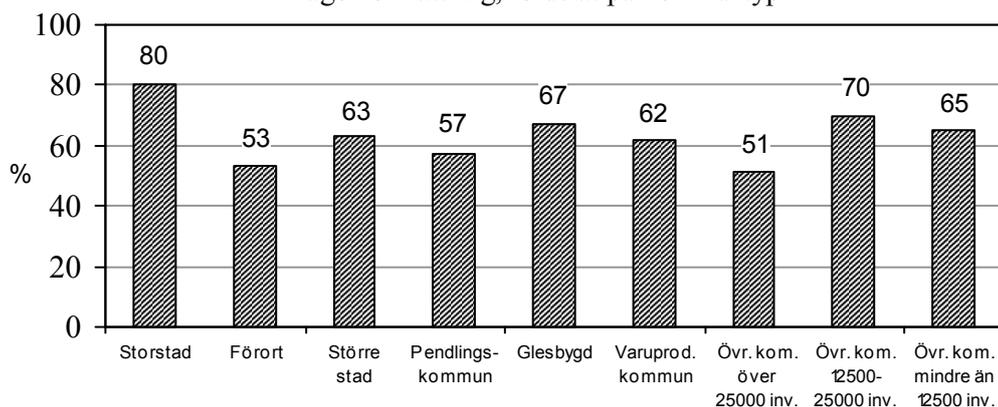
¹⁹ $F(1,773) = 5,50$, $p < .05$

²⁰ $r = .21$, $p < .0001$

Tabell 6. Andel chefer som uppgav att standardiserade bedömningsmetoder användes i någon omfattning på deras enhet (grupperat efter verksamhetsområden, %)

Verksamhetsområde	Bedömningsmetod	IFO	ÄFH	Totalt
Barn och familj (n = 361)	Early Assessment Risk List (EARL)	1	0	< 1
	Familjen i hemmet	3	0	2
	Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)	5	0	4
	PATRIARK	2	0	1
	Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)	4	0	3
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	0	1
	<i>Någon av ovanstående</i>	<i>12</i>	<i>0</i>	<i>10</i>
Ungdomar (n = 376)	Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)	25	0	21
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	19	0	16
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	7	0	6
	Familjen i hemmet	2	0	2
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	2	0	1
	Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)	8	0	7
<i>Någon av ovanstående</i>	<i>42</i>	<i>0</i>	<i>35</i>	
Personer med missbruksproblem (n = 333)	Addiction Severity Index (ASI)	62	0	51
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	36	0	29
	Dokumentationssystem inom ungdoms- och missbrukarvården (DOK)	3	0	2
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	10	2	8
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	19	0	16
	Känsla av sammanhang (KASAM)	12	0	10
<i>Någon av ovanstående</i>	<i>76</i>	<i>2</i>	<i>62</i>	
Personer med försörjningsproblem (n = 270)	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	16	3	14
Personer med funktionsnedsättningar (n = 294)	Camberwell Assessment of Need (CAN)	11	15	13
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	12	3	8
	Känsla av sammanhang (KASAM)	11	0	6
	Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)	0	2	1
	Symptom Checklist (SCL 90)	2	0	1
<i>Någon av ovanstående</i>	<i>29</i>	<i>19</i>	<i>24</i>	
Äldre (n = 239)	Camberwell Assessment of Need (CAN)	12	11	11
	Comparative Outcome Assessment Tool (COAT)	0	3	3
	Swedish National study on Aging and Care (SNAC)	0	4	3
	Något ADL-instrument	0	70	56
	<i>Någon av ovanstående</i>	<i>12</i>	<i>73</i>	<i>61</i>
Totalt (n = 834)	<i>Minst en metod</i>	58	73	63

Figur 2. Användning av standardiserade bedömningsmetoder i någon omfattning, fördelat på kommuntyp



Slutsatser och diskussion

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

Resultaten visar att sju av tio chefer var påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik. Endast en av hundra uppgav att de inte alls var intresserade. Tillsammans med tidigare studier om socialarbetares ökade intresse för en evidensbaserad praktik²¹ visar resultaten att det finns goda förutsättningar för fortsatt spridningar av evidensbaserade behandlingsinsatser; utan ett tydligt stöd från den budget- och verksamhetsansvarige chefen är risken överhängande att en evidensbaserad praktik stannar på papperet.

Enligt enkätsvaren använde 63 procent av enheterna åtminstone delvis standardiserade bedömningsmetoder och 24 procent använde evidensbaserade behandlingsinsatser. Det var ovanligt att standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade behandlingsinsatser användes systematiskt på alla klienter. Dessa andelar ska inte betraktas som exakta siffror utan anger en ungefärlig omfattning. Andelen enheter som uppgavs använda standardiserade bedömningsinstrument inom missbruksvården (76%) är dock snarlikt Abrahamsson och Tryggvessons (2008) resultat från årsskiftet 2006-7 (70%). Det ska noteras att studien inte ger någon information om hur många klienter som blivit föremål för standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade behandlingsinsatser, endast att det förekommer i någon omfattning. För att få tillförlitlig information om antalet, krävs förmodligen att data samlas in lokalt på plats.

Ingen av de tidigare undersökningar som behandlat ämnet har använt samma målgrupp, urval och frågor och därför går det inte att säkert avgöra om det skett någon förändring över tid i användandet av bedömningsmetoder och insatser. Det finns dock tecken på en ökning. En intervjustudie från 2003²² baserades på drygt 800 socialarbetare och chefer från samma verk-

²¹ Bergmark & Lundström, 2007; Bergmark & Lundström, 2008.

²² Socialstyrelsen, 2004.

samhetsområden som i denna studie redovisar 20 procent som använde standardiserade bedömningsmetoder. Fem år senare var andelen således tre gånger 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.²³ Det finns svenska resultat som talar för att insatser inte alltid används som avsett. Kaunitz och Strandberg (2007) 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.

Enkätresultaten visar att standardiserade bedömningsmetoder var relativt vanliga, vilket är ett viktigt resultat för den fortsatta implementeringen av evidensbaserade behandlingsinsatser. Våra erfarenheter är att användandet av standardiserade bedömningsmetoder kan underlätta implementeringen av evidensbaserade behandlingsinsatser eftersom den strukturerade och standardiserade formen i bedömningsmetoderna också tydliggör fördelarna med manualbaserade behandlingsinsatser. Det stöds också delvis av chefernas svar, framför allt inom missbruksområdet. Det faktum att många kommuner använde standardiserade bedömningsmetoder 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 bedömningsmetoder vanligare på enheter som arbetar med äldre och personer med missbruksproblem, medan evidensbaserade 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 samt Statens folkhälsoinstitut, och där har fokus legat på just barn och unga samt missbrukare. 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 landsstingsdrivna äldrevården.

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

Denna studie visar hur viktigt det är att forskningen om socialtjänstens olika verksamhetsområden (t.ex. barn och unga) inkluderar både chefer för området individ- och familjeomsorgen och området äldre och personer med funktionsnedsättningar. En relativt stor andel av cheferna hade ansvar för verksamhetsområden som de normalt sett inte antas ha ansvar för.

Sammantaget verkar det finnas goda förutsättningar för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten i Sverige. Den fortsatta spridningen av evidensbaserade behandlingsinsatser kan dock begränsas av bristen på kunskap om

²³ T.ex. Henggeler m.fl., 2002; Wilson & Lipsey, 2001.

olika metoders effekter. Dessutom kan utvecklingen hämmas om det inte finns en lokal och regional utbildnings- och kvalitetssäkringsorganisation som kan stödja implementeringen av standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade behandlingsinsatser.

Referenser

- Abrahamson, M. & Tryggvesson, K. (2008). *Användning av bedömningsinstrument i missbruksvården – En nationell kartläggning och fallstudier av två län*. Socialstyrelsen: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2008). Evidensfrågan och socialtjänsten – om socialarbetarens inställning till en vetenskapligt grundad praktik, *Socionomens forskningssupplement*, 23, 5–14.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (1998). Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ- och familjeomsorg, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4, 291–312.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2000). Kunskaper och kunskapssyn. Om socialarbetare inom socialtjänsten, *Socionomens forsknings-supplement*, 4, 1–16.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2002). Education, practice and research: Knowledge and attitudes to knowledge of Swedish social workers, *Social Work Education*, 21, 359–373.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2007). Att studera rörliga mål – om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete, *Socionomens forsknings-supplement*, 21, 4–16.
- Bloom, M., Fischer, J. & Orme, J. G. (1999). *Evaluating Practice - guidelines for the accountable professional*. Allyn & Bacon, Needham Heights.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *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.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J., & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatment to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 155–167.
- Kaunitz, C. & Strandberg, A. (2007). ART (Aggression Replacement Training) i Sverige – evidensbaserad socialtjänst i praktiken? (opublicerat manus).
- Marsh, P. & Fisher, M. (2007). The Development of Problem-Solving Knowledge for Social Care Practice, *British Journal of Social Work*, doi:10.1093/bjsw/bcm116.
- Socialstyrelsen (2004). *Systematisk bedömning inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1974:39. *Socialvården: Mål och medel. Socialutredningens principbeträktande*.

- SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst.*
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R.B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71–72.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. and Haynes, R.B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd edn) New York, NY: Churchill Livingstone.
- Socialstyrelsen (2004). *Systematisk bedömning inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wilson, D. B. & Lipsey, M. W. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. *Psychological methods*, 6, 413–429.