

Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2019

Den femte undersökningen om kommunala
enhetschefers syn på evidensbaserad praktik

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

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

Artikelnummer 2020-11-6979
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2020

Förord

Varje år fattas en mängd beslut om olika insatser inom ramen för socialtjänstens verksamheter i kommunerna. År 2019 uppgick antalet till cirka 950 000 beslut [1]. 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 [2]. Som ett led i detta arbete tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och regioner (SKR; fram till 2019 SKL) under flera år överenskommelser om att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik (EBP) i socialtjänsten [3].

Arbetet fortsätter genom ett gemensamt arbete för att stärka en kunskapsbaserad socialtjänst i samverkan med kommunerna under perioden 2010–2023. För att förstärka kunskapsutvecklingen har SKR, tillsammans med Regional samverkans- och stödstrukturer (RSS), Socialstyrelsen och andra myndigheter, kommit överens om att arbeta för ett partnerskap mellan den regionala och nationella nivån. Målet för partnerskapet är att socialtjänsten ska använda bästa tillgängliga kunskap medvetet och systematiskt i arbetet med att ge vård, service och omsorg [4].

För att följa utvecklingen av en evidensbaserad praktik genomför Socialstyrelsen vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvist urval verksamhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt funktionshinders- och äldreomsorg. Cheferna får bland annat besvara frågor om intresset för EBP och om användningen av evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder. Undersökningen fångar även in verksamheternas behov av stöd och hjälp för att kunna utveckla ett evidensbaserat arbetssätt. Undersökningen har tidigare genomförts 2007, 2010, 2013 och 2016 [5-8]. I den här rapporten presenteras resultaten från 2019 – den femte omgången av undersökningen.

Resultaten från undersökningen ligger till grund för myndighetens arbete med att stödja utvecklingen av EBP inom socialtjänsten. De kan även vara av intresse för verksamma inom socialt arbete och för andra aktörer som arbetar med att stödja EBP.

Ansvarig för studien är utredaren Ulrika Bergström, enheten för kunskapsutveckling. Forskarna Lena Lindahl och Mariana Dufort (på samma enhet) har deltagit i analysarbetet. Utredarna Katrin Bjerhag, Anitta Litvinov och Héléne Kjellman har varit behjälpliga i genomförandet av enkätundersökningen.

Johanna Kumlin
Enhetschef
Enheten för kunskapsutveckling
Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Syftet med undersökningen	10
Genomförande	12
Andel svarande	13
De undersökta cheferna 2019	13
Chefernas organisatoriska förutsättningar	14
Inställningen till evidensbaserad praktik	16
Intresset för en evidensbaserad praktik	16
Upplevt behov av nya metoder	18
Krav för att införa nya evidensbaserade insatser	19
Användning av kunskap	20
Vägar att söka kunskap	20
Användning av Socialstyrelsens publikationer	22
Specifika publikationer till verksamhetsområden	23
Användning av standardiserade bedömningsmetoder	27
Användning av evidensbaserade insatser	32
Diskussion och slutsatser	37
Femte undersökningen om evidensbaserad praktik	37
Organisatoriska förutsättningar belysta för första gången i denna undersökning	37
Stort intresse för evidensbaserad praktik	38
Minskat behov både av nya metoder och av stöd för systematisk uppföljning	38
Bristande kunskap om att söka och värdera forskning	39
Hög användning av Socialstyrelsens webb för att söka kunskap	39
Ökad användning av standardiserade bedömningsmetoder	40
Vissa insatser fasas ut, andra insatser tillkommer.	41
Användning av bedömningsmetoder viktigt för spridningen av EBP	42
Denna undersökning är ett viktigt underlag för myndighetens stöd- och utvecklingsarbete	42
Referenser	43
Bilagor	47
Bilaga 1. Teknisk Rapport	47
Bilaga 2. Undersökningens tillförlitlighet	49
Bilaga 3. Tabeller	50

Sammanfattning

Socialstyrelsen genomför vart tredje år, med början 2007, en undersökning om evidensbaserad praktik riktad till ett slumpvist urval verksamhetschefer inom individ- och familjeomsorg, och funktionshinder- och äldreomsorg. Denna femte undersökning genomfördes hösten 2019 och omfattar svar från 749 chefer (svarsfrekvens 74 procent). Resultaten visar att:

- Andelen chefer som är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik har ökat från 68 procent (2007) till 79 procent (2019).
- Antalet verksamhetsområden som cheferna ansvarar för har ökat sedan 2007. Då uppgav hälften av cheferna att de hade ansvar för mer än ett område. I 2019 års undersökning har andelen stigit till 80 procent.
- För första gången har frågor om chefernas organisatoriska förutsättningar ställts. Till exempel uppgav tre av fyra chefer, oavsett vilka sakområden de arbetade inom, att de varit med om en omorganisation de senaste två åren.
- Av undersökningen framgår att det finns ett behov av (nya) metoder för att följa upp verksamheten. Det finns också ett fortsatt behov av att få kunskap om evidensbaserad praktik och om implementering av Socialstyrelsen.
- 95 procent av cheferna använder Socialstyrelsens hemsida för att söka efter forskning. Två tredjedelar (65 procent) besöker Kunskapsguiden i samma syfte och andelen har ökat kraftigt – från 18 procent vid den första mätningen 2013 (Kunskapsguiden lanserades först 2012). År 2016 var andelen 40 procent.
- Av Socialstyrelsens publikationer som följts upp i denna undersökning var de nationella riktlinjerna inom missbruk och beroende de som användes mest i det praktiska arbetet. Vissa kunskapsstöd inom barn och unga ser också ut att ha fått större spridning än andra.
- Cheferna har över tid blivit mer intresserade av att ta del av forskningsrön. De främsta kanalerna för detta är webbplatser, konferenser och föreläsningar.
- I takt med ett utökat utbud och större möjligheter att ta del av webbaserade utbildningar framstår dessa som en allt mer uppskattad form för att ta del av ny kunskap. Användningen har ökat från noll procent vid undersökningens start 2007 till 61 procent 2019.
- Användningen av standardiserade bedömningsmetoder har ökat från 63 procent (2007) till 84 procent (2019). Störst är ökningen inom verksamhetsområdet våld i nära relationer.

- Inom verksamhetsområdet våld i nära relationer har användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökat markant: från 12 procent 2010 till 90 procent 2019. Den största ökningen gäller för bedömningsmetoderna FREDA och PATRIARK.
- Andelen chefer som uppgav att de i någon omfattning använde insatser, som de själva definierat som evidensbaserade, är generellt sett oförändrad, cirka 20 procent vid alla undersökningstillfällena (25 procent 2019). Vissa insatser har fasats ut helt och nya har kommit till. Det gäller framförallt inom området barn och unga.
- Rekommendationer från statliga myndigheter, som exempelvis Socialstyrelsen, och från Sveriges kommuner och regioner, betraktades som viktiga inför att implementera nya evidensbaserade insatser.
- En minoritet av cheferna ansåg att deras medarbetare hade tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva ett evidensbaserat arbete. Exempelvis var det endast åtta procent av cheferna som bedömde att personalen hade tillräcklig kunskap för att söka efter vetenskaplig evidens om insatsers effekter och ännu färre chefer, fem procent, som bedömde att personalen hade tillräcklig kunskap för att värdera evidens. När det gäller kunskap i att använda standardiserade bedömningsmetoder och i att systematiskt följa upp utfallet av insatser, bedömde cirka en tredjedel av cheferna att deras medarbetare hade en sådan kunskap.

Sökord – Evidensbaserad praktik, evidensbaserade insatser, standardiserade bedömningsmetoder, socialtjänst

Inledning

Socialstyrelsen genomför vart tredje år en undersökning riktad till ett slumpvist urval av verksamhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt funktionshinder och äldreomsorg. Cheferna får bland annat besvara frågor om intresset för evidensbaserad praktik och om användningen av evidensbaserade insatser och standardiserade bedömningsmetoder. Undersökningen följer också upp användningen av vissa specifika kunskapsstöd som Socialstyrelsen publicerat.

Tidigare studier om yrkesverksammas syn på kunskap, forskning och metoder har i huvudsak varit inriktade på socialsekreterare, behandlare och fältassistenter. Tidigare kartläggningar av användningen av metoder inom socialtjänsten har i huvudsak fokuserat på metodanvändning inom individ- och familjeomsorg [9, 10]. Denna longitudinella studie ökar de tidigare kunskaperna på området genom att även inkludera området äldre och funktionshinderomsorg.

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” [11]. 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 [12]. Det är i skärningsfältet mellan dessa fyra informationskällor som den evidensbaserade praktiken skapas.

Figur 1. Den evidensbaserade modellen

Evidensbaserad praktik (inspirerad av Haynes et al 2002[13])



I en evidensbaserad praktik har den professionelle en central roll. Arbetet brukar beskrivas i form av fem steg. *Steg 1:* Den professionelle identifierar personens problematik (t.ex. genom att använda bedömningsmetoder) och formulerar behovet av information till en fråga som går att besvara. *Steg 2:* Den professionelle söker efter bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan. *Steg 3:* Den professionelle värderar den kunskap som finns avseende dess vetenskapliga tillförlitlighet och användbarhet. *Steg 4:* Den professionelle integrerar denna kunskap med den berörda personens unika förutsättningar och önskemål samt balanserar och integrerar all information i beslutsfattandet. *Steg 5:* Uppföljning av individen och av den föregående processen. Allt i syfte att utveckla verksamheten och förbättra arbetet. Möjligheterna att genomföra en evidensbaserad praktik inom svensk socialtjänst beror således till viss del på hur de yrkesverksamma inom socialtjänsten ser på kunskap, forskning och metoder men även hur man tillgodoser klientens rätt till information och delaktighet. Alla kunskapskällorna ingår i processen som lika viktiga delar, det vill säga alla källor behöver vägas samman av den professionelle.

Kring millenniumskiftet genomfördes en enkätundersökning riktad till socialarbetare, som visade att många av dem var tveksamma till att använda forskningsbaserade insatser och standardiserade bedömningsinstrument [14]. Enkätsvaren visade också att relativt få läste vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur inom området. Resultat från liknande undersökningar som genomförts senare av andra forskare visar dock att en förändring har skett [15, 16]. Idag är en majoritet av socialarbetarna positivt inställda till en evidensbaserad praktik och fler uppger att de läser facklitteratur regelbundet [7, 8].

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 ett nytt arbetssätt, en ny metod eller liknande har integrerats och blivit en del av det reguljära arbetet [17].

Chefer är en central grupp i det praktiska förändringsarbetet. Dessa behöver i sin tur stöd av verksamhetsansvariga i form av tillräckliga resurser budget- och personalmässigt. Om inte dessa förutsättningar finns är risken stor att förändringsarbetet aldrig kommer igång eller avbryts i förtid.

Syftet med undersökningen

Undersökningen syftar till att följa upp intresset för och utvecklandet av en evidensbaserad praktik över tid. I det ingår att undersöka i vilken utsträckning socialtjänsten använder standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser i klientarbetet. Ytterligare ett syfte är att undersöka socialtjänstens behov av ny kunskap och dess användning av den kunskap och de stöd och tjänster som Socialstyrelsen redan tillhandahåller (t.ex. rapporter, informationstjänster som t.ex. Metodguiden i socialt arbete, Nationella riktlinjer etc.) för att implementera ett evidensbaserat arbetssätt. Resultatet ligger bland annat till grund för framtagande av nya stöd för socialtjänsten samt nya beskrivningar till Metodguiden.

Undersökningen kan också vara av intresse för de olika aktörer som arbetar med att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik och kunskapsstyrning inom socialtjänsten, som chefer och utvecklingsledare på kommunal och regional nivå. Även andra professioner kan ha något att hämta från undersökningen.

Genomförande

Intressentundersökningen har genomförts genom en elektronisk enkät som varje höst under åren 2007, 2010, 2013, 2016 och 2019 sänts till ett urval av kommunalt anställda chefer inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Enkäterna har sänts både till chefer inom individ- och familjeomsorgen (IFO) och till chefer inom området äldreomsorg och funktionshinderomsorg (ÄFO) med ansvar för biståndsbedömning och myndighetsutövning eller motsvarande. Chefer för boenden och andra utförare har inte ingått i studierna.

Studierna genomfördes som urvalsundersökningar, där de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö delades upp i de stads- och kommundelar som kommunerna själva använder i administrativa sammanhang. Dessa utgjorde 2007, tillsammans med de övriga 287 kommunerna, totalt 332 kommuner och kommundelar. Utifrån dessa valdes 210 kommuner eller kommundelar (63 procent) ut genom ett obundet slumpurval. Urvalet av kommuner och kommundelar var detsamma för IFO och ÄFO. Undersökningarna bygger på samma urval av kommuner vid alla fem undersökningstillfällen, med några undantag. Storstädernas stads- och kommundelar har sedan 2007 förändrats i antal genom omorganisationer och har blivit färre. År 2019 skickades enkäten ut till 233 kommuner och kommundelar baserat på samma urval som ursprunget.¹

Undersökningens genomförande följer en särskild process, som är likadan varje undersökningssår. Förfrågan om e-postadresser skickas till de utvalda kommunerna i början på maj-juni. Förfrågan gäller alla chefer med verksamhets-, budget- och/eller personalansvar inom myndighetsutövande verksamheter inom individ- och familjeomsorg och äldre- och funktionshinderomsorg. Med hjälp av telefonkompletteringar uppdateras adresser från alla kommuner i slutet av augusti och i slutet av september sänds enkäten till deltagarna i undersökningen. Innan enkäten skickas ut har Socialstyrelsen samrått med Sveriges kommuner och Regioner (SKR; före 2019 SKL). Vid alla undersökningstillfällen har vissa adresser identifierats som felaktiga och ett antal chefer har slutat mellan adressinhämtnings- och utskickningstillfället. De felaktiga adresserna rättas och ett kompletterande utskick görs. Varje undersökningssår har ett antal påminnelser behövt göras efter det första utskicket. Fem påminnelser sändes (2007 och 2016), fyra sändes (2010 och 2013) och sex sändes 2019. Insamlingsarbetet pågår i två månader och avslutas i början av december, med undantag för 2019.

För omgången 2019 skiljde sig processen något. Ett nytt enkätverktyg användes och utskicket hanterades internt utifrån nya rutiner. Förarbetet försejades och enkäten kunde inte skickas ut förrän i mitten av november 2019. För att uppnå samma tid för datainsamling som vid tidigare år, låg enkäten ute under juledigheterna. Dessa två veckor räknades bort och svarstiden för enkäten förlängdes därför med två veckor och avslutades i slutet av januari. Då var svarsfrekvensen lägre än för tidigare år. Även om vi inkluderade de

¹ Motsvarar 74 procent av kommuner och storstädernas kommundelar, som 2019 var 312 (tidigare 319).

som svarat på större delen av enkäten blev svarsfrekvensen för låg. Ytterligare en påminnelse skickades därför ut. Påminnelsen genererade alltför få svar, varför vi under mars 2020 kontaktade alla dem som inte besvarat enkäten. Det skedde via telefon av en särskild uppringare, som dels kontrollerade om personerna tillhörde rätt målgrupp för undersökningen, dels bad dem att besvara enkäten. Ytterligare 20 procent besvarade enkäten efter att de kontaktats (se bilaga 1 Teknisk rapport).

Under de sista veckorna i mars 2020 meddelade en liten grupp (0,5 procent) av cheferna att de hade en arbetssituation med hantering av covid-19 som medförde att de inte hade tid att besvara enkäten.

Andel svarande

Antalet chefer som tillsänts enkäten varierar mellan undersökningsåren och kan bland annat förklaras av omorganisationer inom kommunerna. År 2007 sändes enkäten till 953 chefer, varav 834 besvarade den (88 procent). För 2010 var motsvarande siffror 919 respektive 745 (81 procent). För 2013: 1 034 respektive 839 (81 procent). För 2016: 998 respektive 815 (82 procent). För 2019: 1 009 respektive 749 (74 procent). En närmare beskrivning finns i bilaga 1 Teknisk rapport.

För 2010 gjordes en närmare analys av bortfallet. Man fann då ingen säkerställd skillnad i bortfall mellan olika kommuntyper.² Orsaker till bortfallet i denna undersökning är okända men det kan exempelvis handla om långtids-sjukskrivna personer, chefer som har slutat eller tidsbrist.

De undersökta cheferna 2019

Av de undersökta cheferna år 2019 var 87 procent kvinnor. En majoritet (80 procent) hade ansvar för mer än ett verksamhetsområde. Det genomsnittliga antalet verksamhetsområden som cheferna ansvarade för var 3,40 (sd = 2,2); 74 procent ansvarade för minst fyra områden. Andelen som ansvarade enbart för IFO var 46 procent, för enbart ÄFO 22 procent och för både IFO/ÄFO 32 procent.

De vanligaste verksamhetsområdena var ungefär desamma vid de fem undersökningstillfällena, med ett undantag (tabell 1). För dem som arbetade med flykting/asylsökande minskade deltagandet i studien med nästan hälften. Vi vet inte om detta är en spegling av förhållandena i kommunerna, det vill säga att det är färre chefer som arbetar med målgruppen. Av cheferna svarade 14 procent ”Annat sakområde”, oftast i kombination med andra verksamhetsområden, till exempel ”familjehemsplacerade barn” ”barn och unga”. Andra har uppgett ”budget- och skuldrådgivning”, ”arbetsmarknadsinsatser” och ”vuxna brottsoffer”, som inte direkt kan kopplas till de angivna verksamhetsområdena.³

² $\chi^2(8) = 12,14, p > .05$

³ Vissa data har justerats. Exempel: Där man under ”Annat sakområde” uppgett EKB, Ensamkommande barn, men inte fyllt i verksamhetsområden, har uppgiften kodats under gruppen flykting/asylsökande.

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

Verksamhetsområde	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Barn och ungdomar	49	47	43	42	51
Försörjningsstöd	32	28	27	27	27
Missbruk och beroende	32	28	27	31	39
Funktionsnedsättningar	54	51	48	42	45
Hemlöshet ⁴	1	31	26	28	32
Våld ⁵	--	35	34	38	44
Äldre	29	37	39	32	32
Flyktning/asylsökande ⁶	--	--	--	27	14

Knappt två tredjedelar (64 procent) hade en socionomutbildning (IFO = 81 procent, ÄFO = 40 procent (och gruppen med både IFO/ÄFO = 56 procent)).⁷ Andelen chefer inom ÄFO med socionomutbildning har ökat från 28 procent sedan den senaste undersökningen. Magisterexamen eller högre hade 24 procent av cheferna. Fem chefer hade en licentiatexamen och en chef av de 749 cheferna som svarade 2019 hade en doktorsexamen.

I genomsnitt hade cheferna varit chefer inom sina nuvarande verksamhetsområden i åtta år, med en variation på mindre än ett år till 36 år. Två tredjedelar (68 procent) hade varit chef i mindre än tio år. Så gott som alla hade ansvar för verksamhet (96 procent), budget (96 procent) och personal (99 procent). Antalet anställda som cheferna hade personalansvar för varierade mycket, från 2 personer till 450 personer. I genomsnitt handlade det om 24 personer.

Chefernas organisatoriska förutsättningar

2019 års undersökning kompletterades med frågor om chefernas organisatoriska kontext. Frågor ställdes om huruvida de haft någon *omorganisation* i närtid, om hur stor *personalomsättning* verksamheten haft det senaste året och om huruvida de använde *inhyrd personal* i organisationen och, om så var fallet, i vilken omfattning.

Nästan hälften, 44 procent, uppgav att de haft en omorganisation för mindre än ett år sedan medan 29 procent uppgav att de haft en sådan för 1–2 år sen och 27 procent att de haft en omorganisation för mer än tre år sedan. Det innebär att en majoritet av cheferna, tre av fyra (73 procent), hade varit med om en omorganisation de senaste två åren om man lägger ihop resultatet för de första två grupperna. Resultaten visar inga skillnader i jämförelsen mellan deras respektive ansvarsområden, IFO, ÄFO eller både och, dvs.

⁴ I 2007 års undersökning specificerades inte verksamhetsområdet hemlöshet. Trots det angav en person att den arbetade med det området.

⁵ I 2007 års undersökning specificerades inte verksamhetsområdet våld i nära relationer. Trots det angav tio chefer att de arbetade med den frågan.

⁶ I 2013 års undersökning lades flyktning/asylsökande till som specifikt sakområde men resultatet redovisades inte.

⁷ χ^2 90,22 p > .001

IFO/ÄFO. Inte heller skiljde sig resultatet mellan olika verksamhetsområden. Se tabell 14 i bilaga 3.

De flesta chefer, hela 90 procent, uppgav att personer hade slutat inom den egna verksamheten under det senaste året. Men det finns stora variationer i antal, från en till 53 personer. Utifrån antal personer som cheferna ansvarade för beräknades hur stor andel som hade slutat. Därefter delades dessa in i fyra grupper, 1–24 procent, 25–49 procent, 50–74 procent och 75 procent och över.⁸ Två tredjedelar, 66 procent, uppgav att 1-24 procent hade slutat under det senaste året och en femtedel (19 procent) att 25-50 procent slutat. Det var inga skillnader mellan IFO, ÄFO och IFO/ÄFO eller mellan sakområdena med undantag av de som arbetar inom våld och flykting/asylsökande. Vid en första analys visar resultaten att en något högre andel chefer uppgett att en högre andel medarbetare slutat.⁹ Se tabell 15 i bilaga 3.

En majoritet, 60 procent, uppgav att de inte hade använt inhyrd personal eller visstidsanställda i sin verksamhet medan 40 procent uppgav att mindre än hälften av personalen var inhyrd eller visstidsanställd. Två personer (0,3 procent) svarade att mer än hälften av personalen var inhyrd eller visstidsanställd. Det finns inga skillnader mellan dem som arbetade inom olika verksamhetsområden, som IFO och ÄFO eller inom de angivna sakområdena. Se tabell 16 i bilaga 3.

⁸ N-talet här är 704. För 45 chefer saknas uppgifter eller har inte kunnat användas.

⁹ För de chefer som ansvarade för sakområdet våld, χ^2 12,38 $p > .01$ och för flykting/asyl χ^2 14,71 $p > .001$.

Inställningen till evidensbaserad praktik

En förutsättning för en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten är att de berörda är positiva till förhållningssättet och att det finns kunskap [17]. Här redovisas enhetschefernas svar på hur de upplevde intresset för en evidensbaserad praktik på sina arbetsplatser. Vidare beskrivs vad de ansåg om behovet av nya metoder, vad de själva trodde skulle krävas 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 evidensbaserad praktik har ökat sedan 2007 (tabell 2). Vid samtliga undersökningstillfällen var endast ett fåtal direkt ointresserade, nio, två, en, en respektive tre chefer. Andelen som upplevde ett stort intresse från medarbetare och chefskollegor ökade också över tid och är stabilt fram till 2019. Det upplevda intresset från nämndpolitiker var generellt sätt lägre och som lägst 2016 och 2019.

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

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Hos mig själv	68	72	77	75	79
Bland medarbetare på min enhet	36	42	44	44	49
Bland chefskollegor	40	48	55	48	50
Bland nämndpolitiker	19	26	24	16	15

Att arbeta evidensbaserat kan beskrivas bestå av en process i fem steg, som beskrevs tidigare i denna rapport. I processen har de professionella en central roll att tillgodose att alla kunskapskällor från modellen tas om hand.

Cheferna fick från 2013 besvara frågor om huruvida de ansåg att deras medarbetare hade tillräcklig kunskap om centrala delar i en evidensbaserad praktik.¹⁰ Svartalternativen var ”otillräcklig kunskap”, ”viss kunskap”, tillräcklig kunskap” samt ”ej relevant”. I tabell 3 redovisas andelen chefer som upplevde att medarbetarna hade tillräcklig kunskap.

Vid samtliga undersökningstillfällen då dessa frågor ställdes ansåg cheferna att det fanns brister. Deras uppfattning var att personalen hade bäst kunskap om hur man involverar den berörda personen i utredningen, 63 pro-

¹⁰ Dessa frågor har inte ställts 2007 och 2010.

cent och om att fatta beslut tillsammans med klienten, 51 procent. I undersökningen 2019 ansåg en ökad andel chefer att personalen i större utsträckning än tidigare hade tillräckliga kunskaper om risk- och skyddsfaktorer. Störst brister såg de i medarbetarnas kunskap om att söka vetenskaplig evidens om insatsers effekter, 8 procent och om att värdera evidens, 5 procent. De såg också stora brister i deras kunskap om att använda standardiserade bedömningsmetoder, 30 procent, om att informera personen om förväntade positiva/negativa effekter av möjliga alternativa insatser, 22 procent, samt om att följa upp insatser, 30 procent.

Tabell 3. Andel chefer (procent) som uppgav att medarbetarna hade tillräckliga kunskaper om centrala delar i EBP-processen.

	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Risk och skyddsfaktorer (steg 1)	40	40	53
Använda standardiserade bedömningsmetoder (steg 1)	21	25	30
Involvera personen i utredningen (steg 1)	55	52	63
Söka vetenskaplig evidens om insatsers effekter (steg 2)	11	10	8
Värdera kvaliteten på evidens (steg 3)	6	6	5
Informera personen om förväntade positiva/negativa effekter (steg 4)	21	20	22
Fatta beslut tillsammans med personen (steg 4)	46	45	51
Systematisk följa upp insatser (steg 5)	22	24	30

Vid varje undersökningstillfälle har en majoritet önskat kunskap om evidensbaserad praktik och om implementering av nya metoder och/eller arbetssätt från Socialstyrelsen (tabell 4). Resultaten är nästan identiska sedan 2010 då frågan ställdes för första gången. Däremot minskar behovet av kunskap om de nationella riktlinjerna.

Tabell 4. Chefers behov av stöd från Socialstyrelsen för att implementera en evidensbaserad praktik på sin enhet/sektion. Andel (procent).

	2007 ¹¹ (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Kunskap om evidensbaserad praktik	-	59	61	61	60
Kunskap om implementering av nya metoder och/eller arbetssätt	-	74	74	75	73
Kunskap om nationella riktlinjer	-	60	58	55	51
Annat, ange vad:	-	3	8	5	12
Har inte behov av något stöd	-	-	-	-	5 ¹²

¹¹ Frågan ingick inte i 2007 års undersökning.

¹² Svartalternativet har lagts till i denna undersökning.

I undersökningen 2019 har 12 procent, 87 personer, kryssat i att de önskar annat stöd. Det finns få konkreta önskemål om vad Socialstyrelsen kan bidra med. Tre fjärdedelar, 66 personer, har angett att de behöver tid, resurser, färre arbetsuppgifter, mer personal, styrning och ledning inom den egna organisationen, vilket inte Socialstyrelsen kan bidra med. Några svarande, 21 personer, har lämnat mer eller mindre konkreta förslag. Det som föreslås är:

- Tydliga, lättlästa och kortare skrifter
- Webb-utbildningar
- Information och kunskap om utvärderade och evidensbaserade metoder, bl.a. för dem som arbetar inom ekonomiskt bistånd och med personer med funktionsnedsättningar
- Tydliga riktlinjer inom områden som t.ex. spel, sexuella brott, våldsutövare
- En chattfunktion där man kan ”ställa en fråga direkt inom socialt arbete”.

Upplevt behov av nya metoder

En majoritet av cheferna ansåg vid varje undersökningstillfälle att det behövdes nya metoder för att utvärdera personalens arbete och mer än hälften ansåg också att det fanns ett klart behov av nya metoder för verksamhetsuppföljning, se tabell 5. Även om många fortfarande upplever ett behov av nya metoder, det gäller både metoder för att bedöma klienters behov och behandlingsmetoder, märks en trend mot ett minskat behov. Detta gäller i synnerhet behovet av att bedöma klienters behov genom standardiserade bedömningsmetoder, vilket halverats sedan 2007. En minoritet, 11–28 procent, upplever 2019 inga behov.

Cheferna för ÄFO ansåg i något mindre utsträckning ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten, 40 procent, eller av nya behandlingsmetoder för vård och omsorgstagare, 22 procent. Bland cheferna för IFO upplevde 62 procent ett behov av nya metoder för att följa upp verksamheten och 48 procent ett behov nya behandlingsmetoder för vård- och omsorgstagare. För de chefer som ansvarade för både IFO och ÄFO var motsvarande resultat 59 respektive 43 procent.

Tabell 5. Andel (procent) chefer som ansåg att det fanns behov av nya metoder för utvärdering, behovsbedömning, verksamhetsutveckling och behandling.

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Utvärdera personalens arbete	75	70	65	60	60
Bedöma klienters behov	66	52	48	43	34
Nya metoder för verksamhetsuppföljning	56	66	61	57	57
Nya behandlingsmetoder	53	46	43	39	41

Krav för att införa nya evidensbaserade insatser

Cheferna fäste störst avseende vid statliga myndigheters rekommendationer (t.ex. Socialstyrelsen), rekommendationer från Sveriges kommuner och regioner, SKR krav från överordnade chefer samt ett tydligt intresse från medarbetarna, se tabell 6. Minst avseende fäste man vid krav från brukarorganisationer samt rekommendationer från internationella forskare och forskare på socialhögskolor. Chefernas svar är relativt stabila över tid.

Tabell 6. Andel (procent) chefer som gav svaret "mycket viktigt" på frågan "Vad tror du krävs för att införa nya evidensbaserade insatser på din arbetsplats?"

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (749)
Tydlig rekommendation från statliga myndigheter (t.ex. Socialstyrelsen eller Länsstyrelsen)	59	59	56	59	63
Tydlig rekommendation från SKR ¹³	--	52	54	52	58
Uttalat krav från överordnad chef	54	48	44	42	47
Tydligt intresse från medarbetarna	52	40	40	38	41
Uttalat krav från nämndpolitiker	35	37	35	33	36
Uttalat krav från riksdagspolitiker	24	32	33	29	32
Tydlig rekommendation från forsknings- och utvecklingsenheter	--	28	31	23	17
Tydlig rekommendation från forskare på socialhögskolor	23	28	28	22	18
Tydlig rekommendation från andra forskare	21	22	22	15	12
Uttalat krav från brukarorganisationer	17	12	15	10	9

¹³ SKR saknades som svarsalternativ 2007

Användning av kunskap

Vägar att söka kunskap

En central del i en evidensbaserad praktik är att de professionella har kunskap om bästa tillgängliga kunskap, som de inhämtat från exempelvis vetenskapliga tidskrifter och facklitteratur. Bland cheferna uppgav 11 procent att de sällan eller aldrig sökte information om aktuell forskning och att det huvudsakliga skälet till detta var tidsbrist, se tabell 7. De flesta, 88 procent, uppgav att de ofta eller ibland sökte information om forskning för sitt arbetsområde.

Tabellen visar en trend mot att allt fler sökte kunskap via webbplatser (en ökning från 2007 till 2019 med över 30 procentenheter), via konferenser och föreläsningar (en ökning med 18 procentenheter), via facktidsskrifter (en ökning med 12 procentenheter) och via interna kurser (en ökning med 9 procentenheter).

Andelen som uppgett att de sökt kunskap genom webbaserade utbildningar har ökat mest, från 3 procent 2010 till 61 procent 2019. Bara sedan 2016 har det skett en fördubbling av chefer som sökt kunskap via webbutbildningar. Andelen som uppgav att de läste vetenskapliga tidskrifter var däremot i stort sett densamma sedan 2010, vilket innebar att åtta av tio chefer inte läste sådana. Räknat från första mättillfället har det dock skett en ökning från 3 procent år 2007 till 21 procent år 2019. Kunskapsinhämtande via nedladdningsbara ljudfiler har också ökat, beroende på att de nu finns tillgängliga i större utsträckning än tidigare. Svartalernativet ”chefsutbildning anordnad av Socialstyrelsen” har inte funnits med som svartalernativ i 2019 års undersökning utan chefsutbildning av generisk karaktär efterfrågades istället.

Tabell 7. Vilka källor som cheferna använt det senaste året för att ta del av aktuella forskningsrön inom sitt arbetsområde. (Procent).

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Webbplatser	53	72	79	83	85
Konferenser och föreläsningar	59	76	79	77	77
Facktidskrifter (t.ex. Socionomen, Äldre i centrum)	53	72	77	71	65
Kollegor	49	62	67	69	69
Kortare forskningsrapporter eller sammanfattningar	51	55	57	53	55
Interna kurser, studiecirklar, seminarier/konferenser eller liknande	31	39	14	38	40
Böcker eller längre forskningsrapporter	31	55	39	36	33
Andra externa kurser, studiecirklar, seminarier/konferenser eller liknande	27	30	29	24	25
Vetenskapliga tidskrifter	3	19	17	18	21
Chefsutbildning anordnad av Socialstyrelsen ¹⁴	6	10	15	11	--
Chefsutbildning ¹⁵	--	--	--	--	38
Webbaserade utbildningar ¹⁶	--	3	13	32	61
Nedladdningsbara ljudfiler/poddsändningar eller dylikt	0	<1	7	7	18
Dokumentärer/TV-program/filmer ¹⁷	--	--	--	--	35

De flesta av cheferna hade besökt en eller flera webbsidor som är riktade till socialtjänsten, se tabell 8. I topp låg Socialstyrelsens hemsida och i botten webbsidor tillhörande internationella organisationer som sprider kunskap om systematiska översikter. Andelen som använder Kunskapsguiden i syfte att söka efter forskning har ökat stort, från 40 till 65 procent. Andelen som besöker Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fördubblats (från 10 procent 2016 till 20 procent 2019). Det har skett en halvering av besök på andra myndigheters webbplatser. Det är samma myndigheter som nämns 2016 och 2019, till exempel Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet (MFD), Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Länsstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Kriminalvården. Även Sveriges kommuner och regioner (SKR) nämns. Övriga resultat är relativt stabila sedan den första undersökningen 2007.

¹⁴ År 2007 frågades efter chefsutbildning från Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).

¹⁵ Från 2019 tillfrågades cheferna om generella chefsutbildningar.

¹⁶ Webbaserade utbildningar fanns inte med som ett svarsalternativ år 2007.

¹⁷ Svarsalternativet är nytt från och med 2019 års undersökning.

Tabell 8. Vilka webbsidor använder du för att ta del av aktuella forskningsrön? (Procent).

	2007 (n=834)	2010 (n=745)	2013 (n=839)	2016 (n=815)	2019 (n=749)
Socialstyrelsen	—	87	88	96	95
Kunskapsguiden	—	—	18	40	65
Sociala nätet	40	31	38	37	36
FoU-Välfärd	—	32	30	36	41
Andra myndigheter än Socialstyrelsen	--	24	23	28	15
Universitet och högskolor	—	24	26	25	22
SBU - Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	—	—	—	10	20
Campbell Collaboration, Cochrane Collaboration	2	1	<1	<1	<1

Användning av Socialstyrelsens publikationer

År 2019 fick cheferna besvara frågor om hur väl de kände till en rad av Socialstyrelsens produkter (publikationer och webbutbildningar) som har anknytning till socialtjänstens arbete. Några av produkterna har skapats eller tagits fram före 2017, till exempel Metodguiden, Med målet i sikte (MOS), implementeringsstöden etc. medan majoriteten av produkterna har publicerats från 2017 och framåt.

En relativt liten andel av cheferna uppgav att de tagit del av eller använt någon av de webbsidor eller stödprodukter som riktar sig generellt till socialtjänsten och inte till något specifikt verksamhetsområde, se tabell 9. I övrigt hade 13–30 procent tagit del av produkterna och 5–16 procent hade använt dem i arbetet. Användningen har ökat marginellt sedan föregående undersökning. Exempelvis använde 10 procent Metodguiden 2016 och 2019 var andelen 15 procent.

Tabell 9. Andel chefer (procent) som kände till publikationer från Socialstyrelsen, som tagit del av dem eller använde dem i sitt arbete.

	Känner inte till/osäker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Att leda en evidensbaserad praktik, en guide för chefer i socialtjänsten	38	25	27	10
Metodguiden	44	20	21	15
Fliken om evidensbaserad praktik på Kunskapsguiden	36	18	30	16
Att skapa en evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg	49	21	23	7
Systematisk uppföljning – beskrivning och exempel	51	22	17	10
Med målet i sikte. Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer (MOS)	66	16	13	5

En liten andel, 10–16 procent, har tagit del av eller använt, 7–10 procent, de webbutbildningar som tagits fram för målgruppen, se tabell 10. Även här märks en obetydlig ökning i användningen. Exempelvis hade Individbaserad systematisk uppföljning använts av 3 procent 2016 och av 7 procent 2019.

Tabell 10. Andel chefer (procent) som kände till webbutbildningar från Socialstyrelsen, som tagit del av dem eller använde dem i sitt arbete.

	Känner inte till/osäker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Evidensbaserad praktik*	37	33	20	10
Individbaserad systematisk uppföljning*	47	30	16	7
Att synliggöra normer i socialtjänsten – med ett hbtq-perspektiv	56	27	10	7

Specifika publikationer till verksamhetsområden

Eftersom många produkter från Socialstyrelsen är inriktade mot specifika verksamhetsområden delades chefernas svar upp utifrån målgrupperna för vägledningarna och webbutbildningarna. Majoriteten av produkterna har publicerats under perioden 2017–2019. Resultatet visar att det främst är vissa av de nationella riktlinjerna som används. I vilken grad och inom vilka verksamhetsområden de används varierar dock kraftigt. Efter riktlinjerna används kunskapsstöden ”Att samtala med barn” och ”Barn i familjehem – umgänge med föräldrar och andra närstående” mest, men det är ändå mindre än hälften

av dem som arbetar med barn och ungdomar och deras familjer som använder dem. I minst uträkning används riktlinjerna för vård vid ångest och depression, riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofrenilikt tillstånd samt vissa rapporter och webb utbildningar, se tabell 11.

Riktlinjerna för missbruks- och beroendevård är kända och används av drygt hälften av de chefer som arbetar inom verksamhetsområdet missbruk och beroende samt arbete med hemlösa personer. Det är väsentligt fler som använt dessa än riktlinjerna för vård vid depression och ångest, för psykosociala insatser vid schizofreni och för demenssjukdomar. Inom verksamhetsområden som missbruk och beroende, funktionshinder, äldre, flykting/asylsökande och hemlösa känner 40–50 procent av cheferna inte till de nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom.

De stöd som är märkta med * ingick i undersökningen från 2016. Det finns små skillnader i användning generellt – några procentenheter – från föregående undersökning. Detsamma gäller för andelen som inte känner till riktlinjerna. För ASI webb utbildning har användningen ökat från 8 procent till 14 procent.

Tabell 11. Andel (procent) chefer med skilda ansvarsområden som kände till specifika publikationer utgivna av Socialstyrelsen, tagit del av dem eller använt dem i sitt arbete.

Område	Publikation	Känner inte till/osäker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Barn (N=349)	Att samtala med barn. Att samtala med barn. Kunskapsstöd för social-tjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården.	21	13	20	46
	Barn i familjehem – umgänge med föräldrar och andra närstående. Kunskapsstöd för socialtjänstens bedömningar.	25	13	20	42
	Barn som kommer till Sverige och uppges vara gifta. Vägledning för socialtjänsten.	42	25	19	14
	Användarstöd för systematisk uppföljning med stöd av BBIC-variabler.	24	17	24	35
Ungdomar (N=365)	Att samtala med barn. Att samtala med barn. Kunskapsstöd för social-tjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården.	24	13	20	43
	Barn i familjehem – umgänge med föräldrar och andra närstående. Kunskapsstöd för socialtjänstens bedömningar.	29	13	19	39
	Barn som kommer till Sverige och uppges vara gifta. Vägledning för socialtjänsten.	44	24	18	14
	Användarstöd för systematisk uppföljning med stöd av BBIC-variabler.	27	17	23	33
Missbruk och beroende (N=290)	Nationella riktlinjer för missbruk och beroende.*	14	15	17	54
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd.*	56	25	10	9
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.*	51	30	11	8
	ASI (webbutbildning).*	32	42	12	14
Försörjningsstöd (N=200)	FIA – förutsättningar inför arbete – Manual till bedömningsmetoden.	40	21	24	16
	Stöd till socialtjänsten med att förebygga avhysningar.	37	26	20	18

Område	Publikation	Känner inte till/osäker/ej svar	Känner till men inte tagit del av	Tagit del av	Använt mig av i mitt arbete
Funktionsnedsättningar (N=336)	Stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Handbok för rättstillämpning vid handläggning och utförande av LSS-insatser.	39	16	18	27
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliktillstånd.*	47	22	17	14
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.*	43	29	17	11
	Introduktion för funktionshinderomsorgen (webbutbildning).	51	26	12	11
	Personligt ombud (webbutbildning).	59	20	9	12
Våld i nära relationer (N=327)	Våldsbejakande extremism. Stöd till socialtjänstens arbete med återvändare och andra personer involverade i våldsbejakande extremistiska miljöer.	34	33	26	7
	Nationella riktlinjer för missbruk och beroende.*	21	17	16	46
	Introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer (webbutbildning).	22	20	19	39
	Om våld mot äldre (webbutbildning).	55	23	11	11
Äldre (N=242)	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.*	27	16	21	36
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliktillstånd.*	51	27	13	9
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.*	46	30	14	10
	Om våld mot äldre (webbutbildning).	34	25	20	21
Flykting/asylsökande (N=189)	Barn som kommer till Sverige och uppges vara gifta. Vägledning för socialtjänsten.	41	22	22	15
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.*	61	24	10	5
Hemlösa (N=242)	Nationella riktlinjer för missbruk och beroende.*	17	15	19	49
	Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliktillstånd.*	56	27	10	7
	Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.*	52	32	11	5
	ASI webbutbildning.	36	40	11	13

Användning av standardiserade bedömningsmetoder

För att kunna ge vård- och omsorgstagare den hjälp de behöver är det viktigt att det finns relevanta och tillförlitliga metoder för att kunna bedöma deras problem och behov [18]. Standardiserade bedömningsmetoder¹⁸ har utvecklats för att ge stöd i bedömningsarbetet [19].

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder undersöktes genom att cheferna fick uppge användning av ett antal vanligt förekommande standardiserade bedömningsmetoder. Antalet var 16 metoder 2007, 25 metoder 2010, 27 metoder 2013 och 2016, och 30 metoder 2019. Den succesiva ökningen av metoder motiveras av att fler bedömningsmetoder har börjat användas under åren.

År 2007 uppgav endast 1 procent (tio chefer) att de ansvarade för verksamhetsområdet våld i nära relationer. År 2010 hade den siffran ökat till 35 procent (257 chefer), år 2013 till 34 procent (287 chefer), år 2016 till 38 procent (306 chefer) och år 2019 till 44 procent (327 chefer). En förklaring till den låga andelen i 2007 års undersökning kan vara att enkäten inte innehöll en separat svarskategori för verksamhetsområdet våld i nära relationer.

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökade från 63 procent 2007 till 84 procent 2019 (tabell 12). Andelarna avser dem som överhuvudtaget använde bedömningsmetoder i någon omfattning. För alla områden, förutom barn under 12 år (inklusive familjen), där resultatet är detsamma som 2016, har det skett en ökning sedan 2007. För tre av verksamhetsområdena är ökningen större än för andra, nämligen våld i nära relationer, missbruk och ungdomar.

Nya bedömningsmetoder har tillkommit med tiden. Bland dem finns bedömningsmetoder som regeringen uppdragit till Socialstyrelsen att utveckla: FREDA¹⁹, FIA²⁰, BRA-fam²¹ och BAS²². Samtliga fyra bedömningsmetoder har lanserats efter 2010 och fick på kort tid relativt stor spridning. Användningen av ASI har varit mest stabil över tid sedan 2010. Andra bedömningsmetoder som tagits i bruk på senare år är ChASE: Ungas röster och YLS/CMI 2.0.²³

¹⁸ Standardiserade bedömningsmetoder är formulär med fastställda frågor och svarsalternativ i form av en numerär eller verbal skala och en manual. Det kan handla om intervjuformulär, skattningsformulär eller observationsformulär. Manualen beskriver hur instrumentet ska användas.

¹⁹ FREDA består av tre standardiserade bedömningsmetoder som är tänkta att användas i socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer.

²⁰ Förutsättningar Inför Arbete (FIA) är ett kartläggningsinstrument som innehåller fördjupade frågor om bland annat utbildning, socialt nätverk, psykisk och fysisk hälsa, beroende, boende, närståendes situation, arbetsmarknadsinsatser och mål i fråga om arbete.

²¹ BRA-fam är en standardiserad bedömningsmetod för rekrytering av familjehem.

²² BAS (Behov av stöd) är ett formulär som biståndshandläggare kan använda för att bedöma äldre personers behov av stöd i den dagliga livsföringen och behov av annan hjälp eller annat stöd.

²³ ChASE: Ungas röster och YLS/CMI 2.0 används för ungdomar. ChASE är ett frågeformulär för brukarundersökningar i verksamheter som ger vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa och YLS/CMI 2.0 används för att bedöma risk- och behovsfaktorer för ungdomar (från 12 till 18 år) som har begått kriminella handlingar eller uppvisat annat normbrytande beteende.

Användningen av standardiserade bedömningsmetoder generellt inom området våld i nära relationer visar en dramatisk ökning, från 12 procent år 2010 till 90 procent år 2019. Antalet chefer som angav att de använde bedömningsmetoder inom verksamhetsområdet våld, oberoende av om de uppgett att de arbetade med området våld i nära relationer, ökade från 22 år 2007 till 32 år 2010, till 129 år 2013, till 376 år 2016 och till 484 år 2019.²⁴ Den främsta ökningen står FREDA och PATRIARK²⁵ för.

Det är endast en liten andel av bedömningsmetoderna som används *systematiskt på alla klienter*, oavsett verksamhetsområde.²⁶ I 2019 års undersökning var BRA-fam den bedömningsmetod som i störst utsträckning, 11 procent, användes systematiskt för verksamhetsområdet barn under 12 år (inklusive familjen). Även i arbetet med ungdomar var BRA-fam mest använd, 10 procent. Inom området missbruk var ASI mest använd (24 procent). Cirka 1 procent av cheferna uppgav att de använde FIA eller DUR systematiskt inom verksamhetsområdet försörjningsstöd. Inom området funktionshinder uppgav cheferna en låg användning, 1–2 procent, av samtliga bedömningsmetoder. Inom området äldre var det vanligast med användning av något ADL-instrument och 7 procent uppgav att något sådant användes systematiskt på alla äldre. Cheferna har inte tagit upp användning av några nya bedömningsmetoder. Comparative Outcome Assessment Tool (COAT) togs bort i denna undersökning eftersom man hade slutat använda metoden 2016.

²⁴ PATRIARK användes på 10 arbetsplatser år 2007, på 18 år 2010, på 56 år 2013, på 85 år 2016 och på 154 år 2019. SARA användes på 19 arbetsplatser år 2007, på 25 år 2010, på 54 år 2013, på 53 år 2016 och på 73 år 2019. Bedömningsmetoden FREDA lanserades 2012 och användes på 84 arbetsplatser år 2013, på 139 år 2016 och 191 år 2019.

²⁵ PATRIARK är en bedömningsmetod som används för bedömning av risker för samt hantering av hedersrelaterat våld.

²⁶ Svartalternativen på frågan om chefernas verksamheter använder någon standardiserad bedömningsmetod är: nej, ja, på enstaka klienter, ja, på någon särskild grupp klienter och ja, systematiskt på alla klienter.

Tabell 12. Andel chefer (procent) som uppgav användning av standardiserade bedömningsmetoder i någon omfattning, uppdelat på verksamhetsområden.

Område	Bedömningsmetod	2007	2010	2013	2016	2019
Barn	Bra-fam	--	--	15	32	37
	Child behaviour checklist (CBCL)	--	3	4	3	4
	Ester	0	11	19	17	13
	Familjeklimat	0	5	5	6	6
	Home Observation and Measurement of the Environment (HOME)	4	5	6	7	14
	Intervju om anknytningsstil (IAS) ²⁷	—	—	—	14	9
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	2	6	6	5
	<i>Någon av ovanstående</i>	7	22	36	50	50
Ungdomar	Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)	21	30	40	37	42
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	16	37	43	36	46
	Bra-fam	—	—	14	31	36
	ChASE: Ungas röster (Child and Adolescent Service Experience) ²⁸	—	—	—	—	1
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	6	31	35	30	39
	Känsla av sammanhang (KASAM)	0	19	20	26	28
	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1	1	6	6	5
	Structured Assessment of Violent Risk in Youth (SAVRY)	7	6	10	8	9
	Ung-DOK ²⁹	—	—	—	—	3
	YLS/CMI 2.0 Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0) ³⁰	—	—	—	—	3
	<i>Någon av ovanstående</i>	35	59	64	65	73
Missbruk och beroende	Addiction Severity Index (ASI)	51	61	71	66	74
	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	29	51	62	59	68
	Alkohol/Drog Diagnos Instrument (ADDIS)	0	16	18	17	21
	Dokumentationssystem inom ungdoms- och missbrukarvården (DOK)	3	4	2	<1	4
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	9	5	5	5
	Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	16	43	53	51	60
	Känsla av sammanhang (KASAM)	10	18	23	24	30
	Ung-DOK ³¹	—	—	—	—	2
<i>Någon av ovanstående</i>	62	74	81	76	85	
Försörjningsstöd	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	14	15	9	6	6
	FIA	—	—	8	18	23
	<i>Någon av ovanstående</i>	14	18	15	21	26

²⁷ Bedömningsmetoden fanns inte med i tidigare undersökningar.

²⁸ Det är första gången som bedömningsmetoden följs upp i denna undersökning.

²⁹ Det är första gången som bedömningsmetoden följs upp i denna undersökning.

³⁰ Det är första gången som bedömningsmetoden följs upp i denna undersökning.

³¹ Det är första gången som bedömningsmetoden följs upp i denna undersökning.

Område	Bedömningsmetod	2007	2010	2013	2016	2019
Funktionsnedsättningar	Camberwell Assessment of Need (CAN)	13	12	12	8	6
	Dokumentation Utredning Resultat (DUR)	8	7	6	6	5
	Global funktionsmätning (GAF)	0	6	6	3	2
	Känsla av sammanhang (KASAM)	6	18	19	21	28
	Symptom Checklist (SCL 90)	1	2	1	2	3
	<i>Någon av ovanstående</i>	25	32	33	31	34
Våld i nära relationer ³²	Freda	—	—	29	70	88
	PATRIARK	—	7	20	31	59
	Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)	—	10	19	22	21
	<i>Någon av ovanstående</i>	—	12	45	76	90
Äldre	Behov av stöd (BAS)	—	—	13	18	22
	Camberwell Assessment of Need (CAN)	11	0	0	5	4
	Gottfries-Bråne-Steenskalan (GBS)	0	5	4	2	2
	Något ADL-instrument	56	45	46	34	38
	<i>Någon av ovanstående</i>	61	46	50	47	49
Totalt	<i>Minst en bedömningsmetod</i>	63	70	75	76	84

Inom IFO uppgav 92 procent av cheferna att de i verksamheten använde bedömningsmetoder. Motsvarande siffror för IFO-/ÄFO-cheferna var 88 procent och för ÄFO-cheferna 63 procent.³³ Inom samtliga verksamhetsområden har användningen ökat, mellan 3 och 11 procentenheter.

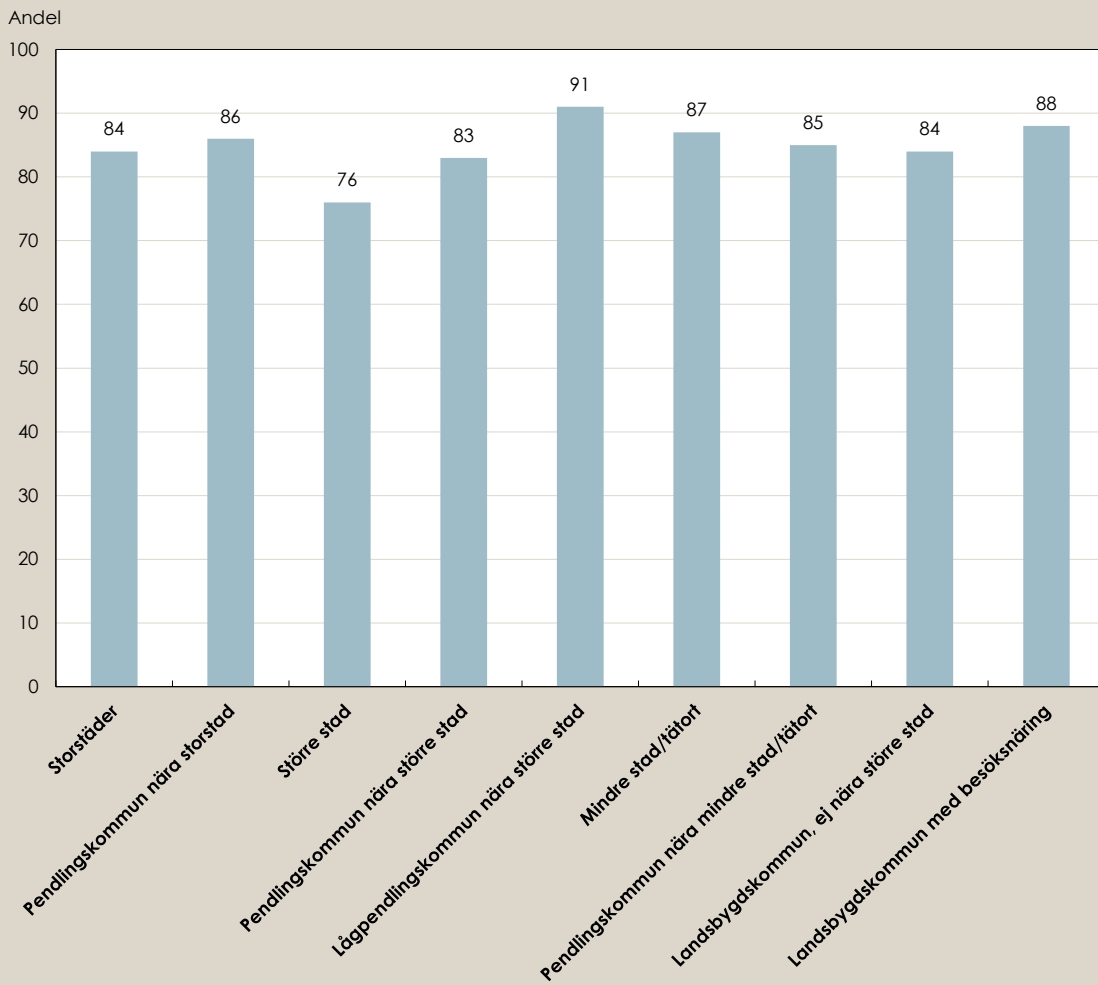
Bedömningsmetoder var något mindre vanligt förekommande i större städer, i pendlingskommuner nära större städer, i landsbygdskommuner ej nära större städer och i storstäder (figur 2). I störst utsträckning användes bedömningsmetoder i lågpendlingskommuner nära större stad och i landsbygdskommuner med besöksnäring. I de sistnämnda har användning av bedömningsmetoder ökat från 69 procent 2016 till 88 procent 2019.

Användningen var ungefär lika stor i Götaland, 83 procent, i Svealand, 86 procent och i Norrland, 83 procent. Det har skett en ökning med 7–8 procentenheter för alla landsdelar sedan 2016.

³² 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”.

³³ ($\chi^2(2) = 70,46, p < .001$)

Figur 2. Användning av bedömningsmetoder fördelat på kommungrupp*



* Enligt SKR:s kommungruppsindelning 2017 som gäller från den 1 januari 2017. Det är en omarbetning av den tidigare kommungruppsindelningen från 2011.

Användning av evidensbaserade insatser

I enkäten ställdes en fråga om i vilken omfattning evidensbaserade insatser användes på enheten och vilka dessa var. Denna fråga hade inga fasta svarsalternativ. Evidensbaserade insatser definierades i enkäten som insatser som utvärderats i flera vetenskapliga studier av god kvalitet och som har en tydligt avgränsad målgrupp, en kontrollgrupp samt ett tydligt beskrivet innehåll. I tabell 13 redovisas de 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, alternativt okänt.

År 2016 uppgav en knapp tredjedel av cheferna, 28 procent, olika åtgärder som inte kan kategoriseras som insatser och i föreliggande undersökning har andelen minskat till 17 procent.³⁴

Andelen som uppgav att de i någon omfattning använde evidensbaserade insatser var ungefär densamma, cirka 20 procent, vid samtliga fem undersökningstillfällen. De evidensbaserade insatserna var vanligast inom verksamheter som arbetade med missbruk/beroende och minst vanligt inom verksamheter som arbetade inom områdena funktionshinder, våld i nära relationer och äldre. Det förekommer också ett antal metoder som användes av mindre än en procent i de flesta fall. Dessa har sammanförts under rubriken ”mindre vanliga program”. Det finns också insatser som tidigare använts i liten omfattning men vars användning nu har ökat några procentenheter. Dessa har sammanförts under rubriken ”diverse andra program”.

I undersökningsmaterialen från 2013 och 2016 jämfördes *samma* insatser inom alla verksamhetsområden eftersom det var några (om än få) som uppgav att de använde nya insatser. Resultaten av undersökningarna 2013 och 2016 är därför direkt jämförbara. I undersökningen 2016 framkom att användningen av de redovisade insatserna för barn och unga nästan hade halverats, gått från 18 procent till 10 procent. Liknande mönster, användning av färre insatser, kunde ses för området barn och unga med funktionsnedsättning [20]. Någon motsvarande minskning syntes inte i den officiella statistiken över barn och unga som fått insatsen vård utom hemmet eller fått öppenvårdsinsatser, förutom med ett undantag: insatsen kontaktperson/-familj för barn och unga hade minskat över tid fram till 2014 [21]. Öppna jämförelser inom den sociala barn- och ungdomsvården visade inte heller på någon minskad användning av manualbaserade psykosociala behandlingsinsatser under perioden 2013–2016 [22]. Resultatet tyder på att kommunerna minskat sitt användande av *specifikt namngivna* insatser, vilket kan förklara att dessa insatser till synes minskade totalt.

³⁴ T.ex. uppgavs bedömningsmetoder (ASI, ADAD, FREDA, FIA, etc.) eller arbetssätt som Barns behov i centrum (BBIC), Individens behov i centrum (IBIC) eller andra aktiviteter som inte räknas som behandling (t.ex. synsätt, kvalitetsregister etc.)

I 2019 års undersökning har kommunerna uppgett andra insatser utöver dem som tidigare funnits med som alternativ, vilket påverkar utfallet. I tabell 13, inom parentes, redovisas resultatet om man enbart tar med de insatser som fanns med 2016 i analyserna. Det visar att det inte är tidigare undersökta insatserna som ökat, utan det är de nya, specifikt namngivna insatserna som ger utslaget.

Det saknades helt evidensbaserade insatser inom verksamhetsområdet försörjningsstöd, vilket kan förklaras med att det inte finns så många med vetenskapligt stöd inom detta område.

Den vanligast förekommande insatsen var motiverande intervju (MI) som användes av 15, 20, 19, 16 och 20 procent respektive undersökningsår av de enheter som arbetar med missbruk. Andra vanliga insatser 2019 finns också inom missbruksområdet, som Återfallsprevention/Väckarklockan, CRA och 12-stegsbehandling.

År 2019 användes evidensbaserade insatser av 35 procent av enheterna inom IFO (en ökning med 10 procentenheter sedan 2016), av 24 procent inom IFO/ÄFO och av 4 procent inom ÄFO ($\chi^2 = 73.04$, $p < .001$). Ju fler bedömningsmetoder som förekom, desto fler insatser användes ($r = .32$, $p < .001$).

Tabell 13. Andel (procent) chefer inom respektive verksamhetsområde som uppgav att evidensbaserade insatser användes i åtminstone någon omfattning på deras enhet.

Område	Insats	2007	2010	2013	2016	2019
Barn	Community Parent Education program (COPE)	4	5	5	2	2
	Circle of security/Trygghetscirkeln ³⁵	—	—	—	—	5
	De otroliga åren (The incredible years)	2	3	3	2	0
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling	0	0	4	2	1
	Kognitiv beteendeterapi (KBT) ³⁶	5	1	1	2	3
	Komet	7	8	6	3	5
	Marte Meo	2	2	3	3	3
	Tryggare barn ³⁷	—	—	—	—	3
	Diverse andra program ³⁸	<1	4	4	3	4
	Någon av ovanstående	19	19	18	10	(9)16
Ungdomar	Aggression Replacement Training (ART)	14	9	7	2	2
	Funktionell familjeterapi (FFT)	5	8	6	5	8
	Intensiv hemmabaserad familjebehandling	0	1	4	2	1
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	5	3	2	2	4
	Komet	8	6	6	2	4
	Multisystemisk terapi (MST)	7	5	3	1	1
	RePulse ³⁹	—	—	—	—	5
	Diverse andra program ⁴⁰	2	4	2	1	(3)5
	Någon av ovanstående	28	24	20	12	(9)21

³⁵ Resultat från tidigare undersökningar visar att Circle of Security (COS) använts av färre än en procent av kommunerna.

³⁶ 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.

³⁷ Tryggare barn har inte tidigare varit med i föreliggande undersökning.

³⁸ Family Check-up, Active Parenting, International Child Development Programme (ICDP), The Children Are People Too (CAP), och Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB). I tidigare rapporter av den här undersökningen gick dessa in i "Mindre vanliga program" och användes av mindre än en procent, men i denna undersökning används de av en till två procent av kommunerna, alltså lika stor andel som för vissa av insatserna i tabellen. Ingen har uppgett att de använder Beardslee's familjeintervention.

³⁹ RePulse har i tidigare undersökningar använts av färre än en procent av kommunerna.

⁴⁰ Kriminalitet som livsstil/Ett nytt vägval, Family checkup (FCU), Treatment Foster Care Oregon (TFCO) och Multi-dimensional Family Therapy (MDFT) har använts av upp till två procent av kommunerna. Samma gäller för metoder som Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA) och Community Reinforcement Approach and family training (CRAFT), som tidigare inte förekommit i denna undersökning. Ingen har uppgett att de använder Föräldrastegen.

Område	Insats	2007	2010	2013	2016	2019
Missbruk och beroende	Cannabisprogram för ungdomar (CPU) ⁴¹	—	—	—	—	2
	Community Reinforcement Approach (CRA)	2	4	4	11	15
	Community Reinforcement Approach and family training (CRAFT) ⁴²	—	—	—	—	6
	Haschavvänjningsprogrammet (HAP)	0	5	10	11	12
	Kort rådgivning	<1	0	1	0	0
	Motivational Enhancement Therapy (MET) ⁴³	—	—	—	5	7
	Motiverande intervju (MI)	15	20	19	16	20
	12-stepsbehandling	10	10	9	9	13
	Mindre vanliga program ⁴⁴	—	—	—	—	3
	<i>Någon av ovanstående</i>	23	31	31	28	(26)34
Funktionsnedsättningar	Case Management (CM)	<1	1	3	1	<1
	Community Reinforcement Approach (CRA)	0	1	2	4	4
	Ett självständigt liv (ESL)	<1	2	3	3	2
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	1	2	3	2	4
	Motivational Enhancement Therapy (MET)	—	—	—	2	2
	Motiverande intervju (MI)	2	2	2	2	2
	Supported employment (SE)	0	0	0	0	0
	Mindre vanliga program ⁴⁵	1	1	2	3	(2)3
<i>Någon av ovanstående</i>	5	14	17	17	(12)14	
Våld i nära relationer	Trappan	0	2	3	3	6
Hemlöshet	Bostad först	0	0	<1	0	<1
Äldre	Fallprevention	<1	1	<1	0	0
Totalt	<i>Minst en insats</i>	20	25	22	19	25

En analys av kommungrupper⁴⁶ visar att evidensbaserade insatser var vanligast i ”lågpendlingskommuner nära större stad”. Här har det skett en ökning sedan den senaste undersökningen 2016, från 20 procent till 36 procent. Ungefär samma ökning märks för ”pendlingskommuner nära större stad, från 12 procent till 29 procent. Evidensbaserade insatser var minst förekommande i ”större städer” (figur 3).

⁴¹ CPU har tidigare inte undersökts i denna undersökning.

⁴² CRAFT har tidigare inte undersökts i denna undersökning.

⁴³ MET är en metod som introducerades i samband med publiceringen av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende 2014.

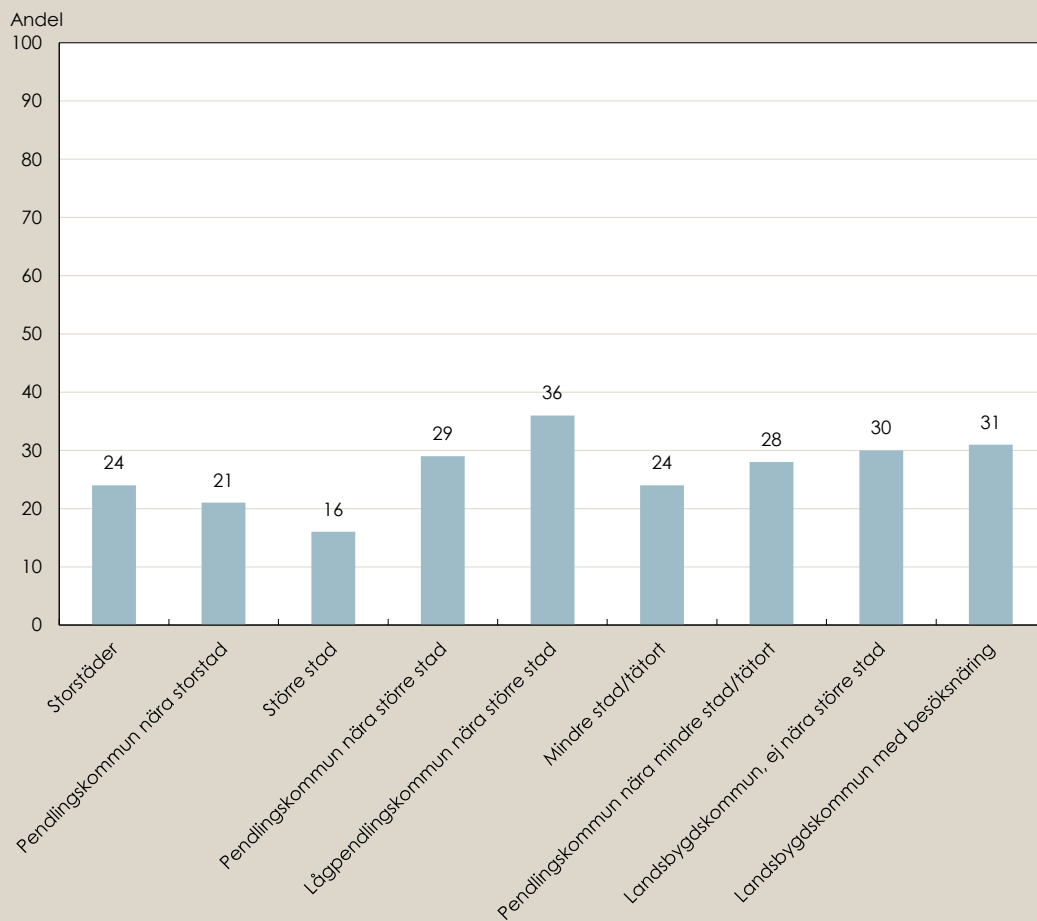
⁴⁴ Det har inte redovisats mindre vanliga program i tidigare undersökningar. I denna undersökning visar resultatet att tre procent använder Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA).

⁴⁵ Dialektisk beteendeterapi (DBT), Kort rådgivning, Individual placement and support (IPS), Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) och Community Reinforcement Approach and family training (CRAFT). Ingen har uppgett användning av DBT eller Kort rådgivning.

⁴⁶ Kommungrupperna är nio till antalet. Se Sveriges kommuner och regioner, www.skr.se.

Användningen var ungefär lika stor i Götaland (25 procent), Svealand (25 procent) Norrland (23 procent). Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.⁴⁷ Användningen av evidensbaserade insatser har ökat något i Götaland och i Svealand (4 procentenheter) sedan 2016. I Norrland har evidensbaserade insatser ökat från 14 procent till 23 procent sedan 2016.

Figur 3. Användning av evidensbaserade insatser fördelat på kommungrupp.



* Enligt SKR:s kommungruppsindelning 2017 som gäller från den 1 januari 2017. Det är en omarbeting av den tidigare kommungruppsindelningen från 2011.

⁴⁷ I detta fall betyder det att sannolikheten för att skillnaden har uppkommit genom slumpen är 95 procent.

Diskussion och slutsatser

Femte undersökningen om evidensbaserad praktik

I denna rapport redovisas den femte omgången av en undersökning om evidensbaserad praktik. Undersökningen har genomförts genom en elektronisk enkät som har besvarats av ett slumpvist urval enhetschefer inom svensk socialtjänst. Frågorna har berört attityder till evidensbaserad praktik liksom användningen av bedömningsmetoder och evidensbaserade insatser på de deltagande chefernas enheter.

Det har skett en ökning av antalet verksamhetsområden som cheferna ansvarar för sedan 2007. Då uppgav hälften av cheferna att de hade ansvar för mer än ett område. I 2019 års undersökning har andelen stigit till 80 procent, alltså fyra av fem chefer hade flera verksamhetsområden att svara för. Det skulle kunna förklaras av att nya områden tillkommit, som till exempel ett utökat kommunalt ansvar för verksamhetsområdet våld i nära relationer och nya verksamhetsområden som ”ensamkommande barn” och/eller asylsökande, som först 2016 fanns med i denna undersökning. För området flykting/asylsökande märks en minskning. Färre chefer än tidigare arbetar med detta.

Cheferna har i genomsnitt arbetat en relativt lång tid inom sina respektive verksamhetsområden. Resultaten från denna undersökning visar att de har arbetat i genomsnitt åtta år, även om det finns stora variationer. Huruvida de befunnit sig på nuvarande tjänst under dessa år eller om de bytt arbete under tidens gång framgår inte av undersökningen.

Andelen chefer med socionomutbildning inom äldre- och funktionshinderområdet har ökat sedan det senaste mättillfället 2016. Då uppgav 28 procent att de hade socionomutbildning mot 40 procent i denna undersökning.

Organisatoriska förutsättningar belysta för första gången i denna undersökning

Den undersökningsomgången belyser för första gången chefernas organisatoriska förutsättningar. De har besvarat frågor om huruvida de har haft en omorganisation under de senaste två åren, hur många som har slutat det senaste året och huruvida de använt inhyrd personal i organisationen, och i så fall i vilken omfattning. Tre av fyra chefer hade, oavsett vilka verksamhetsområden de arbetade inom, varit med om en omorganisation de senaste två åren. Omfattningen av omorganisationerna eller vilka implikationer de fått för kommunerna framgår inte i den här undersökningen.

Det har rapporterats, bland annat i media, om svårigheter med att rekrytera och behålla handläggare inom socialtjänsten.⁴⁸ I denna undersökning uppgav majoriteten av cheferna att andelen som slutat på deras enheter var 1–24 procent, alltså en något lägre andel än tidigare statistik redovisat [23, 24]. Resultaten i denna studie gäller för alla områden utom två, våldsområdet och flykting/ asylsökande, där det märks en tendens till en högre andel som slutat. För den senare gruppen visar resultat att färre chefer arbetar med gruppen, vilket också kan förklara att en större andel har slutat. Gruppen ensamkommande barn har också minskat markant de senaste åren [25].

Det har också rapporterats i media om ökade kostnader för inhyrd personal, även om läget stabiliserats något under senare delen av 2010-talet. Resultat från föreliggande studie skulle kunna tolkas som att utvecklingen stabiliserats ytterligare. Majoriteten, cirka 60 procent, hade *inte* använt åtgärder som inhyrda eller visstidsanställda handläggare i sin verksamhet under det senaste året.

Stort intresse för evidensbaserad praktik

Resultaten visar att tre av fyra chefer (79 procent) är påtagligt intresserade av en evidensbaserad praktik, ett resultat som gradvis ökat från 2007 då 68 procent uppgav att de var påtagligt intresserade. Endast 3 av 749 chefer uppgav att de var ointresserade. Tillsammans med andra studier om socialarbetares ökade intresse för en evidensbaserad praktik [14, 26, 27] visar resultaten att det finns goda förutsättningar för en fortsatt spridning av ett arbete i enlighet med en evidensbaserad praktik. Det finns dock en trend mot ett minskat intresse för EBP bland nämndpolitiker, enligt cheferna. Detta är oroande eftersom politiska prioriteringar framstår som allt viktigare för att garantera en långsiktighet och en uthållighet i arbetet med att införa en evidensbaserad praktik [17, 28].

Minskat behov både av nya metoder och av stöd för systematisk uppföljning

Även om det fortfarande är många som upplever ett behov av nya metoder – både bedömningsmetoder och insatser – märks en trend mot ett minskat behov. Detta gäller i synnerhet behovet av nya standardiserade bedömningsmetoder, vilket halverats sedan den första undersökningen 2007. Sedan dess har användningen av standardiserade bedömningsmetoder ökat kraftigt, vilket skulle kunna förklara det minskade behovet. Däremot finns det ett behov av (nya) metoder för att följa upp verksamheten, enligt undersökningen. Detta behov möter bland andra Socialstyrelsen genom att ta fram system och verktyg för systematisk uppföljning (SU), som till exempel SU-pilot (ett allmänt verktyg för lärande om systematisk uppföljning), SUV (systematisk uppföljning för verksamheter som arbetar med våld i nära relationer) och SUE (systematisk uppföljning för verksamheter som arbetar med ekonomiskt bistånd).

⁴⁸ Se till exempel statistik om personalomsättning på Akademikerförbundets hemsida: <https://akademikerforbundet.se/fortroende-vald/kampanj-stoppa-kompetensflykten/kartor-personalomsattning-2016-2017>.

Kopplat till SU finns en webbutbildning och ett handledningsmaterial för fördjupning.

Det finns också ett fortsatt behov av att få ny kunskap om och stöd från Socialstyrelsen gällande evidensbaserad praktik och implementering. Verksamhetscheferna uttrycker även andra behov men som rör den egna organisationen.

Bristande kunskap om att söka och värdera forskning

Resultaten visar att cheferna blivit allt mer intresserade av att ta del av forskningsrön. Nästan två tredjedelar hämtar numera information om forskning inom sitt verksamhetsområde. De främsta kanalerna för detta är webbplatser, konferenser och föreläsningar, men även kollegor och facktidskrifter. Web-baserade utbildningar, vars användning ökat från noll till 61 procent sedan 2007, framstår som allt viktigare.

Det är en stor utmaning att utbilda socialarbetare för ett evidensbaserat arbete. Enligt chefernas uppfattning har endast en minoritet av socialarbetarna tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva ett evidensbaserat arbete. Exempelvis var det endast åtta procent av cheferna som uppgav att personalen hade tillräcklig kunskap för att söka efter vetenskaplig kunskap om insatsers effekter. En ännu mindre andel chefer, fem procent, uppgav att personalen kunde värdera den vetenskapliga kunskapen. Vidare bedömde endast cirka 30 procent av cheferna att deras personal kunde använda standardiserade bedömningsmetoder och göra systematiska uppföljningar av utfallet av insatser. Positivt är att en ökande andel medarbetare har kompetens i att involvera sina klienter i utredningen och fatta beslut tillsammans med dem. Delaktighet är en mycket viktig beståndsdel i en evidensbaserad praktik.

Hög användning av Socialstyrelsens webb för att söka kunskap

Cheferna uppgav ett förhållandevis högt förtroende för rekommendationer från myndigheter som Socialstyrelsen. De hade liten kännedom om vetenskapliga publikationer, även om användningen ökat sedan 2007, och sådana användes bara undantagsvis för kunskapsinhämtning. Det finns således ett behov, både av en förbättrad kunskaps-spridning och av ett utvecklat implementeringsstöd när det gäller tillämpningen av evidensbaserad praktik. För att öka kunskapsstödens användbarhet kan de behöva utvecklas, både avseende språklig framställning och konkretisering av det som bör göras gentemot olika målgrupper. Även redovisningen av hur produkter tagits fram, och vilka kunskapsunderlag de baseras på, behöver förtydligas.

Vad gäller användningen av Socialstyrelsens produkter uppgav i princip alla chefer (95 procent) att de använde myndighetens webbplats för att söka efter forskning. Det har skett en kraftig ökning av andelen som använder Kunskapsguiden i samma syfte, från 20 procent 2013 till 65 procent 2019.

Andelen som besöker Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fördubblats sedan 2016, från 10 procent till 20 procent.

Tidigare undersökningar visar att handböckerna⁴⁹ användes i hög utsträckning i socialtjänsten; ungefär tre av fyra använde dem i arbetet [8]. Däremot är användningen mycket lägre av både generella (som gäller hela socialtjänsten) och specifika produkter (avsedda för specifika verksamhetsområden) från Socialstyrelsen. Vad gäller de nationella riktlinjer som riktar sig till socialtjänsten är de som rör missbruk och beroendevård mest kända och använda. Det är logiskt, av två skäl. Dels var dessa de första publicerade (redan 2007) nationella riktlinjer som riktar sig till socialtjänsten, dels gav SKR, genom projektet Kunskap till praktik, stöd till implementeringen av dessa riktlinjer [29]. Vissa kunskapsstöd inom barn och unga ser också ut att ha fått större spridning än andra. I minst utsträckning används webbutbildningar och vissa publikationer, som tidigare redovisats.

Ökad användning av standardiserade bedömningsmetoder

Enligt enkätsvaren använde en ökande andel, 84 procent 2019, (76 procent 2016) åtminstone en standardiserad bedömningsmetod. En intervjustudie från 2003 [13], som omfattar drygt 700 socialarbetare och chefer från samma verksamhetsområden som i denna studie, redovisade att 20 procent använde standardiserade bedömningsmetoder. År 2019 var andelen således fyra gånger högre. Störst är ökningen inom våldsområdet. Värt att notera är att de bedömningsmetoder som Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att utveckla, på kort tid har kommit att användas i betydande omfattning. Det gäller i första hand FREDA, där användningen ökat från 29 procent 2013 till 88 procent 2019. Även användningen av ASI har ökat, från 66 procent 2016 till 74 procent 2019.

Den stora ökningen i användningen av FREDA skulle kunna förklaras av att det funnits ett stort behov av stöd i arbetet med våld i nära relationer som kan användas i kombination med det kompetensstöd som tagits fram av Socialstyrelsen och Uppsala universitet (Nationellt Centrum för Kvinnofrid, NCK). Även länsstyrelsernas särskilda uppdrag att stödja och ansvara för bland annat kunskapsspridning och kvalitetsutveckling i samarbete med kommunerna kan ha haft betydelse här. Genomförandet av länsstyrelsernas uppdrag har också fungerat som en länk mellan kommuner och den nationella nivån. Användandet av PATRIARK har också ökat kraftigt sedan 2016. Förmodligen är förklaringen till stor del densamma som till den ökade användningen av FREDA, nämligen ett ökat behov, vidtagna straffrättsliga åtgärder och ett ökat stöd.⁵⁰ Metodföreträdaren för PATRIARK har också utbildat fler och använder sig av konceptet ”utbilda utbildare”.

⁴⁹ Här avses handböckerna Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, Utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen, Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten och Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer.

⁵⁰ Sedan 2000-talets början har ett antal straffrättsliga åtgärder vidtagits mot brott som begås med hedersmotiv och det kommunala ansvaret för brottsofferstöd har förtydligats. Flera myndigheter har haft särskilda uppdrag att förebygga och bekämpa problemet, däribland länsstyrelserna, som på olika sätt stödjer aktörer på regional nivå.

Det finns inga uppgifter om användning av nya bedömningsmetoder sedan den senaste mätningen. Viktigt att hålla i åtanke är att dessa siffror gäller verksamhetsnivå och att cheferna uppger att metoden används inom verksamheten ”i någon omfattning” för vissa klientgrupper.

Enligt cheferna finns det ett minskat behov av *nya* standardiserade bedömningsmetoder (alltså utöver de som redan finns att tillgå), vilket kan förklaras av att användningen av standardiserade bedömningsmetoder har ökat över tid. Skillnader finns dock mellan kommungrupper. Exempelvis var det inte lika vanligt förekommande med bedömningsmetoder i ”större städer”, i ”pendlingskommuner nära större städer”, i ”landsbygdskommuner, ej nära större städer” och i ”storstäder” som inom andra kommungrupper. Chefer inom IFO uppgav i större utsträckning användning av standardiserade bedömningsmetoder än chefer inom ÄFO.

Vissa insatser fasas ut, andra insatser tillkommer.

Andelen som använde evidensbaserade insatser var i princip oförändrad, 25 procent 2019, jämfört med 19 procent 2016. I flera fall handlar det om insatser för vilka det vetenskapliga underlaget är svagt eller tveksamt. Insatserna användes i störst omfattning inom missbruks- och beroendeverksamheter och i minst omfattning inom verksamheter som arbetade inom områdena funktionsnedsättning, hemlöshet, våld i nära relationer och äldre.

Nya insatser har tillkommit och andra fasas ut i olika takt. Inom området barn och unga användes exempelvis inte insatsen De otroliga åren (The incredible years) bland de undersökta kommunerna. Inom verksamhetsområdet ungdomar användes ART av endast 2 procent 2019, mot 14 procent 2007. Nya insatser som Circle of Security/Trygghetscirkeln, Tryggare barn och Re-Pulse, har börjat användas inom dessa områden, om än i liten omfattning. Inom missbruksområdet har användningen av alla insatser ökat, men i olika omfattning. Den enda insats som cheferna uppgett att man inte använder är Kort rådgivning. Nya insatser inom området är Cannabisprogram för ungdomar (CPU) och Community Reinforcement Approach and family training (CRAFT). De chefer som hade ansvar för området funktionshinder uppgav att SE (Supported employment) inte används.

Evidensbaserade insatser var vanligast i ”lågpendlingskommuner nära större stad”, där de förekom i en tredjedel av verksamheterna. Evidensbaserade insatser var minst vanliga i ”större städer”, i ”mindre städer/tätort” och i ”storstäder”. Användningen av sådana insatser rapporterades främst av chefer inom IFO.

Även om fyra av fem chefer uppgav att evidensbaserade insatser inte användes i deras verksamheter är det en tydlig förändring jämfört med situationen före millennieskiftet. Förändringen består i att nu anger cheferna att de använder evidensbaserade insatser. Det skiljer sig från studier från 1990-talets andra hälft, där beskrivs de arbetssätt som användes i vaga termer (t.ex.

”motivationsarbete”, ”strukturinriktat arbete”) och dessa hade inte utvärderats i kontrollerade studier [15]. Vid denna tid fanns det forskare som ifrågasatte om man överhuvudtaget kunde tala om ”metoder” i socialt arbete [16].

Användning av bedömningsmetoder viktigt för spridningen av EBP

En hög användning av standardiserade bedömningsmetoder är viktigt för den fortsatta spridningen av en evidensbaserad praktik. Användandet av sådana kan underlätta implementeringen av en evidensbaserad praktik eftersom den strukturerade och standardiserade formen i bedömningsmetoder också tydliggör fördelarna med evidensbaserade insatser. Detta antagande stöds också delvis av resultaten i denna undersökning eftersom det finns ett positivt samband mellan användning av bedömningsmetoder och användning av insatser. Resultaten visar att ju fler bedömningsmetoder som användes, desto fler insatser användes också. Att många kommuner ökar sin användning av standardiserade bedömningsmetoder kan därmed indikera att förekomsten av evidensbaserade insatser kommer att öka.

Det fanns en skillnad i förekomst av standardiserade bedömningsmetoder mellan de olika verksamhetsområden som de tillfrågade cheferna ansvarade för. Den högre användningen inom vissa verksamhetsområden kan bero på att det gjorts flera statliga satsningar för att öka såväl användningen av bedömningsmetoder som insatser inom dessa områden.

Denna undersökning är ett viktigt underlag för myndighetens stöd- och utvecklingsarbete

Socialstyrelsen har under ett tiotal år utvecklat och tagit fram specifika stöd för implementering av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och för implementering av de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen kommer att fortsätta sitt arbete med att utveckla kunskapsstöd och ge stöd till implementering av en evidensbaserad praktik. För detta arbete utgör denna återkommande undersökning ett viktigt underlag.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/>
2. Regeringen. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren. Utredningen om nya former för stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten 2008.:
3. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2014 [Elektronisk resurs] 2013:
4. Svergies Kommuner och Regioner (SKR). Nationell kunskapsstyrning inom socialtjänsten. 2020. Hämtad från: <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrning-socialtjanst.622.html>
5. 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.
6. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
7. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
8. Socialstyrelsen. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016 : kommunala enhetschefer om EBP under ett decennium. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
9. Bergmark, Å, Lundström, T. Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Socialvetenskaplig tidskrift. 1998; 5(4):291-312.
10. Socialstyrelsen. Systematisk bedömning inom socialtjänsten. Stockholm; 2004.
11. Sackett, DL, Rosenberg, WMC, Gray, JAM, Haynes, RB, Richardson, WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ: British Medical Journal. 1996; 312(7023):71-2.
12. Soydan, H. Evidence-Based Medicine and Knowledge Dissemination, Translation, and Utilization: Challenges of Getting Evidence-Based Treatments to Patient Care and Service Delivery. Journal of Evidence-Based Medicine. 2009; 2(3):143-9.
13. Haynes, RB, Devereaux, P, Guyatt, GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. ACP Journal Club. 2002; 136:A11-4.
14. Bergmark, Å, Lundström, T. Kunskaper och kunskapssyn. Om socialarbetare i socialtjänsten. Socionomens forskningssupplement nr 12. 2000; (4):1-16.

15. Bergmark, A, Lundström, T. Evidensfrågan och socialtjänsten. Om socialarbetarens inställning till en vetenskapligt grundad praktik. Socionomens forskningssupplement nr 23. 2008; (3):5-14.
16. Bergmark, Å, Lundström, T. Att studera rörliga mål. Om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete. Socionomens forskningssupplement nr 21. 2007; (3):4-16.
17. Fixsen, D, Naoom, S, Blase, K, Friedman, R, Wallace, F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida; 2005.
18. Bloom, M, Fischer, J, Orme, JG. Evaluating practice : guidelines for the accountable professional. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2009.
19. Socialstyrelsen. Om standardiserade bedömningsmetoder; 2012.
20. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning : lägesrapport 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Report No.: 9789175554129.
21. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2014; 2015.
22. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av sociala barn och ungdomsvården. 2017. Hämtad från:
<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/barnochunga>
23. Dagens samhälle. Kommunerna blöder kompetent personal. 2019.
24. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Social kompetens. Om kompetensförsörjningen av handläggare i socialtjänsten; 2019.
25. Socialstyrelsen. Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017 Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3; 2017.
26. Bergmark, A, Lundström, TJSSf. Evidensfrågan och socialtjänsten-om socialarbetarens inställning till en vetenskapligt grundad praktik. 2008; (3):5-14.
27. Rojas, Y, Stenström, NJHSOM, Leadership, Governance. The Effect of Organizational Factors on the Use of Evidence-based Practices among Middle Managers in Swedish Social Services. 2020; 44(1):32-46.
28. Folkhälsomyndigheten. UPPFÖLJNING AV FYRA NATIONELLA SATSNINGAR FÖR ATT UTVECKLA LOKALT ANDT-FÖREBYGGANDE ARBETE; 2019.
29. Fridell, M, Holmberg, R, Billsten, J, Benderix, Y. Implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks-och beroendevården: Utvärdering av det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik. Lund: Lunds universitet; 2015.[cited 2019 Sep 25].
30. Brottsbyggande rådet. Nationella trygghetsundersökningen 2015 - Teknisk rapport [Elektronisk resurs]: Brå, Brottsförebyggande rådet; 2016.
31. Wenemark, M. Enkätmetodik med respondenten i fokus. Lund: Studentlitteratur; 2017.
32. Wilson, DB, Lipsey, MW. The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. Psychological methods. 2001; 6:413-29.
33. 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.

34. Kaunitz, C, Strandberg, A. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige- evidensbaserad socialtjänst i praktiken. . Socionomens forsknings supplement. 2009; 26:36-52.
35. Kaunitz, C. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige [Elektronisk resurs] - spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering. Stockholm: Institutionen för socialt arbete - Socialhögskolan, Stockholms universitet; 2017.

Bilagor

Bilaga 1. Teknisk Rapport

Enkäten skickades till 1 095 personer i 233 kommuner och kommundelar, vilket motsvarar 74 procent av alla 312.⁵¹ Vid sista datum för avslut hade 42 personer avregistrerats av skälet att de tillhörde fel målgrupp. För några var orsaken att de av sina kommuner hade utsetts att besvara enkäten för samtliga. Ytterligare några hade avregistrerats på grund av att de slutat, gått i pension, var föräldralediga eller sjukskrivna, men i de fall en ersättare tillkommit påverkades inte n-talet. N-talet var efter avregistreringar 1 053 och 577 hade vid det tillfället besvarat hela enkäten = 54 procent svarsfrekvens. Även om vi inkluderade dem som svarat på nästan hela enkäten blev svarsfrekvensen inte högre än 58 procent. Under februari och mars arbetade en person drygt halvtid med att kontakta dem som inte besvarat enkäten.

Först kontaktades växelns för att reda ut i vilken utsträckning personerna tillhörde rätt målgrupp, därefter kontaktades var och en av de chefer som inte besvarat enkäten. Vissa svarade, ringde upp eller mejlade och bekräftade att de skulle besvara den. Några personer gick inte att nå. Efter tre meddelanden, antingen via telefonsvarare eller via växel (till vissa chefer kunde man inte lämna meddelande på telefonsvararen) skickades ett nytt mejl med länk till enkäten. Det bedömdes som alltför tidskrävande att ännu en gång försöka ringa dessa chefer. Under de sista två veckorna i mars 2020 meddelade en liten grupp av cheferna (0,5 procent) att deras arbetssituation, som krävde hantering av covid-19, medförde att de inte hade tid att besvara enkäten. I början av april, när undersökningen avslutades, hade ytterligare 45 personer avregistrerats av skälet tillhörande fel målgrupp.

Av de ursprungliga 1 095 som enkäten hade skickats till hade 86 avregistrerats (fel målgrupp) och 2019 års undersökning omfattade således 1 009 personer. Av dem hade 720 (71 procent) besvarat enkäten fullt ut när undersökningen avslutades. Ytterligare 29 personer hade besvarat tre fjärdedelar eller mer av enkäten, vilket bedömdes som tillräckligt. Därmed hade 749 personer besvarat 2019 års undersökning, vilket innebär en svarsfrekvens på 74 procent.

Orsakerna till det ökade bortfallet i denna undersökning, utöver de 0,5 procent som hade en ökad arbetssituation i samband med hanteringen av covid-19, är okända. Tänkbara orsaker är tidsbrist eller att personerna tillhörde fel målgrupp, det vill säga att de var chefer för verksamheter som inte är myndighetsutövande eller var chefer på fel nivå.⁵² En annan möjlig orsak är att tidpunkten var olämplig. November och december månad innebär ofta en ökad arbetsbelastning för kommunala verksamhetschefer. En stor andel var

⁵¹ Det är Göteborg och Stockholm som har stadsdelsindelning. Malmö har sedan 2017 en facknämndsindelning utan geografisk indelning och räknas som en kommun i denna undersökning.

⁵² Under insamlingstiden har vi fått löpande information om att enkäten skickats till fel målgrupper och att uppgifter från registratorer och andra var felaktiga.

också långlediga och hade tagit ut ytterligare ledighet i samband med den redan långa julledigheten, det vittnade till exempel automatsvaren från de deltagande chefernas e-postlådor om. Ytterligare en tänkbar orsak, som alltmer diskuteras som förklaring till lägre svarsfrekvenser är ”enkättrötthet”. Det görs allt fler surveyundersökningar, vilket sannolikt kan leda till en viss trötthet och därmed ett ökat bortfall [30, 31].

Bilaga 2. Undersökningens tillförlitlighet

Undersökningens styrka är dess omfattning, dess slumpmässiga urval och dess fortfarande höga svarsfrekvens (74 procent), vilket talar för att resultaten är representativa. En annan styrka är att samma enkät (med små förändringar 2010 och något större 2019) använts vid samtliga 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 de enskilda personernas attityder utan snarare belyser verksamheternas inställning.

Denna typ av undersökning har givetvis sina begränsningar. Den undersöker exempelvis inte hur många vård- och omsorgstagare som blivit föremål för bedömningsmetoder och 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 vilka bedömningsmetoder och insatser som används i någon omfattning.

Undersökningens resultat ger inte heller 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 [32, 33]. 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 [34, 35].

Den uppgivna användningen av de olika bedömningsmetoderna och insatserna (tabellerna 12 och 13) kan ifrågasättas eftersom majoriteten av cheferna ansvarade för flera verksamhetsområden, exempelvis både funktionshinder och missbruk. Eftersom både bedömningsmetoderna och insatserna ofta kan användas för mer än en målgrupp går det inte att säkert avgöra om en viss metod eller insats använts för det ena verksamhetsområdet eller det andra – eller båda. Eftersom eventuella fel återkommer varje år är dock *förändringen över tid* relevant.

Bilaga 3. Tabeller

Tabell 14. Andel (procent) chefer inom respektive verksamhetsområde som uppgav när i tid de varit med om en omorganisation.

Verksamhetsområde	Mindre än 1 år sen	1-2 år sen	3 år eller längre
IFO	42	28	30
ÄFO	40	32	28
IFO/ÄFO	48	29	23
Barn	44	26	30
Ungdomar	44	26	30
Personer med missbruk och beroende	45	30	25
Personer med försörjningsproblem	46	27	27
Personer med funktionsnedsättningar	45	30	25
Våld i nära relationer	44	29	27
Äldre	41	34	25
Flykting/asylsökande	48	25	27
Hemlösa	47	26	28
Samtliga	44	29	27

Tabell 15. Andel (procent) chefer inom respektive verksamhetsområde som uppgav hur stor andel på deras enhet som hade slutat inom det senaste året

Verksamhetsområde	Inga	1-24 %	25-49%	25-74%	75% och över
IFO	11	63	22	3	1
ÄFO	13	72	13	1	1
IFO/ÄFO	11	66	19	3	2
Barn	10	63	22	4	1
Ungdomar	10	64	21	4	1
Missbruk och beroende	12	61	22	4	1
Försörjningsstöd	9	62	24	4	1
Funktionsnedsättning	12	67	17	2	2
Våld*	9	62	23	4	1
Äldre	13	67	15	3	2
Flykting/asylsökande**	7	61	23	5	3
Hemlöshet	11	61	23	4	1
Samtliga	11	66	19	3	1

Tabell 16. Andel (procent) chefer inom respektive verksamhetsområde som uppgav hur stor andel av personalen i verksamheten som var inhyrd eller visstidsanställd.

	Ingen	Mindre än hälften	Mer än hälften
IFO	60	41	0
ÄFO	64	36	0
IFO/ÄFO	58	41	1
Barn	58	42	0
Ungdomar	58	42	0
Personer med missbruk och beroende	60	40	0
Personer med försörjningsproblem	55	45	0
Personer med funktionsnedsättningar	61	38	1
Våld i nära relationer	59	41	
Äldre	62	38	0
Flykting/asylsökande	60	40	0
Hemlösa	58	41	1
<i>Samtliga</i>	<i>60</i>	<i>40</i>	<i>0,3</i>