



Kunskapsstyrning i äldreomsorg

Implementering av och samarbete
kring evidensbaserad praktik

Carina Abrahamson Löfström

Kunskapsstyrning i äldreomsorg

Implementering av och samarbete
kring evidensbaserad praktik

Carina Abrahamson Löfström

Kvalitetskriterier för FoU-rapporter vid FoU i Väst/GR

En FoU-rapport vid FoU i Väst/GR ska:

- vara relevant för yrkesverksamma och politiskt förtroendevalda inom området
- sätta studien i ett vidare sammanhang och vända sig till en bredare målgrupp än de som är direkt berörda
- vara utvecklingsorienterad
- anknyta till relevant forskning/kunskapsutveckling inom området
- bygga på vetenskapligt förankrade metoder och tillvägagångssätt samt innehålla en genomarbetad analys
- vara tillgänglig, välstrukturerad och kännetecknas av god språkbehandling
- före publicering granskas av extern forskare inom området
- före publicering granskas av yrkesverksamma inom området

© FoU i Väst/GR

Första upplaga september 2015

Layout: Infogruppen GR.

Omslagsbild: Mostphotos.

Tryckeri: Lenanders Grafiska AB

ISBN: 978-91-89558-91-5

FoU i Väst

Göteborgsregionens kommunalförbund

Box 5073, 402 22 Göteborg

e-post: fou@grkom.se

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	7
INLEDNING	9
PILOTPROJEKTET	11
ÄLDREOMSORG I SVERIGE.....	15
KUNSKAPSTYRNING	19
Evidensbaserad praktik.....	22
Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten	24
Evidensbaserad praktik inom äldreomsorgen	28
Implementering.....	30
Klassisk implementeringsforskning	30
Implementeringsvetenskap	32
Således.....	34
SAMVERKAN	37
Således.....	39
FÖLJEFORSKNINGEN	41
SÅ GICK DET TILL.....	45
Utvecklingsarbetet i Angered	47
Utvecklingsarbetet i Lundby	50
SÅ BLEV DET	51
Angered.....	51
Lundby	60
Samverkan mellan Göteborgs Stad och Göteborgs universitet?	61
Således.....	71
HUR KAN EVIDENSBASERAD KUNSKAP IMPLEMENTERAS I ÄLDREOMSORG?	73
Äldreomsorgens specifika förutsättningar.....	74
Evidensbaserad kunskap.....	75
Implementering.....	76
Samverkan.....	77
BILAGOR.....	79
REFERENSER	81

Sammanfattning

Den här rapporten handlar om hur implementering av evidensbaserad kunskap i samarbete mellan olika professioner kan gå till inom äldreomsorg. Med utgångspunkt i kunskapsområdena evidensbaserad praktik, implementering och samverkan beskrivs och analyseras ett pilotprojekt som genomfördes i stadsdelarna Angered och Lundby inom Göteborgs Stads äldreomsorg. Tanken med projektet var att lektorer från Göteborgs universitet tillsammans med äldreomsorgens professioner skulle utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap med målet att stärka kunskapsutbytet mellan de ingående professionerna och verksamheterna. Inledningsvis i rapporten konstateras att det verkar som att forskning kring implementering av evidensbaserad kunskap specifikt inom äldreomsorg är sällsynt. Ett syfte med rapporten är därför att bidra med mer kunskap genom att diskutera de olika kunskapsområdena i förhållande till svensk äldreomsorg generellt och pilotprojektet specifikt.

Under drygt ett och ett halvt år genomfördes projektet där en lektor från vardera institutionen, Socialt arbete, Vårdvetenskap och hälsa samt Neurovetenskap och fysiologi, genom kombinationstjänster närvarade i de två stadsdelarna. Innehållet i aktiviteterna handlade om tvärprofessionellt teamarbete och målformulering samt evidensbaserad praktik. Lektorernas arbete mottogs väl. Det bidrog till en positiv förändring gällande den interprofessionella samverkan, det vill säga teamarbetet, i Angered och verkade kunna leda till detsamma i Lundby. Det ledde också till ett fortsatt och fördjupat samarbete mellan såväl staden och universitetet som mellan institutionerna. Vid slutet av projektet var alla eniga om att projektet hade varit ett bra försök som hade gett många lärdomar. Att anställa lektorer i kommunen i form av kombinationstjänster uppfattades kunna vara en form för framtida samarbete.

Men projektet förde även med sig en del frustration och gav upphov till flera dilemman. De ingående parterna kände inte inledningsvis så väl till varandras verksamheter, förutsättningar och förväntningar. Det visade sig att de kom från olika kulturer som inte i alla avseenden stämde över-

ens. Intentionsdokumentet där projektet beskrevs gav inte heller specifik vägledning om vad som skulle göras eller hur det skulle göras. Det kom därför att kräva en hel del tid och samtal för att komma fram till innehållet i projektet och inledningsfasen blev längre än vad alla hade trott. Det framkom även under projektet att olika yrkesgrupper hade olika kunskaper och förutsättningar när det gällde evidensbaserad praktik. För undersköterskorna var det till och med en ”icke-fråga”. Generellt kunde det konstateras att alla grupper hade dåliga förutsättningar för kunskapsutveckling och det fanns ingen struktur uppbyggd för att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik. De yrkesgrupper som arbetade inom hälso- och sjukvårdsdelen av äldreomsorgen, det vill säga sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor, efterfrågade mer kunskap om och utveckling inom området. Biståndshandläggarna önskade istället mer kunskap om juridiska och sociala frågor.

Slutsatserna i rapporten är att om idén om evidensbaserad praktik skall kunna implementeras inom äldreomsorg, behöver den först anpassas till verksamhetens förutsättningar och de som arbetar där måste få mer kunskap om betydelsen. Idén om evidensbaserad medicin föreslogs som en lösning på problemet att den ”bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen” inte alltid användes av läkare i det dagliga arbetet. Men äldreomsorg är en annan typ av verksamhet som är en blandning av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samtidigt är nästan 90 procent av personalen inom äldreomsorgen undersköterskor och vårdbiträden som inte har högskoleutbildning. Inom socialtjänstdelen finns inte heller några evidensbaserade metoder. Däremot finns mycket vetenskaplig kunskap om äldres sjukdomar och hälsa, som skulle kunna användas som stöd för att utveckla en evidensbaserad praktik inom hälso- och sjukvårdsdelen.

Genom projektet kunde det konstateras att evidensmodellens samtliga kunskapskällor var förknippade med svårigheter – att den professionella vid beslut om insatser ska väga samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes erfarenheter och önskemål samt situation och kontextuella omständigheter. Frågan är därför hur det egentligen är tänkt att gå till? En befogad fråga verkar vara om det inte är dags att skapa en evidensmodell som bättre passar för äldreomsorg? Det måste bli tydligare vem som skall ansvara för att kunskapen i form av beprövad erfarenhet och vetenskapliga studier sammanställs, kritiskt granskas och sprids och hur det skall gå till. ●

Inledning

Den här rapporten handlar om hur implementering av evidensbaserad kunskap i samarbete mellan olika professioner kan gå till inom äldreomsorg¹. Specifikt kommer ett pilotprojekt att beskrivas och analyseras, som genomfördes under drygt ett och ett halvt år i två stadsdelar inom Göteborgs Stads äldreomsorg. Tanken med projektet var att forskare från Göteborgs universitet tillsammans med äldreomsorgens professioner skulle utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap med målet att stärka kunskapsutbytet mellan de ingående professionerna och verksamheterna.

När det gäller implementering som kunskapsområde har det allt sedan det tog fart på 1960- och 1970-talen utvecklats till ett brett forskningsfält med inspiration från flera olika vetenskapliga discipliner (Nilsen, 2014 c). Detsamma kan sägas angående forskning om samverkan/samarbete i och mellan organisationer, som också i ökande grad och utifrån olika perspektiv sedan 1970-talet har engagerat såväl forskare som praktiker (Johansson, 2013). Även evidensrörelsens ursprung kan dateras till tidigt 1970-tal (Bohlin, 2011). Sedan introduktionen av begreppet ”evidensbaserad medicin” (EBM) i början på 1990-talet har emellertid forskningen kring olika aspekter av den så kallade evidensmodellen ökat enormt (Nilsen, 2014 d).

Det saknas således inte studier inom de olika kunskapsområden som pilotprojektet innefattade. Av dem finns mycket att lära. Men skilda verksamheter kan ha både lika och olika förutsättningar. Det är därför inte säkert att en metod/lösning/policy/idé som har passat i en typ av verksamhet passar lika bra i en annan (Meyer & Rowan, 1977; Czarniawska & Sevón, 1996; Røvik, 2000). Ju mer lika förutsättningarna är för olika verksamheter, desto troligare är det dock att lösningar kan förflyttas mellan dem och bli direkt applicerbara (Erlingsdóttir, 1999, Löfström, 2003).

Det Sverige har gemensamt med många länder är en växande andel äldre befolkning, som ofta har multipla och kroniska sjukdomsbilder (se ex. Mur-Veeman m fl., 2001; Sommerville & McConnell-Imbriotis,

1. Med äldreomsorg menas i rapporten såväl socialtjänst som kommunal hälso- och sjukvård som riktas till personer över 65 år. I Göteborgs Stad användes dock benämningen ”Äldreomsorg och Hälso- och sjukvård”.

2004; Nishikawa, 2011). Den svenska äldreomsorgen har dock mest likheter med övriga nordiska länder där offentligt finansierade och utförda välfärdstjänster är väl utbyggda, av hög kvalitet och används av alla sociala grupper (Szebehely, 2005). När det gäller likhet med andra verksamheter i Sverige har äldreomsorg mycket gemensamt med övrig socialtjänst och övrig hälso- och sjukvård, inte minst genom att de styrs av många gemensamma lagar (som till exempel hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, kommunallagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Men som kommer att visas längre fram i rapporten, finns det ändå skillnader som gör att äldreomsorgen i Sverige måste förstås utifrån dess specifika förutsättningar och för att metoder för implementering av evidensbaserad kunskap ska vara direkt applicerbara borde de anpassas till denna specifika praktik.

Samtidigt verkar det som att forskning kring implementering av evidensbaserad kunskap specifikt inom äldreomsorg är sällsynt. En sökning² i några olika databaser och på Socialstyrelsens webbplats, Kunskapsguiden. se samt via Google, med några olika varianter av frasen ”implementering av evidensbaserad praktik i äldreomsorg” på svenska och engelska, gav inga träffar (se bilaga 1). Om ”äldreomsorg” byttes ut mot ”socialt arbete” gav det några träffar och om det på engelska byttes ut mot ”healthcare” genererades några fler träffar. Det visar alltså ett tydligt behov av mer kunskap inom detta fält³.

Syftet med föreliggande rapport är därför att bidra med ytterligare kunskap genom att diskutera de olika kunskapsområdena i förhållande till svensk äldreomsorg generellt och pilotprojektet specifikt. Den drivande frågan är helt enkelt hur evidensbaserad kunskap i samarbete mellan olika professioner kan implementeras i äldreomsorg.

I nästa kapitel beskrivs kort bakgrunden till pilotprojektet och dess syfte. I det därpå följande kapitlet ges en bild av svensk äldreomsorg och vilka yrkesgrupper som arbetar där. I de två kapitlen som därefter följer diskuteras framväxten och innebörden av såväl evidensbaserad praktik som implementering (under det samlande begreppet ”kunskapsstyrning”) och samverkan. Efter det återges i tre kapitel genomförandet av följeforskningen, hur projektet gick till och hur det blev. I det slutliga kapitlet återkommer jag till frågan om hur evidensbaserad kunskap kan implementeras i äldreomsorg genom att diskutera resultaten från projektet utifrån de tre kunskapsområdena evidensbaserad kunskap, implementering och samverkan. ●

2. Sökningen genomfördes 2015-03-21.

3. Med hjälp av en bibliotekarie från Humanistiska biblioteket vid Göteborgs universitetsbibliotek, gjordes en ytterligare sökning 2015-06-01 där trunkering och utökning av söksträngar användes. Även denna gång gav det väldigt få träffar, vilket stärker den första sökningens resultat.

Pilotprojektet

Under perioden september 2013 till och med juni 2015 genomfördes pilotprojektet⁴ inom Göteborgs Stads äldreomsorg i stadsdelarna Angered och Lundby. Bakgrunden var, enligt processledaren för kompetensfrågor inom äldreomsorgen⁵ i Göteborg, att de sedan flera år tillbaka arbetade med en så kallad Kompetensmodell vilken handlade om att på olika sätt utveckla kompetens- och karriärvägar för alla medarbetare. Samtidigt hade de legitimerade yrkesgruppernas fackförbund efterfrågat kombinationstjänster och mer fokus på forskning:

Kopplat till uppdraget att jobba med Kompetensmodellen så var ju frågan om att vi behöver ha flera personer i staden som har en högre kompetensnivå, också expertuppdrag och så. Och där man på ett annat sätt också kan ta tillvara forskning, jobba med utvecklingsfrågor, leda och utveckla. Och i samband med det, när vi har jobbat med de här expertuppdragen eller hela Kompetensmodellen så fick vi från Vårdförbundet där man säger ”men när kommer vi ha forskartjänster eller kombinationstjänster i kommunen, är inte det läge nu då?” och att jobba med, kombinerat med universitetet och med verksamhet.

Det hade genomförts ett ganska långt förarbete med såväl arbetsgrupper som tankesmedjor för att komma fram till hur pilotprojektet skulle utformas. Det fanns också sedan tidigare ett etablerat samarbete där det genomfördes kontinuerliga möten med institutionerna Socialt arbete, Vårdvetenskap och hälsa samt Neurovetenskap och fysiologi vid Göteborgs universitet.

Vi har egentligen haft en ganska lång startsträcka men det är inte så lätt att förändra och hitta former. [...] Ja och äntligen kom det till sak så att vi skulle kunna få till detta och vi har bjudit in och jobbat ihop med de här tre institutionerna under en tid och formulerat hur ett sådant uppdrag skulle kunna se ut.

4. Begreppet "pilotprojekt" användes för att belysa att försöket genomfördes i mindre skala, i två av tio stadsdelar. I rapporten används både begreppen "projektet" och "pilotprojektet" för att beteckna försöket.

5. Vid Senior Göteborg, ett utvecklingscenter för frågor som rör äldre, stadsledningskontoret i Göteborg.

Efter återkommande möten med representanter från de tre institutionerna formulerades så småningom syftet med projektet i ett intentionsdokument:

...att tillsätta en interprofessionell och forskningskompetent grupp med ansvar för att utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet i Göteborgs Stads äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Arbetet ska leda till att stärka kunskapsutbytet mellan samverkande professioner samt mellan Göteborgs universitet och verksamheterna.

Projektet skulle alltså handla om att ”forskningskompetenta” personer från Göteborgs universitet tillsammans med äldreomsorgens professioner i de två stadsdelarna skulle utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap. Genom det arbetet var också tanken att kunskapsutbytet skulle stärkas mellan de ingående professionerna och verksamheterna.

Beroende på vem som beskrev projektet skulle det över tid visa sig benämnas olika, vilket jag återkommer till längre fram, men det namn som användes i intentionsdokumentet var ”Interprofessionell samverkan mellan Göteborgs Stad och Göteborgs universitet”. De specifika målen med projektet var att:

- stödja Göteborgs Stads äldreomsorg och hälso- och sjukvård med aktuella forskningsresultat för att säkerställa att förändringsprocesserna sker utifrån tillgänglig vetenskap inom området,
- bidra till att utveckla verksamhetsnära former för systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete och lyfta fram evidens utifrån lokala förutsättningar,
- stödja att verksamheten prioriterar rätt insatser utifrån de resurser Göteborgs Stad har att föfoga över,
- stärka och utveckla det interprofessionella samarbetet utifrån den äldres välbefinnande,
- uppmuntra medarbetare att söka aktuell forskning och medvetet arbeta evidensbaserat för att stärka respektive professions ansvarsområde.

Det skapades inledningsvis en arbetsgrupp bestående av enhetschefer för ordinärt boende, bistånd, hemsjukvård och rehabilitering från de båda

6. Person som har genomgått forskarutbildning som avslutas med disputation har examensgraden doktor (alternativt licentiat för halva tiden) inom sitt ämne. Under forskarutbildningen kallas man forskarstuderande eller doktorand. Med examensgrad doktor, kan anställning vid universitetet innehas som (universitets-) lektor. Efter ytterligare forskningsarbete kan lektorer erhålla de akademiska titlarna docent och professor. Där även del av tjänst genomförs i praktiken (i klinisk verksamhet) används begreppet klinisk lektor. Två av de tre representanterna från universitetet, disputerade under projektets första år. I projektet anställdes alla tre som lektorer i Göteborgs Stad på 20 procent vardera. De skulle inte genomföra forskning men skulle bidra till forskningsbaserad verksamhetsutveckling.

stadsdelarna samt ”lektorer⁶” från de tre institutionerna. Arbetsgruppens ordförande var två områdeschefer för ordinärt boende och hälso- och sjukvård i de båda stadsdelarna. Parallellt skapades också en styrgrupp bestående av ansvariga från stadsledningskontoret i Göteborgs Stad och prefekter (ansvariga chefer) från de tre institutionerna.

Utgångspunkten för arbetet skulle vara verksamhetens behov med inriktning på personer över 65 år som bodde i ordinärt boende. Men när projektet startade var det inte bestämt i detalj hur det skulle genomföras. Tanken var istället att lektorerna tillsammans med arbetsgruppen skulle komma fram till lämpligt upplägg. Under hösten 2013 besökte därför lektorerna de båda stadsdelarna för att lyssna in olika yrkesgruppers behov och önskemål samtidigt som de tillsammans med arbetsgruppen vid ett flertal möten diskuterade vad som skulle och kunde göras. Lite längre fram i rapporten beskrivs hur arbetet därefter utvecklades. Där återges också hur utvärderingen i form av följeforskning gick till. Men först kommer jag att i de kommande kapitlen ge en bild av äldreomsorgens specifika förutsättningar och därefter utifrån det samlande begreppet kunskapsstyrning, beskriva och diskutera de olika kunskapsområdena evidensbaserad praktik, implementering och därefter samverkan. ●

Äldreomsorg i Sverige

På regeringens webbplats beskrivs ”omsorg om äldre personer” på följande sätt:

Socialtjänstens omsorg av äldre riktar in sig mot att låta äldre personer få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Stödet ska stärka de äldres möjligheter att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Hemtjänst, bostad i särskilt boende och dagverksamhet samt i de flesta kommuner hemsjukvård är exempel på insatser som socialtjänsten erbjuder äldre personer. En äldre person ska, så långt det är möjligt, kunna välja vid vilken tidpunkt och på vilket sätt socialtjänsten ska ge stöd och hjälp (hämtad 2015-04-11).

Enligt Broomé & Jonsson (1994) kan alla offentligt finansierade insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård som är riktade till personer över 65 år, samlas under begreppet äldreomsorg. I denna rapport begränsas dock diskussionen till det som inbegrips i kommunernas ansvar.

Framväxten av dagens äldreomsorg beskrivs ofta som en utveckling ”från fattigvård till valfrihet” (se ex. SKL, 2011). Mycket har hänt sedan 1918 års fattigvårdslag infördes med riktlinjer för att differentiera vården, vilket innebar att institutioner som barnhem, sinnessjukhus, kronikersjukhus och vårdhem växte fram parallellt med att kommunerna byggde ut ålderdomshemmen (Drugge, 2003). I början av 1950-talet introducerades kommunal hemtjänst vilket har beskrivits som starten på den moderna äldreomsorgen (Larsson & Szebehely, 2006). Därefter har flera olika vård- och omsorgsformer som ålderdomshem, sjukhem, servicehus och geriatriska kliniker samt hemtjänst med växlande tonvikt erbjudits till Sveriges medborgare över 65 år. Fördelningen av uppgifter mellan olika huvudmän ansågs dock inte ändamålsenlig. År 1992 infördes därför Ädelreformen med syftet att social och medicinsk kompetens skulle integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården skulle samordnas (Socialstyrelsen, 2006). Kommunerna fick då ett samlat ansvar för boende, service och vård för äldre, vilket innebar ett betalningsansvar för ”medicinskt

färdigbehandlade” patienter (i dag kallade ”utskrivningsklara”) och ett hälso- och sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå (HSL, 18-25 §). Kommunerna tog därmed över ansvaret för de tidigare landstingsanställda på sjukhemmen. Efter hand tog också allt fler kommuner över ansvaret för hemsjukvården.

När det gäller de medicinska uppgifterna skulle de ”utföras av personal med medicinsk kompetens” (Socialstyrelsen, 2006, s. 20), som i praktiken kunde vara såväl sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som undersköterskor och vårdbiträden. Enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998: 531) är hälso- och sjukvårdspersonal ”den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare” (Socialstyrelsen, 2006, s. 65). Det betyder att även den som inte är legitimerad kan utföra en medicinsk uppgift efter delegation och har då samma skyldigheter som den legitimerade personalen och under eget yrkesansvar. Enligt Socialstyrelsen (2006, s. 14) är medicinska insatser ”sådana som i det enskilda fallet kräver kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet medan övriga omvårdnadsinsatser är att betrakta som sociala”. Delegeringar och ordinationer från legitimerad personal kan då betraktas som ”beställningar” av hälso- och sjukvårdsinsatser samtidigt som biståndshandläggarnas beslut är ”beställningar” av sociala insatser till undersköterskor och vårdbiträden som sedan ”utför”.

Som framgår av tabell 1 består personalen som idag arbetar inom den kommunala äldreomsorgen främst av undersköterskor och vårdbiträden. Tillsammans utgör de drygt 87 procent av den personal som omfattas av tabellen. Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biståndshandläggare står således för en mycket mindre andel vardera⁷.

Tabell 1: Antal & andel sysselsatta efter personalgrupp i kommunal äldreomsorg, november 2013 (källa för antal månadsavlönade: SKL).

Personalgrupper i kommunal äldreomsorg	Antal månadsavlönade	Andel månadsavlönade
Undersköterska/skötare	98 534	53,4 %
Vårdbiträde/Vårdare	62 786	34,0 %
Sjuksköterska	14 422	7,8 %
Biståndsbedömare	4 055	2,2 %
Arbetsterapeut	3 019	1,6 %
Sjukgymnast	1 743	1,0 %
Totalt	184 559	100 %

7. Läkares insatser tillhör inte det kommunala ansvaret utan är fortfarande ett ansvar för landstingen.

Hur fungerar det då att implementera evidensbaserad kunskap i denna form av praktik där nästan 90 procent av personalen saknar högskoleutbildning? Denna fråga kan vara intressant att bära med sig vid läsningen av nästkommande två kapitel där bakgrunden till och syftet med de olika kunskapsområdena diskuteras. I de därpå följande kapitlen beskrivs sedan hur följeforskningen genomfördes, vad som gjordes i pilotprojektet och hur det faktiskt blev i de båda stadsdelarna. ●

Kunskapsstyrning

Att implementera evidensbaserad kunskap kan förstås som att det handlar om en viss typ av kunskap som förflyttas från en plats till en annan. Just när det handlar om evidensbaserad kunskap används numera begreppet ”kunskapsstyrning”. I Ansvarskommitténs slutbetänkande (SOU 2007:10) betonades till exempel att en ökad statlig kunskapsstyrning skulle förbättra såväl kvalitet som effektivitet inom välfärdsområdet. Om de metoder, åtgärder eller behandlingar som visat sig ge bäst resultat användes, skulle det leda till att offentliga resurser användes mer effektivt. Samtidigt pekade kommittén på att det inte skulle handla om att införa en ny styrmodell. Snarare framhölls att mångfalden av redan befintliga styrmedel bidrog till otidlighet. Staten använde styrning genom lagar, förordningar och myndigheters föreskrifter (denna typ av styrning beskrivs som ”normering”) men även genom att påverka kommunernas intäkter genom kommunalekonomisk utjämning och riktade statsbidrag. Till det hade också annan styrning blivit vanligare, som till exempel handlingsplaner, överenskommelser eller avtal, nationella samordnare och stimulansmedel kopplade till projekt. Eftersom sådana andra sätt att styra framstod som ineffektiva, föreslog därför Ansvarskommittén att de borde begränsas väsentligt till förmån för normering där stärkt kunskapsstyrning kunde vara en del. Det skulle handla om att ”utveckla, sprida och tillämpa kunskaper om vad som ger effekt i en specifik verksamhet eller i förhållande till en viss målgrupp”, vilket skulle åstadkomma en ”kunskapsbaserad verksamhet” (s. 102).

Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst (SOU 2008:18) bygger utifrån direktiven till utredningen (Dir. 2007:91) vidare på Ansvarskommitténs betänkande och formulerar förslaget till kunskapsstyrning inom socialtjänsten enligt följande:

Kunskapsstyrning i socialtjänsten handlar om hur kommuner och huvudmän systematiskt dokumenterar och följer upp sitt arbete liksom om hur de förmår tillägna sig relevant kunskap, men också; om hur staten genom olika insatser kan bidra till utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Detta förutsätter med andra ord insatser på såväl lokal

som nationell nivå, liksom det förutsätter ett långsiktigt engagemang från samtliga parter (SOU 2008:18, s. 63).

Tanken med kunskapsstyrningen är således att ”kunskapen i sig ska styra verksamheten” (Fernler, 2011, s.131). Genom att använda bästa möjliga kunskap kan medborgarna erbjudas bästa möjliga service. Men vad är det för typ av kunskap? Och hur ska det i praktiken gå till? Var ska den utvecklas och hur ska den spridas?

När det gäller typ av kunskap så kopplas begreppet kunskapsstyrning specifikt till evidensbaserad kunskap. På engelska blir det tydligare eftersom de då använda begreppen är ”evidence-based policymaking” och ”evidence-based management” (Fernler, 2015, s. 78)⁸. Det handlar alltså inte om vilken kunskap som helst utan den ska vara evidensbaserad. I nästa avsnitt i detta kapitel återkommer jag till hur det kan förstås. Här fortsätter jag istället att diskutera hur kunskapsstyrningen är tänkt att gå till.

Enligt citatet ovan från Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst (SOU 2008:18) handlar kunskapsstyrning om ett åtagande på lång sikt för alla, både på lokal och nationell nivå, där staten på olika sätt kan bidra till utvecklingen av evidensbaserad praktik medan de utförande verksamheterna kan ta till sig relevant kunskap samt systematiskt dokumentera och följa upp sitt arbete. Inom socialtjänsten har kunskapsstyrningen hittills främst handlat om att implementera nationella riktlinjer och nationellt rekommenderade bedömningsinstrument och dokumentationssystem. Det har då till exempel skett genom stöd av nationella implementeringsprojekt via SKL och Socialstyrelsen⁹ där utbildning av kommunala stödpersoner och prestationsersättningar har använts för att underlätta genomförandet (Socialstyrelsen & SKL, 2011).

I kommunerna är det främst ledningsgrupper och enskilda chefer som är nyckelpersoner när det ska införas nya metoder och rutiner (Socialstyrelsen & SKL, 2011). I större kommuner finns ofta också stödfunktioner som utvecklingsledare och kvalitetssamordnare medan mindre kommuner arbetar mer genom kommunsamarbeten och nätverk. Inom äldre- och handikappomsorg är också medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) viktiga resurser när kunskapsunderlag och föreskrifter ska omsättas till lokala riktlinjer (ibid.).

8. Kunskapsstyrning skulle också med lätthet kunna hävdas ha en koppling till det engelska begreppet ”knowledge management” som kan spåras ända tillbaka till 1960-talet men som inom näringslivet har varit på modet sedan sent 1980-tal (Örtenblad, 2014). Ofta görs då en åtskillnad av olika delar i utvecklingen och spridningen av kunskap: förvärva, skapa, klassificera, lagra, dela, och använda (Myers, 1994). Jag väljer dock att inte fördjupa detta resonemang i denna rapport. Men för en analys av om knowledge management passar inom äldreomsorg, se Abrahamson Ljöfström (2014).

9. Till exempel SKL:s arbete med ”Kunskap till praktik” och Socialstyrelsens stöd kring ASI inom beroende/missbruk samt BBIC inom barn och familj.

Ett annat sätt för kommunerna att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik är att skapa samverkan mellan socialtjänst, FoU-miljöer¹⁰ och universitet och högskolor. Några exempel på det, som behandlas i en kartläggning från SKL (2013, s. 9) är:

- Avtal om samverkan
- ”Personalunioner” mellan kommuner/FoU/universitet och högskolor inklusive kliniska lektorer/adjunkter¹¹
- Representation i lednings- och samverkansgrupper
- Personal från universitet och högskolor finns i kommunerna
- Personal från universitet och högskolor finns i FoU-miljöernas verksamheter
- Kommundoktorander
- Studenters uppsatsarbeten
- Uppdragsutbildningar som erbjuds av universitet/högskolor

När det gäller det som kallas personalunioner eller delade tjänster/kombinationstjänster mellan kommuner, FoU-miljöer, universitet och högskolor är det, enligt SKL-rapporten, relativt vanligt att en person som har genomgått forskarutbildning arbetar en viss del av tiden på en FoU-miljö och övrig tid på universitet eller högskola. Däremot är förekomsten av personer som delar tjänst mellan universitetet/högskolan och den kommunala organisationen sällsynt. Detta i motsats till hälso- och sjukvården där det istället är vanligt¹². De få exempel som tas upp i rapporten är alla hämtade från kommunal hälso- och sjukvård samtidigt som det inom övriga delar av socialtjänsten inte stått att finna några exempel alls. Det är dock inte, enligt rapporten, ovanligt att personer från kommunernas socialtjänst medverkar i till exempel samverkansgrupper och programråd på universitet och högskolor. Det förekommer också att anställda från universitet och högskolor handleder personal och utför utvärderingsuppdrag i kommunerna samt är anlitade av FoU-miljöerna i olika roller. Ett annat sätt att ”bygga broar” mellan forskning och praktik kan enligt SKL-rapporten (s. 20) vara att satsa på kommundoktorander. På samma sätt som inom de tillverkande företagen där de då kallas industridoktorander, innebär denna form att en person som arbetar i kommunen ges möjlighet att genomföra doktorandstudier med hel eller delvis finansiering från ar-

10. Till exempel FoU i Väst/GR.

11. Adjunkt är person som arbetar som lärare på universitet men inte har genomgått (fullständig) forskarutbildning.

12. Åtminstone är det vanligt gällande läkarna. Vid Institutionen för vårdvetenskap vid Göteborgs universitet har det dock utvecklats ett liknande samarbete med hälso- och sjukvården för sjuksköterskor. Dessutom anställs personer från hälso- och sjukvården med minst magisternivå, som adjungerande lärare på institutionen. Även Institutionen för neurovetenskap och fysiologi har sedan tidigare lektorat utformade som kombinationstjänster i samarbete med hälso- och sjukvården.

betsgivaren. Det är dock inte än särskilt vanligt. Ytterligare andra exempel på samarbeten mellan kommuner, FoU-miljöer och universitet/högskolor är att ta hjälp av studenter som gör mindre undersökningar som presenteras i akademiska uppsatser eller att personal från kommunerna deltar i uppdragsutbildningar som ges av universiteten/högskolorna.

Kommunerna, FoU-miljöerna och universiteten/högskolorna använder och prövar således olika sätt för att förbättra bryggan mellan forskning och praktik. Det kan också konstateras att den form av samarbete som det studerade projektet i denna rapport handlar om, vid tiden som det genomfördes, var väldigt ovanlig. De tre personerna från universitetet som arbetade i projektet hade således under projekttiden en viss del¹³ av tjänsten förlagd i kommunen. I just detta fall kallades tjänsterna för ”kliniska lektorat”. De skulle tillsammans med äldreomsorgens professioner utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap. Dessutom var tanken att kunskapsutbytet mellan de ingående professionerna och verksamheterna skulle stärkas.

Men vad är då evidensbaserad kunskap? Var ska den utvecklas och hur ska den spridas? I de följande avsnitten diskuteras dessa frågor vidare.

Evidensbaserad praktik

Tanken med kunskapsstyrning är som nämnts ovan att ”kunskapen i sig ska styra verksamheten” (Fernler, 2011, s.131). Men vad är det då för typ av kunskap som kallas för ”evidensbaserad”? Numera kan begreppet evidensbaserad påträffas inom olika typer av verksamheter och som forskningsobjekt inom olika vetenskapliga ämnesområden (ex. evidensbaserad medicin, evidensbaserad undervisning, evidensbaserad omvårdnad, evidensbaserad management, evidensbaserad design, evidensbaserad HR, evidensbaserad praktik). Som så ofta när något blir modernt sprids det snabbt till många nya platser (Abrahamson, 1991; Furusten, 1999). I det här avseendet verkar det inte vara någon skillnad på om det handlar om det senaste klädmodet eller den senaste organisationslösningen. Ibland passar idéer riktigt bra och kan lätt implementeras. Men desto oftare måste de först anpassas till den typ av verksamhet där de är tänkta att användas (Røvik, 1998, 2000; Löfström, 2003; Örténblad, 2015). Det är också väldigt vanligt att idéer som presenteras som nya egentligen redan har både prövats och införts i andra former av verksamheter och organisationer. Av och till kan det till och med vara så att en liknande idé redan har prövats, men därefter har fallit i glömska (Brunsson, 1990), eller att en idé som i många avseenden verkar vara densamma men som har fått

13. 20 procent vardera.

ett annat namn presenteras som ny. Många lösningar som introduceras kan på det sättet vara väldigt lika tidigare lösningar. Ibland har därför människor som arbetar i organisationer svårt att förstå varför den senaste idén skulle vara bättre än den förra.

När det gäller begreppet evidens är det inte heller nytt. Enligt ordböckerna betyder det ”tydlighet, visshet, obestridlighet, bevis” (ex. Nordstedts svenska synonymordbok). Man kan säga att så länge det har pågått forskning har vetenskapspersoner strävat efter just det – att hitta bevis för att något är på det ena eller andra sättet. De har gjort det genom att pröva och använda olika metoder för sina studier. Samtidigt har det också diskuterats vilken av metoderna som är den bästa. Debatterna har gått heta och gör det fortfarande. Användningen av begreppet evidens har dock enligt Bohlin (2014), inte använts på svenska lika länge som ”evidence” inom det engelska språkbruket. Men vissa saker är alla överens om. För att det skall kunna kallas för vetenskap finns det särskilda regler som måste följas. Det är till exempel viktigt att man berättar i detalj hur studien har genomförts, hur man har fått reda på det man skriver om och hur man har kommit fram till det. Dessutom bör man ha tagit reda på vad det redan finns för kunskap om det man vill studera för att kunna berätta vad det är som studien skall bidra med. På så vis kan kunskap om ett ämne växa. Själva syftet med forskning är alltså att vara en pågående kunskapsutveckling. Det vi visste igår kan fortfarande vara ”sant” men den studie vi gjorde idag visar att det kan finnas varianter på denna sanning.

Så på så vis är inte ”evidens” och ”evidensbaserad” något nytt (jämför Fernler, 2015 om evidensbaserad ledning). Dock kom det att användas på ett nytt sätt i ett nytt sammanhang i samband med introduktionen av begreppet ”evidensbaserad medicin” (EBM) i början av 1990-talet (men som enligt Bohlin 2011 kan spåras bakåt till 1970-talet). Bakgrunden till det var att den ”bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen” inte alltid verkade användas i det dagliga arbetet av läkare inom hälso- och sjukvården. Det beskrevs finnas ett ”gap” mellan nya forskningsresultat och den kunskap som faktiskt användes (Nilsen, 2010, s. 17). Den grundläggande idén blev därför att det krävdes ”systematiska ansträngningar för att garantera att den vård som bedrivs verkligen bygger på den mest tillförlitliga vetenskapliga kunskap som finns tillgänglig” (Bohlin, 2014, s. 23). Dessa ansträngningar har därefter handlat om att diskutera och bestämma vilka metoder som är de bästa för att producera evidensbaserad kunskap och hur läkare kan och ska stödjas för att alltid ha de bästa underlagen för beslut om behandling. I det avseendet har det som kallats ”randomiserade kontrollerade studier” eller på engelska ”randomi-

zed controlled trial” (RCT) kommit att förespråkas. Om dessutom flera sådana studier sätts samman i ”systematiska översikter” där resultaten jämförs anses det visa den bästa evidensen (Nilsen, 2014 d). Därtill har det skapats olika rangordningssystem som kallas ”evidenshierarkier” (ex. GRADE, “Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation”) där evidensen av olika studier bedöms. Men läkarnas beslut skulle inte enbart baseras på ”bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap”. Sacket (2000), som beskrivs som en av de viktigaste initiativtagarna till evidensbaserad medicin, definierade det som:

The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise and patient values with the best available external clinical evidence from systematic research (SOU 2008, s. 22).

Det fanns således i denna evidensmodell tre kunskapskällor: forskningen, patienten och läkaren.

Utöver ansträngningarna med att bestämma de bästa metoderna fokuserades även i evidensrörelsen på hur metoderna faktiskt skulle nå ut och användas av läkarna. Man började därför också söka efter den bästa metoden för att implementera kunskaperna. Det gav upphov till implementeringsvetenskapen (som egentligen inte heller var något nytt) vilket jag återkommer till lite längre fram i detta kapitel. Dessförinnan beskrivs i nästa avsnitt hur idén om evidensbaserad praktik utvecklades inom socialtjänsten i Sverige.

Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten

Som ett resultat av ”Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst” (Dir. 2007:91) utkom år 2008 betänkandet ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren” (SOU 2008:18). Argumenten för utredningen var desamma som tidigare hade använts inom hälso- och sjukvården för att förespråka en evidensbaserad medicin; att kunskapsbasen för insatserna inom socialtjänsten var outvecklad. Det sociala arbetet bedrevs främst baserat på professionella erfarenheter i kombination med lagstiftning och riktlinjer men i för liten utsträckning utifrån kunskap om effekter av insatser, arbetssätt och metoder. Det långsiktiga målet föreslogs därför vara att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, vilket utifrån Sackets definition av EBM som beskrivits ovan översattes till ”en praktik som är baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap” (SOU 2008, s. 22). För att uppnå det krävdes enligt utredningen ett långsiktigt arbete på både lokal och nationell nivå.

Det fanns behov av:

- mer forskning och kvalificerade utvärderingar av det sociala arbetets resultat, kvalitet och effektivitet,
- bättre förutsättningar för professionen att utveckla en evidensbaserad praktik,
- en bättre struktur för verksamhetsuppföljning samt
- ett förtydligt brukarperspektiv i relation till socialtjänstens arbete (s. 11).

När det gällde professionens förutsättningar var det viktigt att förbättra möjligheterna att ta del av aktuell forskning och kollegors erfarenheter samt möjligheter att utveckla sin professionella expertis genom vidareutbildning och kompetensutveckling. Det är dock viktigt att notera att när det i utredningen diskuterades förutsättningar för kunskapsutveckling/-användning i det sociala arbetet beskrevs det ”som rimligt att i första hand se till de som har ett ansvar för att planera och leda arbetet, vilket innebär att vi i första hand ser till den högre utbildningen” (s. 38). Det handlade således inte om de drygt 87 procent som arbetar inom äldreomsorgen (se tabell 1 i denna rapport), det vill säga undersköterskor och vårdbiträden. Överhuvudtaget kan det konstateras att äldreomsorgen inte behandlades särskilt i utredningen mer än då det gjordes en beskrivning av socialtjänsten i siffror angående verksamheterna ”Vård och omsorg om äldre”, ”Stöd och service till personer med funktionsnedsättning” samt ”Individ- och familjeomsorg”. Där framgår tydligt att av de 12 621 socialsekreterare som arbetade inom socialtjänsten år 2006, arbetade 85,2 procent inom individ- och familjeomsorgen (s. 30). Det verkar således vara dem som utredningen främst handlade om.

För att en enskild metod eller arbetsätt ska kunna kallas evidensbaserad krävdes, enligt betänkandet, att den har prövats enligt vetenskapliga kriterier. I den evidensmodell som numera presenteras av Socialstyrelsen och SKL, har dock ”bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap” ändrats till ”bästa tillgängliga kunskap”. Det har visat sig att det inte finns vetenskaplig kunskap om alla insatser som används i socialt arbete. Därför ”får man i vissa fall stödja sig på andra källor som säger något om nyttan om insatserna” (socialstyrelsen.se). Den nu aktuella evidensmodellen refererar till Haynes m. fl. (2002) som i högre grad än i Sackets ursprungsmodell (2000) betonar det professionella ansvaret och den enskildes övriga situation. Modellen brukar då presenteras enligt figur 1 nedan.

Figur 1: Den evidensbaserade modellen (Källa: socialstyrelsen.se)



Det är alltså den professionella som vid beslut om insatser ska väga samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes erfarenheter och önskemål samt situation och kontextuella omständigheter. Tanken med den ”professionella expertisen” beskrivs i betänkandet ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten” som:

...iakttagelser och erfarenheter från det praktiska arbetet som systematiseras och dokumenteras samt kommuniceras för att i sin tur kunna diskuteras, kritiserats och jämföras som ett led i en kumulativ kunskapsutveckling. I ”professionell expertis” ingår också förmågan att kunna använda och utveckla forskningsresultat.” (SOU 2008:18, s. 25)

Den professionella expertisen som kunskapskälla verkar alltså bestå av två delar, dels skall de professionellas kunskaper systematiseras och dokumenteras så att andra kan lära av dem och dels förväntas professionella ta del av denna dokumentation och annan bästa tillgänglig kunskap. Troligen är väl tanken att det är den enskilda professionella som skall göra det, på samma sätt som den enskilde läkaren inom den evidensbaserade medicinen. Men som påpekas i rapporten ”På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten” (Socialstyrelsen & SKL, 2011), behöver det klargöras hur den dominerande kunskapskällan i socialtjänsten, den beprövade erfarenheten, kan utvecklas på ett systematiskt sätt, det vill säga vem som skall ansvara för att kunskapen sammanställs, kritiskt granskas och sprids. Därtill finns det en hel del skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten som påverkar förutsättningarna för att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik:

Tabell 2: Skillnader mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (baserad på Socialstyrelsen & SKL, 2011, s. 11 & 66-67).

Hälso- och sjukvård	Socialtjänst
Stora satsningar på verksamhetsnära forskning	<i>Inga</i> stora satsningar på verksamhetsnära forskning
Tillgång till relevanta och välgjorda studier	<i>Liten tillgång</i> till relevanta och välgjorda studier
Starka akademier som forskar kring nya metoder och effekter av olika insatser/ behandlingar	<i>Inga</i> starka akademier som forskar kring nya metoder och effekter av olika insatser/ behandlingar
Kombinationstjänster där forskaren är anställd både av huvudmannen och av ett universitet, vilket bäddar för en interaktiv och klinisk relevant forskning	<i>Inga</i> kombinationstjänster där forskaren är anställd både av huvudmannen och universitetet, vilket kan underlätta en interaktiv och relevant forskning
Infrastruktur för systematisk effektuppföljning bl a genom kvalitetsregister	<i>Saknas</i> infrastruktur för systematisk uppföljning, t ex genom kvalitetsregister
Specialistföreningar och medicinska råd som tar ett stort ansvar för riktlinjer, lokala vårdprogram, verksamhetsutveckling etc	<i>Saknas</i> specialistföreningar och specialistråd som tar ett stort ansvar för riktlinjer, vårdprogram, verksamhetsutveckling etc
Legitimerade yrkesgrupper med yrkesansvar	<i>Saknas ofta</i> legitimerade yrkesgrupper med yrkesansvar
Fasta strukturer för hantering av gemensamma uppgifter och olika kunskaps-/ kunskapsstyrningsfrågor som har utvecklats inom sjukvårdsregionerna	<i>Saknas</i> en stabil regional nivå för samverkan kring gemensamma uppgifter och olika kunskaps-/kunskapsstyrningsfrågor
HSL - <i>skyldighetslag</i> Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS 1998:531) - leg. hälso- och sjukvårdspersonal ska ge en sakkunnig och omsorgsfull vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet	SoL, LSS - <i>rättighetslagar</i>
EBM i grundutbildning av legitimerade grupper	<i>EBP i begränsad utsträckning</i> i grundutbildning av socionomer. Inte alls för undersköterskor
Finns en gemensam begreppsapparat för att beskriva olika tillstånd/omständigheter, insatser och de resultat som dessa bidrar till att uppnå	<i>Saknas</i> en gemensam begreppsapparat för att beskriva olika tillstånd/omständigheter, insatser och de resultat som dessa bidrar till att uppnå

Det finns således flera skillnader mellan den typ av verksamhet där idén om evidensbaserad medicin uppstod (hälso- och sjukvård) och den typ av verksamhet som idén om evidensbaserad praktik skulle spridas till (soci-

altjänst). Sedan 2011 då rapporten kom från Socialstyrelsen och SKL har det dock skett en utveckling i vissa avseenden, t ex vad gäller kvalitetsregister, satsning på regionala ”stödstukturer” för kunskapsutveckling och programråd (Socialdepartementet & SKL, 2015). Enligt Statskontoret (2014) är dock steget fortfarande långt till en mer systematiserad kunskapsutveckling.

Men vilken utveckling mot en evidensbaserad praktik har då skett inom äldreomsorgen specifikt? I nästa avsnitt ges en kort beskrivning.

Evidensbaserad praktik inom äldreomsorgen

Efter att Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst (Dir. 2007:91) kom med sitt betänkande ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren” (SOU 2008:18), har regeringen och SKL ingått årliga överenskommelser med syftet att hela socialtjänsten efterhand ska arbeta evidensbaserat¹⁴. Med start i satsningar som ”Kunskap till praktik inom missbruks- och beroendevården” och ”Program för en god äldreomsorg” har därefter överenskommelser gjorts för att fasa in socialtjänstens olika delområden (Statskontoret, 2014). I Överenskommelsen för 2015 (s. 3) skriver Socialdepartementet och SKL:

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen har sedan 2010 tecknat årliga överenskommelser kring strukturer för kunskapsutveckling, eHälsa och evidensbaserad praktik samt för en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Dessa överenskommelser har bland annat syftat till att utveckla en evidensbaserad praktik, dvs. ett förhållningssätt som innebär ett ständigt och systematiskt lärande.

Enligt Statskontoret (2014) har uppbyggnaden av så kallade regionala stödstukturer för kunskapsutveckling betraktats som ”nyckeln för att uppnå en mer evidensbaserad praktik” (s. 14). Tanken med dem har varit att det skulle finnas ett stöd på regional nivå, som skulle ”förse länen med verksamhetsstöd och vara arenor för utveckling av regionala strategier inom området” (s. 15). För att få stödstukturerna på plats och hålla samman arbetet på regional nivå, har det också funnits särskilda plattform- och utvecklingsledare. I praktiken har stödstukturerna kommit att se lite olika ut i landet men de har främst bestått av nätverk med representanter från forskningsmiljöer, FoU-enheter, kommunal- och regionförbund¹⁵.

År 2010 startade också ”Äldresatsningen – för de mest sjuka äldre”

14. Detta har också beskrivits som att regeringen och SKL i juni 2010 antog ett övergripande program – en plattform – med syftet att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten (Statskontoret, 2014). Programmet beskrivs också i Statskontorets slutrapport som ”överenskommelsen”, dvs i singular.

15. Göteborgsregionens kommunalförbund har utgjort en del i en sådan stödstuktur.

som blev en fyraårig satsning¹⁶, vilken hade fem prioriterade områden (stimulansmedel eller prestationsbaserat stöd har i efterhand givits till dem som har arbetat med):

- Preventivt arbetssätt (riskbedömningar för fallolyckor, trycksår, undernäring, munhälsa och inkontinens med stöd av kvalitetsregistret Senior alert);
- God vård vid demenssjukdom (med stöd av kvalitetsregistren SveDem och BPSD, som bygger på de nationella riktlinjerna för demens);
- God vård i livets slutskede (med stöd av Svenska palliativregistret utifrån nationellt vårdprogram och nationellt kunskapsstöd för palliativ vård);
- God läkemedelsbehandling för äldre (Nationella läkemedelsregistret har följts med syfte att minska användning av vissa olämpliga läkemedel för äldre);
- Sammanhållen vård och omsorg (ett grundkrav som ställdes till huvudmännen var att skapa en gemensam struktur för ledning och styrning i samverkan med länsgemensamma handlingsplaner. De mått som därefter har använts för att få prestationsersättning är ”Undvikbar slutenvård” och ”Återinskrivning inom 30 dagar”).

Följaktligen kan det konstateras att det utvecklingsarbete som skett med syfte att uppnå en evidensbaserad praktik inom äldreomsorgen, till stor del har handlat om att öka kunskaper inom det som kan betraktas som hälso- och sjukvårdsområdet. Till exempel innebär registrering i kvalitetsregistret Senior alert att flera forskningsbaserade och validerade bedömningsinstrument används¹⁷. Kvalitetsregistren är i sin tur tänkta att främja ett mer systematiskt och kunskapsbaserat arbetssätt, vilket är en förutsättning för en evidensbaserad praktik. Men det tycks som att det hittills inte på samma sätt har skett en utveckling inom det sociala området av äldreomsorgen. Emellertid har de flesta kommuner och stadsdelar nu beslutat att införa ÄBIC (Äldres behov i centrum), vilket är en modell

16. Beskrivningarna av plattformen, de olika satsningarna, överenskommelserna, stödstrukturerna och annat arbete som pågått efter att Utredningen för kunskapsbaserad socialtjänst (Dir. 2007:91) utkom med sitt betänkande, är ibland svårtillgängliga. En orsak till det verkar vara att olika utvecklingsarbeten har integrerats efterhand i det som Statskontoret kallar ”överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten”. Till exempel beskrivs satsningen på mest sjuka äldre i Statskontorets slutrapport (2014) som ”ett treårigt utvecklingsarbete” som ”numera finansieras genom överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre”. I den nationella äldresamordnarens rapport (Regeringskansliet, 2014) sägs dock att satsningen pågick under fyra år. På Kunskapsguiden.se löses problemet med att beskriva det som ”en flerårig satsning” som ”pågick till och med 2014”.

17. RBT-skalan och den modifierade Nortonskalan är bedömningsinstrument som visar risk för att utveckla trycksår; SF-MNA (Short Form-Mini Nutritional Assessment) bedömer risk för undernäring; Downton Fall Risk Index (DFRI) bedömer fallrisk (Socialstyrelsen & SKL, 2011, s. 36).

som Socialstyrelsen har tagit fram för att ge stöd till ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation. Det är i sig inte ett forskningsbaserat bedömningsinstrument men har anpassats till ICF som är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (International Classification of Functioning, Disability and Health). Socialstyrelsen¹⁸ har även utgivit ”Kunskapsguiden.se”, med syfte att ”underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning samt att främja personal på alla nivåer som arbetar med hälsa, vård och omsorg att använda den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna”.

Implementering

Tanken om evidensbaserad praktik skulle utifrån diskussionen i föregående avsnitt kunna betraktas som en idé som alltför har börjat förespråka. Därför sprids den nu från hälso- och sjukvårdsområdet där den skapades till andra områden. Den skickas vidare med hjälp av många aktörer som tolkar och förpackar den på vägen. En del menar att det går att utforma generella teorier för hur en sådan spridning kan göras medan andra är mer tveksamma.

Begreppet ”implementera” kommer från engelskans ”implement”, som bland annat kan översättas till att ”genomföra, tillämpa, förverkliga, uppfylla” (ne.se). Det betyder att något, till exempel en policy, ska omsättas till handling på en annan plats än där den först skapades. Om det handlar om en metod som ska införas i en verksamhet där den inte fanns förut innebär alltså implementering själva fasen fram till att metoden tas i bruk (Nilsen, 2014 b). I detta kapitel ges en beskrivning av implementeringsforskningens framväxt med början i samhällsvetenskapliga policystudier och en senare omstart i studier av metodföljsamhet inom hälso- och sjukvård.

Klassisk implementeringsforskning

Man skulle nog kunna påstå att människor sedan urminnes tider har utvecklat och använt teorier om hur andra människor ska övertygas om att en viss metod är den bästa, om inte övertygas så i alla fall styras att utföra metoden så som det var tänkt. Genom historien har olika tillvägagångssätt använts i detta syfte, exempelvis tvingande (”piska”) eller uppmuntrande (”morot”) metoder.

Men från och med 1960- och 1970-talen tog forskningen om imple-

18. I samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

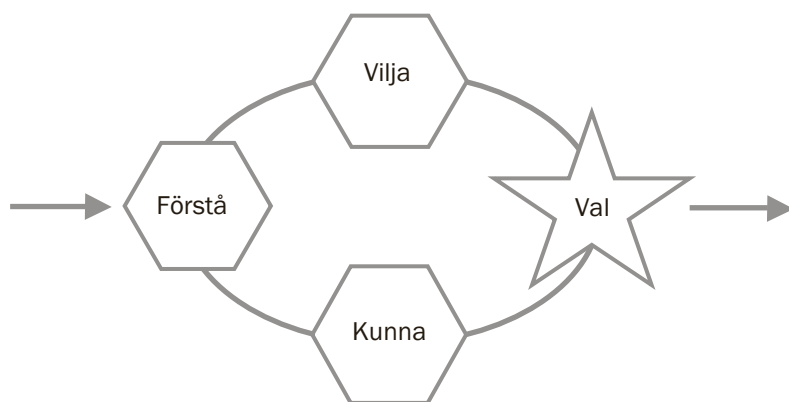
mentering ordentlig fart då forskare inom olika samhällsvetenskapliga discipliner ifrågasatte varför inte idéer, som till exempel statliga beslut och riktlinjer, spreds som det var tänkt. I den numera klassiska boken "Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland" (1973), pekade till exempel de två amerikanska statsvetarna Pressman & Wildavsky på hur ett program för att skapa arbetstillfällen åt hemlösa utan arbete misslyckades trots stora politiska ambitioner. De menade till och med att det var "förvånansvärt att federala program kunde fungera överhuvudtaget". Därefter har det utvecklats många teorier om svårigheterna med att åstadkomma implementering och vad det kan bero på, till exempel att policys kan vara vagt formulerade, att lokala förutsättningar påverkar eller att beslut alltid måste tolkas för att realiseras (Fernler, 2012). I takt med att fler studier har gjorts har såväl försvårande som underlättande faktorer lagts till alltmer och alltfler komplicerade förklaringsmodeller.

Utifrån de studier som gjordes under 1970- och 1980-talen har forskare sedan dess utifrån två huvudsakliga riktningar diskuterat huruvida det är möjligt att sprida något utan att det förändras, till exempel möjligheten för centralt fattade beslut att leda till exakt överensstämmelse i en lokal praktik. De båda riktningarna brukar kallas för "uppifrån-perspektivet" (eng. "top-down") respektive "nerifrån-perspektivet" (eng. "bottom-up") (Sabatier, 1986; Hill & Hupe, 2005; Johansson, 2010). Båda riktningarna betraktar brister i överföringen som ett problem som ska förstås och hanteras men medan förespråkare för uppifrån-perspektivet menar att det kan och ska gå att i detalj styra spridningens resultat menar förespråkare för nerifrån-perspektivet att det i princip är omöjligt. Lipsky (1980) beskriver till exempel hur olika professionella grupper som arbetar närmast medborgarna, som lärare, poliser, socialarbetare, domare och sjukvårdspersonal rent faktiskt är de som "konstruerar politiken". Dessa, som Lipsky kallar gräsrotsbyråkrater, har små möjligheter att i sina verksamheter påverka förutsättningar som begränsade resurser och obegränsad efterfrågan. Men samtidigt har de stor handlingsfrihet att utforma innehållet i sina verksamheter, som de använder för att möta detta dilemma. På samma sätt hanteras idéer, som till exempel statliga beslut som omfattar dessa grupper, vilket betyder att de tolkas och omsätts utifrån deras lokala förutsättningar. Den service som den enskilde medborgaren möter kan därför inte exakt kännas igen från det statliga beslutet därför att den är anpassad utifrån gräsrotsbyråkraternas olika prioriteringar.

Lundquist (1987) för ett liknande resonemang i en studie där han pekar på tre olika faktorer som påverkar aktörers val vid implementering. Det handlar dels om hur mottagaren *förstår* sändarens budskap, dels om

vad mottagaren *kan* göra och dels om vad mottagaren *vill* göra (se figur 2). När det gäller att *förstå*, handlar det om hur människor uppfattar idén i förhållande till sändarens intentioner. Det kan till exempel bero på hur den är formulerad eller vilka erfarenheter och förväntningar mottagaren har. Därtill krävs det att människor *vill* införa den nya idén. Olika individer har olika preferenser och prioriteringar som påverkar de val som görs. Men även om människor både vill och förstår idén på ett önskvärt sätt måste de också *kunna* agera för att uppnå förändring. Här handlar det till exempel om möjligheter att fatta beslut, att kunna påverka sin omgivning och att ha tillgång till olika former av resurser, det vill säga kunna påverka sina förutsättningar.

Figur 2: Faktorer som påverkar implementering (baserad på Lundquist, 1987, s. 43).



Följaktligen kan det utifrån många studier med ett nerifrån-perspektiv konstateras att vilket resultatet blir av ett implementeringsinitiativ är beroende av vilka förutsättningar som råder. Olika verksamheter har till exempel skilda kulturer och uppgifter och där arbetar olika människor med olika kompetenser och roller. De finns också i ett sammanhang med skilda förväntningar från omgivningen och har en skiftande mängd resurser. Därtill är sällan de idéer som sprids särskilt entydiga utan kan tolkas på flera sätt (Brunsson, 1990). Trots det började alltså en ny skolbildning med nygamla utgångspunkter att ta form under 1990-talet, vilken diskuteras i det följande avsnittet.

Implementeringsvetenskap

Det står alltså klart att det redan fanns en hel del forskning om implementering när det forskningsfält som kallas "implementeringsvetenskap" (eng. "implementation science"¹⁹) tog fart inom hälso- och sjukvården

under 1990-talet. Som beskrevs i inledningen till detta kapitel, hade det då visat sig att läkare och annan sjukvårdspersonal inte använde de evidensbaserade metoderna så som det kunde antas. Studier började därför genomföras för att finna metoder som kunde bidra till en bättre kunskapsanvändning i sjukvårdens dagliga arbete. Denna utveckling har i princip skett som en ”parallell skolbildning” (Fernler, 2012, s. 16) där det verkar finnas ”mer eller mindre vattentäta skott” (Nilsen, 2010, s. 19) mellan den klassiska implementeringsforskningen och den nyare implementeringsvetenskapen (se även Johansson, 2010). Fernler (2012) diskuterar några tänkbara förklaringar till varför. Det skulle för det första helt enkelt kunna bero på att forskarna inte har uppmärksammat att det redan finns forskning om implementering. En andra orsak, som Fernler menar är mer trolig, är att själva objekten som ska spridas är olika. Det är skillnad på ekonomiskt, socialt och ideologiskt framtagna policys och vetenskapligt framtagna metoder i det att de senare betraktas som objektiva, stabila och generellt giltiga, det vill säga evidensbaserade. Framväxten av implementeringsvetenskapen har därför varit en strävan efter att i evidensrörelsens kölvatten även finna generellt giltiga metoder för implementering. En tredje orsak till att implementeringsvetenskapen har utvecklats parallellt med befintlig implementeringsforskning kan också, enligt Fernler, vara att samhällsvetenskap och hälso- och sjukvård domineras av helt olika forskningsmetoder. Inom samhällsvetenskap är det till exempel vanligare att arbeta med kvalitativa studier av specifika fall medan det inom hälso- och sjukvårdsforskningen oftare görs kvantitativa studier som är randomiserade och kontrollerade (RCT) och sammanställs i systematiska kunskapsöversikter.

Således har implementeringsvetenskapen haft samma antaganden som det klassiska uppifrån-perspektivet, att det borde vara möjligt att utveckla metoder för att kontrollera och styra implementering. Den bygger också till stor del på forskning om hur innovationer sprids, den så kallade diffusionsteorin, som Rogers publicerade första gången redan 1962 (min upplaga är från 2003). På samma sätt som inom den klassiska implementeringsforskningen har implementeringsvetenskapen därtill resulterat i många goda råd och checklistor. Ofta med referens till litteraturöversikter som ”Implementation research: A synthesis of the literature” (Fixen m fl., 2005) eller ”Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review” (Greenhalgh, m fl., 2005) har det i Sverige presenterats olika vägledningar kopplat till implementering (till exempel

19. En alternativ term för implementeringsvetenskap som är vanligare i vissa länder, bl a Kanada, är ”knowledge translation” (Garpenby, 2010). Under senare år har även andra begrepp som ”knowledge transfer” och ”knowledge exchange” börjat användas även utanför hälso- och sjukvårdssammanhang (ibid.)

Gulbrandsson, 2007; Roselius & Sundell, 2008; Färm, m fl., 2009).

I takt med en större mognad inom fältet och efter att ha gjort liknande erfarenheter som inom den klassiska implementeringsforskningens nerifrån-perspektiv, har dock nu även forskare inom implementeringsvetenskapen konstaterat det lokala sammanhangets betydelse för såväl process som utfall, vilket gör det svårt att utveckla en generell teori om implementering (Greenhalgh, m fl., 2004; Garpenby, 2010; Nilsen, 2014 b). Detta är ju också själva innebörden i den nuvarande evidensmodellen där den professionella expertisen, utöver att välja metod enligt bästa tillgängliga kunskap, ska ta hänsyn till såväl den enskildes önskemål och erfarenheter som situation och kontextuella omständigheter.

Således

I det här kapitlet har jag diskuterat vad evidensbaserad kunskap är, var och hur det är tänkt att den skall utvecklas och hur den ska spridas och implementeras. Just när det handlar om spridning av evidensbaserad kunskap används i Sverige begreppet ”kunskapsstyrning”. Det har konstaterats att varken ”evidens” eller ”implementering” som kunskapsområden är något nytt. Dock har de sedan evidensrörelsen tog fart inom hälso- och sjukvården på 1990-talet snabbt vuxit och spridits till även andra verksamheter genom att presenteras som nya lösningar. Socialtjänst är en av dem. Sedan ”Utredningen för kunskapsbaserad socialtjänst” presenterade sitt betänkande (SOU 2008:18) har olika nationella initiativ tagits för att understödja en regional och lokal utveckling av en evidensbaserad praktik som innebär att den professionella väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap samt den enskildes situation, erfarenheter och önskemål.

I kapitlet har också skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst presenterats, som kan antas påverka möjligheterna att implementera en evidensbaserad praktik. Men samtidigt verkar det vara så att det är inom hälso- och sjukvårdsdelen inom socialtjänsten som de flesta nationella initiativen har tagits, t ex kvalitetsregister för att bedöma hälsorelaterade risker (Senior alert) eller bedömning av demenssjukdom (BPSD). I det avseendet är det värt att påminna om att drygt 87 procent av personalen i äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden som saknar högskoleutbildning. Det förefaller dock rimligt att anta att om riskbedömningar i Senior alert görs i samarbete mellan undersköterskor och sjuksköterskor, kan forskningsbaserad kunskap komma dem till del och därmed leda till bättre vård för den enskilde äldre. Men med kunskap från klassisk implementeringsteori är det också rimligt att anta att såväl, sjuksköterskor som undersköterskor, inte bara måste ”förstå” och

”vilja” förändra sitt sätt att arbeta. De måste också ”kunna” göra det, det vill säga ha förutsättningar för att det skall vara möjligt. En försvårande omständighet torde till exempel vara att sjuksköterskorna är så få (8 procent) i förhållande till undersköterskorna. ●

Samverkan

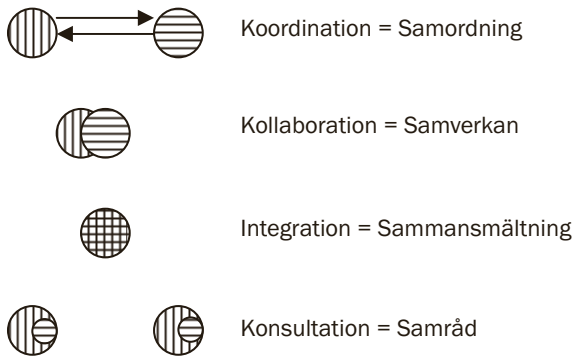
När det gäller projektet som denna rapport handlar om skulle det, utöver att utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap, leda till att stärka kunskapsutbytet mellan samverkande professioner samt mellan Göteborgs universitet och verksamheterna. I detta kapitel diskuteras därför också hur ”samverkan” kan förstås.

Samverkan är ett i dagligt tal ofta använt begrepp och verkar då ofta uppfattas vara likvärdigt med begreppet ”samarbete”. Med det menas helt enkelt att verksamheter, organisationer och professioner förväntas göra något tillsammans som de inte vanligtvis gör. I ordboken beskrivs samverkan som ”gemensamt handlande för visst syfte” (ne.se).

I takt med att specialisering, professionalisering och uppdelning av ansvar inom olika välfärdsverksamheter har ökat, har också behovet av samverkan, såväl inom som mellan organisationer, ökat (Löfström, 2010; Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Vård och omsorg för äldre personer är ett ofta använt exempel för att peka på problemet med att människor ”faller mellan stolarna”. Multisjuka äldre har sammansatta behov som inte enbart en verksamhet kan hjälpa till med. Resultatet blir därför att de skickas mellan olika verksamheter där ingen har ansvar för helheten. Problemet gäller dock inte bara multisjuka äldre utan drabbar även andra områden som till exempel missbruk, arbetslöshet, hemlöshet och våld i nära relationer (Johansson, 2013). Olika lösningar har prövats och prövas, för att komma till rätta med dessa utmaningar, till exempel lagstiftning, definition av ansvar i vårdkedjor, nationell samordning och finansiell samordning.

Forskningen om samverkan har sedan 1970-talet i ökande grad följt utvecklingen i praktiken (Johansson, 2013). Det har då varit vanligt att skilja på olika former av integrering. På såväl svenska som engelska har flera olika begrepp använts och det råder ingen total enighet om olika betydelser och definitioner (Jensen & Kuosmanen, 2008; Axelsson & Bihari Axelsson; Johansson 2013). Jag väljer dock här att utgå ifrån Berggren (1982) som har beskrivit fyra olika former av samarbete mellan allmänpsykiatri och andra vårdgivare:

Figur 3: Olika samarbetsformer (baserad på Berggren, 1982).



Som framgår av figur 3 kan de olika formerna av samarbete ses som grader av integration. När det gäller *koordination/samordning* betyder det att organisationerna kommunicerar med varandra för att till exempel undvika störningar eller förstärka effekten av varandras åtgärder, men de behöver inte ha ett gemensamt värdesystem och ansvar. *Kollaboration/samverkan* innebär istället att man i en begränsad uppgift väger in den andres utgångspunkter och åtgärder eller att båda organisationerna har ett gemensamt åtagande inom den enes eller andres ansvarsområde. Man samverkar då under ett gemensamt ansvar mot samma mål där situationen kräver gemensamma utgångspunkter. *Integration/sammansmältning* medför i praktiken en upplösning av ansvarsområdenas gränser och en ny sammansmält organisation, som kräver gemensamma kunskaper och underlättas av en samlokalisering. *Konsultation/samråd*, slutligen, innebär att en organisation använder en annan organisations experter med en specifik kompetens. Konsulten har dock inte ansvar för problem och uppgifter.

Inom universitetsvärlden används idag också begreppet samverkan för det som kallas "den tredje uppgiften" (de andra två uppgifterna är forskning och undervisning). Det som i detta fall verkar riskera att "falla mellan stolarna" tycks handla om forskningsresultat, det vill säga nyttiggörande av studiers resultat (jämför diskussionen i det föregående kapitlet om svårigheten med implementering av evidensbaserad kunskap). Enligt Högskolelagen (SFS 1992: 1434, 2 §) är det formulerat som följer:

I högskolornas uppgift ska det ingå att samverka med det omgivande samhället och informera om sin verksamhet samt verka för att forskningsresultat tillkomna vid högskolan kommer till nytta.

Således

Med den drivande frågan hur evidensbaserad kunskap i samarbete mellan olika professioner kan implementeras i äldreomsorg, har jag hittills i rapporten kort beskrivit bakgrunden till pilotprojektet, gett en bild av svensk äldreomsorg och vilka yrkesgrupper som arbetar där samt diskuterat framväxten och innebörden av kunskapsområdena evidensbaserad praktik, implementering (under det samlande begreppet ”kunskapsstyrning”) och samverkan.

Nu är det snart dags att berätta om projektet, hur det gick till och hur det blev. Men först beskrivs kort i nästa kapitel hur utvärderingen i form av följeforskning genomfördes. ●

Följeforskningen

Projektet var tanken att lektorerna skulle genomföra, följa upp och dokumentera de aktiviteter som genomfördes (se deras slutrapport Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015). Utöver det följdes utvecklingen under hela projektperioden av FoU i Väst/GR genom följeforskning²⁰. Det skulle dels handla om att följa och belysa förutsättningarna för att implementera evidensbaserad kunskap inom den specifika kontext som äldreomsorgen utgör och dels om att följa och belysa möjligheterna att samverka och stärka kunskapsutbytet mellan samverkande professioner samt mellan Göteborgs universitet och verksamheterna.

Det specifika med följeforskning eller som det också kallas i Sverige, lärande utvärdering (engelskans ”on-going evaluation”), är att istället för att enbart följa upp resultat vid projektets slut, som vid traditionell utvärdering, följs utvecklingen under hela projektperioden (Svensson et al, 2009; Europeiska socialfonden, 2010). En viktig uppgift för följeforskaren är att på olika sätt återkoppla det som framkommer under projektet och fokusera på om det som genomförs verkar leda till att målen uppnås. Det innebär således att bedöma och värdera om projektet är på rätt väg och att kontinuerligt återkoppla lärdomar till ansvariga för projektet. På så vis kan det möjliggöra ett gemensamt lärande och en förbättring av genomförandet medan projektet pågår samt underlätta spridning. Kännetecknen på en lärande utvärdering är enligt Europeiska socialfonden (2010, s. 6) att:

- Utvärderaren är med från början av projektet;
- Den har ett syfte att studera metoder, processer och resultat, samt att värdera dessa delar i förhållande till projektiden och Socialfondsprogrammets intentioner²¹;
- Ett kritiskt förhållningssätt, men också konstruktivt;
- Den ger kontinuerligt snabb återföring till berörda på olika nivåer i

20. På uppdrag av Göteborgs Stad (Senior Göteborg) och Göteborgs universitet (Institutionerna Socialt arbete, Vårdvetenskap och hälsa samt Neurovetenskap och fysiologi).

21. Det studerade pilotprojektet var inte ett Socialfondsprojekt men övriga kännetecknen användes som utgångspunkt för utvärderingen.

projektorganisationen för ett gemensamt lärande och möjlighet att styra projektet rätt och utveckla det löpande;

- Olika metoder och former för gemensamt lärande kan användas.

Upplägget av utvärderingen var därför att på olika sätt följa utvecklingen av projektet. Det gjordes genom att observera utvecklingsdagar, delta vid möten i arbetsgrupp och styrgrupp, observera lektorernas egna arbetsmöten samt intervjuar olika professioner som var involverade i projektet. Vid utvecklingsdagarna gavs även möjlighet att samtala med deltagarna om hur de upplevde innehållet i relation till verksamhetens förutsättningar. Under hela projektperioden återkopplades kontinuerligt reflektioner till styrgruppen, arbetsgruppen och lektorerna. Därtill skapades vid FoU i Väst ett nätverk kring evidensbaserad praktik med projektet som stående exempel. Till nätverket var lektorerna samt medlemmar från styrgruppen och arbetsgruppen inbjudna tillsammans med andra intresserade personer från FoU i Väst. Det konkreta genomförandet av utvärderingen beskrivs kortfattat i faktarutan nedan.

Följeforskningens genomförande

Observation vid utvecklingsdagar

Totalt genomfördes 9 utvecklingsdagar i de två stadsdelarna. Samtliga, förutom ett tillfälle, observerades. Vid pauser och gruppdiskussioner ställdes därtill frågor om förutsättningar att arbeta evidensbaserat. Sammantaget medverkade cirka 150 deltagare (inte unika individer eftersom de flesta deltog vid mer än ett utvecklingstillfälle) vid de observerade tillfällena där såväl alla professioner som chefer var representerade. Därtill observerades avslutningsdagen i Angered samt två möten med kvalitetsutvecklaren i Angered.

Möten med arbetsgrupp och styrgrupp

Genom projektet träffades arbetsgrupp och styrgrupp regelbundet. Under den största delen av projektet när lektorerna arbetade i Angered bestod arbetsgruppen av chefer för de olika professionerna i de båda stadsdelarna. Under det sista halvåret när lektorerna arbetade i Lundby var det en mindre grupp bestående av chefer från Lundby samt en områdeschef från Angered. Styrgruppen bestod av ansvariga från stadsledningskontoret vid Göteborgs Stad och prefekter från de tre institutionerna. Under perioden blev det cirka 20 möten. Genom att även här delta vid nästan samtliga möten gavs möjlighet att både observera utvecklingen och kontinuerligt återkoppla gjorda reflektioner. Därtill spelades mötena med arbetsgruppen in.

Lektorernas arbetsmöten

Lektorerna träffades också regelbundet för att planera och reflektera över arbetet. På samma sätt som vid arbetsgruppens och styrgruppens möten, kunde såväl observation som återkoppling göras. Totalt blev det deltagande vid 10 tillfällen. Även de flesta av dessa möten spelades in.

Intervjuer

Vid inledningen av projektet intervjuades lektorerna, prefekterna för respektive institution, en av de ansvariga från stadsledningskontoret samt tre av cheferna från Angered som ingick i arbetsgruppen. Därtill intervjuades en kvalitetsutvecklare från Angered vid två tillfällen och vid slutet av lektorernas närvaro i Angered genomfördes ett möte med henne och en ytterligare kvalitetsutvecklare för att reflektera över hur de på bästa sätt skulle kunna organisera arbetet med kunskapsutveckling i stadsdelen. Vid slutet av lektorernas närvaro i Angered gjordes även gruppintervjuer med representanter för alla professioner som hade berörts av arbetet i projektet: biståndshandläggare, arbetsterapeuter/sjukgymnaster, sjuksköterskor samt personal från kortidsverksamheten som främst bestod av undersköterskor. I Lundby genomfördes en intervju med områdeschefen som var medlem i arbetsgruppen. Totalt genomfördes under hela projektperioden intervjuer med ca 55 personer.

Intervjufrågorna kretsade kring förutsättningarna för att implementera evidensbaserad kunskap inom den specifika kontext som äldreomsorg utgör och hur man önskade arbeta med kunskapsutveckling. Det ställdes även frågor om möjligheterna att samverka och stärka kunskapsutbytet mellan samverkande professioner samt mellan universitetet och verksamheterna (se bilaga 2). Alla intervjuer spelades in och skrevs ut ordagrant för att det därefter skulle vara möjligt att hitta och beskriva mönster i det som de intervjuade berättade.

Övrig input till följeforskningen

Utöver nämnda metoder har utvärderaren haft tillgång till lektorernas material och sammanställningar. ●

Så gick det till

Som beskrivits i inledningen av rapporten, skapades i samband med projektstarten en arbetsgrupp bestående av lektorerna och enhetschefer för ordinärt boende, bistånd, hemsjukvård och rehabilitering från de båda stadsdelarna. Ordförande för gruppen var under början av projektet två områdeschefer för ordinärt boende och hälso- och sjukvård i de båda stadsdelarna, men kom senare att bli en av dem för genomförandet i Angered och en av dem för genomförandet i Lundby.

Hur projektet skulle gå till i detalj var inte i förväg bestämt. Tanken var istället att utifrån syftes- och målbeskrivning i intentionsdokumentet (se under avsnitt ”Pilotprojektet”), tillsammans i arbetsgruppen komma fram till lämpligt upplägg av lektorernas arbete. Under hösten 2013 besökte därför lektorerna de båda stadsdelarna för att lyssna in olika yrkesgruppers behov och önskemål (de tre lektorerna träffade ”sina” respektive professioner: arbetsterapeuter/sjukgymnaster, sjuksköterskor samt biståndshandläggare) samtidigt som de tillsammans med arbetsgruppen vid ett flertal möten diskuterade vad som skulle och kunde göras.

Det allra första mötet handlade om att ta del av hur de två stadsdelarna var organiserade, den mängd andra projekt som pågick parallellt i staden och i stadsdelarna samt vilken forskning som bedrevs vid de tre institutionerna. Ordföranden beskrev också sin tanke med det fortsatta upplägget under hösten och därefter:

Det här är faktiskt en process som vi inte behöver ha så bråttom i. Hösten är till för att lära känna varandra och identifiera var någonstans vi skulle kunna börja hitta samarbetsvinster och där forskningen kan ge stöd i att förändra någon process. Det är först nästa år som jobbet börjar. Så vi får inte känna den stressen för jag tror inte det blir bra. Utan det här är ett försök och är vi kloka och tar det lugnt så kanske vi kan avgränsa arbetet nästa år. Så vi kan se att det här gav ju faktiskt effekt, det här skulle vi vilja fortsätta med.

Under mötet betonade också lektorn från Institutionen för socialt arbete vikten av att enas i en gemensam tolkning av begreppet ”evidensbaserad praktik”, eller åtminstone enas i att det kunde finnas olika perspektiv på

det beroende på professionell bakgrund och/eller vetenskaplig inriktning. Det var alla eniga om.

Först var tanken (som beskrevs i intentionsdokumentet) att lektorerna skulle arbeta med verksamhetsdelen ”ordinärt boende” (hemtjänst). Dock bestämdes det efter ett tag att avgränsa det till korttidsvistelseverksamheten^{22, 23}. Utifrån erfarenheterna från besöken i stadsdelarna och diskussionerna i arbetsgruppen pekade lektorerna i början av 2014 på tre utvecklingsområden²⁴:

- Det saknas strukturerad utvärdering av korttidsvistelsen (eller kanske insatserna som helhet?) för enskilda brukare – måluppfyllelse
- Oklart om och hur målet med delaktighet och informerad brukare och anhörig nås
- Teamarbetet fungerar inte optimalt

Med tanke på att projektet skulle pågå under en begränsad tid, var lektorernas intention att så långt det var möjligt föreslå aktiviteter som kunde rymmas inom befintlig organisatorisk struktur och att fokusera på förbättring snarare än utbyte/förändring. Utgångspunkten var också att aktiviteterna skulle handla om att utifrån bästa möjliga evidens stärka professionerna och det multiprofessionella teamarbetet samt att öka brukarens delaktighet. Sammantaget mynnade det sedan ut i förslaget ”Att göra genomförandeplanen till brukarens dokument, en angelägenhet för brukaren och dennes team samt ett dokument som möjliggör utvärdering”.

För att uppnå detta, föreslog lektorerna att de olika professionerna tillsammans med den enskilde äldre i genomförandeplanen skulle formulera och följa upp mål. På så vis skulle den enskildes önskemål och möjlighet till delaktighet bli tydligare. Genom att arbeta med en gemensam metodik för måluppfyllelse, ”Goal Attainment Scaling” (GAS), skulle detta också kunna bidra till ett bättre teamarbete.

Lektorerna arbetade därefter, under våren och hösten 2014, med att på olika sätt ge stöd till ett sådant utvecklingsarbete i Angered. I Lundby hade bedömningen gjorts att det inte vid den aktuella tiden fanns förutsättningar för att genomföra projektet. Lektorerna kom därför att först under våren 2015 genomföra aktiviteter i Lundby. Dock fanns represen-

22. Inom Göteborgs Stad var korttidsverksamheten organiserad på olika sätt i olika stadsdelar. I Angered tillhörde den verksamhetsdelen Ordinärt boende och i Lundby tillhörde den Särskilt boende. Under tiden för projektets genomförande, gjordes det också en översyn av korttidsverksamheterna i staden med syfte att organisera dem mer enhetligt.

23. Det beslutades även att personal från mottagningsverksamheten skulle delta vid de kommande föreläsningarna. Denna verksamhet lades dock ner under projektiden.

24. Beskrivningen nedan är utöver egna anteckningar från observationer hämtad från lektorernas PP-presentationer samt slutrapport (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015).

tanter för de båda stadsdelarna med i såväl arbetsgrupp som styrgrupp under hela projektiden.

Utvecklingsarbetet i Angered

Utifrån de formulerade problemområdena och syftet med projektet genomförde lektorerna under tiden de fanns i Angered följande aktiviteter:

Utvecklingsdag 1: Teamarbete, evidensbaserad vård och omsorg, mål/måluppföljning

Med tanken att alla professioner skulle arbeta tillsammans med genomförandeplanen för den enskilde äldre, riktades den första utvecklingsdagen till alla yrkesgrupper: undersköterskor, sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Därtill deltog chefen för korttidsverksamheten samt äldreomsorgens kvalitetsutvecklare. För att möjliggöra att alla skulle kunna delta genomfördes utvecklingsdagen med samma innehåll vid två olika tillfällen.

I upplägget av dagen blandades föreläsningar med gruppdiskussioner, rollspel och praktiska övningar. Det konkreta innehållet var:

- Att arbeta i flerprofessionella team i kommunal vård och omsorg
- Introduktion till evidensbaserad vård och omsorg
- Att arbeta med mål och måluppföljning (GAS) rollspel
- Praktiska övningar (sätta och följa upp mål tillsammans med brukaren och i team)

Här fick alltså deltagarna möjlighet att diskutera och reflektera över hur teamarbete beskrivs teoretiskt och vilka faktorer som kan hindra och stödja ett sådant arbete. De fick också en kort föreläsning kring hur en evidensbaserad praktik kan förstås. Därtill handlade dagen till stor del om att genom rollspel och praktiska övningar få kunskap om att formulera och följa upp mål genom att arbeta med metodiken ”Goal Attainment Scaling” (GAS) som sedan skulle användas i teamarbetet kring den enskilde äldres genomförandeplan. Metodiken handlade om att formulera målen så att de kunde följas upp enligt följande skala:

1. Mycket mindre än förväntad utfallsnivå
2. Något mindre än förväntad utfallsnivå
3. MÅL: Förväntad utfallsnivå
4. Något mer än förväntad utfallsnivå
5. Mycket mer än förväntad utfallsnivå

Utvecklingsdag 2: Att söka evidensbaserad kunskap

Den andra utvecklingsdagen riktades till de högskoleutbildade yrkesgrupperna. Därtill deltog chefen för korttidsverksamheten samt kvalitetsutvecklarna²⁵. Även denna utvecklingsdag genomfördes vid två olika tillfällen med samma innehåll.

Dagen handlade om att först genom en föreläsning och sedan praktiska övningar få ökad kunskap kring evidensbaserad praktik och hur man kan söka evidensbaserad kunskap i olika källor via internet (det vill säga öppna databaser och webbplatser).

Utvecklingsdag 3: Bedömningsinstrument

Lektorerna erbjöd även några utbildningstillfällen riktade till ”deras” respektive yrkesgrupper. För biståndsbedömarna genomfördes en föreläsning kring bedömningsinstrumentet BAS (Behov Av Stöd) och för arbetsterapeuter och sjukgymnaster olika evidensbaserade bedömningsinstrument inom deras yrkesområde.

Utöver utvecklingsdagarna erbjöd också lektorerna handledning till ”sina” respektive yrkesgrupper. Det var dock enbart sjuksköterskorna som efterfrågade det och handledning genomfördes vid två tillfällen. Två studenter från Institutionen för neurovetenskap och fysiologi genomförde också som ämne för sitt examensarbete på grundnivå intervjuer med några enskilda äldre på korttidsverksamheten om deras upplevelse av inflytande (Landin & Ahlgren, 2014).

Under slutet av vistelsen i Angered genomförde också lektorerna observationer av några teammöten (ett vardera). De samlade även in och gjorde en analys av alla under perioden gjorda genomförandeplaner. Resultaten presenterades i deras slutrapport (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015) men återkopplades också direkt med förbättringsförslag till kvalitetsutvecklaren, vilken under hela projektiden kom att bli en nyckelperson för att arbeta med lektorernas förslag i korttidsverksamheten.

För att undersöka om utvecklingsaktiviteterna hade bidragit till förändring med avseende på evidensbaserad praktik riktades också en enkät²⁶ till sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biståndshandläggare vid två tillfällen, dels i början av projektet och dels i slutet av projektet.

På korttidsverksamheten

Parallellt med nämnda utvecklings- och utbildningsaktiviteter arbetade korttidsverksamheten med att i den enskilde äldres genomförandeplan

25. Under hösten 2014 hade en andra kvalitetsutvecklare anställts.

26. Hämtad ur skriften ”Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg” (Socialstyrelsen, 2012, verktyg 7).

formulera och följa upp mål med hjälp av GAS-metodiken²⁷. En gång i veckan samlades alla yrkesgrupper inklusive biståndshandläggare (det kunde dock variera något i om alla grupper var representerade varje vecka men det var en klar intention) för att prata om aktuella personer som vistades på korttidsenheten. Ordförande var någon av undersköterskorna. Det var också de som var ansvariga för att dokumentera i de enskilda äldres genomförandeplaner som de var kontaktpersoner för. Kvalitetsutvecklaren var också med och stöttade vid mötena, i allt mindre utsträckning i takt med att alla lärde sig det nya arbetssättet. Hon hade även före projektet haft en utbildning för undersköterskorna för att förbättra genomförandeplanerna och arbetat med att stödja dem i detta. Det passade därför, enligt henne, extra bra att lektorerna nu hade föreslagit ytterligare förbättringsarbete just inom detta område. Korttidsverksamheten hade dessutom en ny chef som också hade gjort en egen analys av verksamhetens behov och initierat en del förändringar strax innan lektorerna kom till verksamheten. Kvalitetsutvecklaren berättade om det så här:

Fördelen med det här, det är ju att de lade ju sig på rätt nivå. För det sa ju de rätt tidigt att ”vi ska inte gå in och göra något jätte-avancerat, det fixar vi inte på den här korta tiden utan vi måste ta någonting som är genomförbart och som man kanske redan har i verksamheten men man måste utveckla det”. Så de hittade ju rätt tycker jag. Därför att jag tror inte att vi hade mäktat med om de kom med nån alldeles helt ny idé så man skulle liksom vända upp och ner på allting, det hade vi inte fixat. Faktiskt. Därför att chefen har redan infört massor med nya idéer, och nu säger vi stopp, nu är det stopp, nu ska vi inte göra, nu måste detta bara landa och implementeras och personalen måste vila i detta. Så jag tyckte att det kändes väldigt, väldigt bra att de lade sig på den nivån. Det var kanon tycker jag, jättebra.

Under tiden för projektet var inte den enskilde äldre med vid teammötena. Däremot genomfördes såväl ”ankomstsamtal” som ”utskrivningssamtal” där ofta flera av yrkesgrupperna deltog (men inte biståndshandläggarna som hade egna möten med den enskilde äldre både inför beslut och vid uppföljning av beslut).

Avslutning i Angered

I början av 2015 genomfördes en halvdags avslutning för Angered där lektorerna sammanfattade projektet och vad det enligt deras uppföljningar hade lett till (se Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015). Inbjudna var de som hade deltagit i projektet samt politiker och övriga intresserade i Angered men också de från Lundby som skulle vara fortsatt delaktiga.

27. Detta var möjligt eftersom arbetet ännu inte hade digitaliserats. Än så länge skrevs genomförandeplanen på papper vilket gjorde det enkelt att föra in en extra kolumn för GAS. Dock skulle även Angered under våren 2015 införa systemet Treserva.

Utvecklingsarbetet i Lundby

Under våren 2015 genomfördes aktiviteter i Lundby. Eftersom det kom att bli under en kortare tid än i Angered, blev upplägget att enbart genomföra (halva) utvecklingsdagar. Fortfarande riktades aktiviteterna till de yrkesgrupper som arbetade med enskilda äldre som vistades på korttidsverksamheten men istället för att föreslå något nytt arbetssätt där var lektorernas förhoppning att de genom utvecklingsdagarna skulle kunna ge inspiration till deltagarna att själva arbeta vidare.

De två utvecklingsdagar som genomfördes erbjöds även här vid två tillfällen så att alla skulle ha möjlighet att delta.

Utvecklingsdag 1: Tvärprofessionellt teamarbete och målformulering

Den första utvecklingsdagen i Lundby handlade på samma sätt som i Angered om att deltagarna skulle få ökade kunskaper om tvärprofessionellt teamarbete samt att arbeta med målformulering utifrån enskilda äldres behov. Det gavs också en kort introduktion till evidensbaserad praktik och GAS-metodiken. Så som i Angered, genomfördes dagen genom att varva föreläsningar med grupparbeten och gemensamma reflektioner. Deltagarna var alla de yrkesgrupper som på olika sätt arbetade med enskilda äldre som vistades i korttidsverksamheten: undersköterskor, sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, samt deras närmaste chefer.

Till skillnad mot upplägget i Angered gavs större utrymme för att diskutera och dokumentera (med hjälp av Post-it-lappar) hinder och möjligheter för teamarbete, vilket därefter sammanställdes av lektorerna och lämnades till områdeschefen.

Utvecklingsdag 2: Evidensbaserad praktik

Under den andra utvecklingsdagen fokuserades innehållet i en evidensbaserad praktik, hur den beskrivs av Socialstyrelsen (utifrån Haynes m. fl., 2002) och de vanligaste öppna²⁸ källorna för att på internet söka efter ”bästa tillgängliga kunskap”. Det gavs också en föreläsning om strategier för implementering av evidensbaserad kunskap. På samma sätt som vid alla andra utvecklingsdagar varvades föreläsningar med diskussioner och grupparbeten där den främsta diskussionspunkten för dagen var hinder och möjligheter för att implementera evidensbaserad kunskap i den egna verksamheten. ●

28. Vetenskapliga databaser är oftast inte öppna, vilket innebär att de bara kan nås via universitetsbiblioteken. Det kan göras genom personligt besök eller genom att vara anställd/student på universitetet och då även få tillgång till bibliotekets databaser via internet. Det betyder att en person som är anställd inom äldreomsorgen inte har tillgång till annat än det som publiceras i öppna källor om hen inte besöker ett universitetsbibliotek.

Så blev det

I det förra kapitlet beskrevs hur lektorerna arbetade i de båda stadsdelarna Angered och Lundby och vilka aktiviteter som genomfördes. Men hur blev det då? Hur mottogs deras arbete och vad ledde det till? Kunde de bidra till att utveckla strategier för implementering av evidensbaserad kunskap och ett stärkt kunskapsutbyte mellan samverkande professioner samt mellan Göteborgs universitet och verksamheterna? I detta kapitel ges några svar på frågorna genom att dels sammanfattningsvis beskriva resultaten från lektorernas egna uppföljningar och dels återge vad de olika yrkesgrupperna berättade vid intervjuer och observationer. Avslutningsvis beskrivs även hur medlemmarna i styrguppen och arbetsgruppen uppfattade projektet.

Angered

När det gäller lektorernas egna uppföljningar i Angered lämnades en enkät (Socialstyrelsen 2012, verktyg 7) till biståndshandläggare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor med samma frågor strax före och några månader efter lektorernas aktiviteter (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015). Frågorna i enkäten syftade till att pröva i vilken grad man arbetade evidensbaserat och genom att lämna samma enkät vid två tillfällen ämnade lektorerna undersöka om det fanns någon skillnad i svaren mellan det första och det andra tillfället. Totalt svarade 18 personer på den första enkäten och 15 personer på den andra. I de frågor som sammanställdes kvantitativt (dvs att man hade svarat med, eller att svaret hade omvandlats till, en siffra) kunde ingen statistiskt signifikant (dvs inte särskilt stor) skillnad ses mellan enkättillfällena. Men som lektorerna påpekar i sin slutrapport så ”behöver det tas i beaktande att den uppföljande mätningen gjordes endast ett par månader efter insatsen. Att ändra på förhållnings- och arbetssätt är ett långsiktigt kvalitetsarbete vilket således kan vara svårt att se effekter av på kort sikt” (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015, s. 9).

De öppna frågorna (dvs att svaren hade skrivits med egna ord) i en-

käten visade dock, enligt lektorernas slutrapport, tendenser till positiv förändring gällande såväl ”fokus på den äldre personens egna önskemål” som ”uppföljning och utvärdering”, ”interprofessionell samverkan” och ”kunskapssökning och -användning” (s. 10). Dessa tendenser bekräftades av de intervjuer och observationer som gjordes genom följeforskningen som beskrivs nedan.

Interprofessionell samverkan

Samtliga grupper beskrev att den interprofessionella samverkan hade förbättrats genom teamträffarna. De berättade alla att de genom det nya arbetssättet hade möjlighet att lära känna varandras arbete bättre, att skapa bättre sammanhållning och bli mer samspelade. Till exempel beskrev en av biståndshandläggarna det så här:

Samverkan har ju ökat mer med Korttid i och med de här teammötena. Det tycker jag i och för sig är intressant och bra för då får man en liten inblick i hur de arbetar. Och ibland kan man även förklara om det är något i utredningen, konkret då.

De nya teammötena upplevdes också bättre strukturerade där mallen för genomförandeplaner som lektorerna föreslagit underlättade arbetet med att formulera mål för den enskilde äldre. En av sjukgymnasterna uttryckte det enligt följande:

Teammötena har ju blivit bättre strukturerade [...]. Och teamarbetet har därmed också blivit bättre. Vi har ju framför allt blivit bättre på att sätta upp mål, alltså patientens mål. Och den GAS-skalan också, den tycker vi också är bra, den funkar också bra. Och mallen då, det antar jag också att de (lektorerna) har hjälpt oss med, den genomförandeplansmallen. Den är också jättebra. Så det har ju blivit jättebra på Korttiden där.

Eller som en av biståndshandläggarna sade:

Ja, det känns väldigt professionellt med de här mötena. Ja, det är jättespännande!

På frågan om ”det är så här ni vill fortsätta jobba nu?” svarade också en av undersköterskorna:

Ja faktiskt! Det går bra! Man har ett team och alla vet vad man har för roll. Det blir mycket lättare. Jag tycker det fungerar jättebra!

Att arbeta med specifika mål

Samtliga återgav att de vid teammötena försökte formulera specifika mål för den enskilde äldre, som därefter noterades i genomförandeplanen och

kunde följas upp utifrån GAS-skalan. Det beskrevs också positivt av alla grupper:

Jag tycker det är lättare att ställa upp ett mål, det är enklare, inte så himla omständigt och krångligt. Ett huvudmål och två delmål, alltså det är basic, tänker jag så. (Undersköterska)

Jag tycker att det är jättebra. Man går igenom utredningen lite mer noggrant tillsammans med dem, och får veta hur de har upplevt hur vi har formulerat det. Så målen är det som de har fokuserat en del på när jag varit med i alla fall. Hur ser vårt mål ut och hur uppfattar de målet och hur jobbar de med det. Så jag tycker det är bra. (Biståndshandläggare)

Då sätter vi GAS-siffrorna och det skall ju göras fortlöpande. Många är ju redan ifyllda. Det är ju väldigt trevligt att se. Vi har ju haft en kvinna som de hade satt ett mål men hon uppfyllde målen så väl så hon fick GAS 5 på det mesta. Det var jätteroligt! Mer än vad de hade skrivit i sitt mål, lyckades hon uppfylla här då. (Sjuksköterska)

Trots att de också upplevde det positivt att alla yrkesgrupperna träffades i team och formulerade specifika mål för den enskilde, påpekade dock både sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster att de ännu inte hade nått fram till hur de kunde arbeta med målen utifrån deras respektive kompetensområde:

Vi har pratat lite om, med tanke på det här med GAS, att vi har kommit en bit i det att formulera mål, vi pratar om vad vi har kommit fram till och hur det ser ut för den personen. Men nu kanske vi skall jobba lite mer med det hur vi kommer dit tillsammans. Alltså att har man ett mål med nutrition, hur gör vi allihop för att nästa vecka eller om två veckor skall vi vara på den här 3:an eller, alltså att man är lite mer ”hur gör vi”. (Arbetsterapeut)

Vi har börjat med mer teamarbete och mer fokus på personcentrerad vård med fokus på patienten. Vi frågar vad DU vill ha, eller vad är ditt önskemål, eller vad är ditt mål. Men själv, jag som är sjuksköterska upplever att det är svårt att skriva målet, formuleringen. Och när patienterna kommer till oss, vad är ditt medicinska mål? Jag vill må bra. Så när det är rehabilitering är det mera specificerat. Jag vill kunna gå eller jag vill göra något kroppsmässigt men det medicinska är lite mer otydligt. Så jag upplever själv att det är lite svårt att skriva målet. (Sjuksköterska)

Genomförandet av teammötena

Själva genomförandet av teammötena beskrevs också samstämmigt av de olika yrkesgrupperna. En av undersköterskorna berättade om det så här:

Vi går genom genomförandeplanen som vi har till gästen. Sedan, vad är det för mål? Hur mycket har personen utvecklats från den dagen som hon flyttade in till korttidsboende och vi går igenom hur det har

fungerat för henne och hur mycket hon har utvecklats på GAS-skalan i jämförelse med hur det var. Är det mindre, så kanske vi måste ha en ny plan för den personen för att komma till målet.

Alla berättade att de mer än tidigare hade fokus på den enskilde äldres egna önskemål. Men än så länge formulerades inte det specifika målet tillsammans med denne. En undersköterska beskrev det enligt följande:

Men det är nog inte så vanligt att vi formulerar målet tillsammans med gästen. Det är inte heller så att vi berättar för gästen hur vi har satt GAS-skalan. Men vid ankomstsamtalet går vi igenom frågor och informerar om att vi kommer att sätta upp mål och frågar vad den personen önskar. Efter den önskan som hon har, utvecklar vi målet. Men när vi har kommit till den biten att vi berättar "betygen" berättar vi inte det för personen men man kan säga att på dagarna när vi träffas så säger vi till exempel: Ja så bra du kan gå, och nu har du blivit bättre. Så vi formulerar det på det sättet. Men vi visar inte den blanketten som vi har.

Att arbeta evidensbaserat och inhämta ny kunskap

När det gällde att arbeta evidensbaserat verkade det inte vara ett område som särskilt mycket hade diskuterats eller fokuserats före lektorernas närvaro. Åtminstone var det inget som hade visat sig i förändrade arbetssätt hos någon av yrkesgrupperna. Alla högskoleutbildade grupper berättade att de under sina respektive utbildningar hade fått kunskap om att söka relevant information i databaser och på internet. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster beskrev också att det ingick i utbildningen att få kunskap om evidensbaserade metoder och bedömningsinstrument (vilket inte är så konstigt eftersom det var inom den medicinska disciplinen som evidensrörelsen startade och att det är inom hälso- och sjukvård som de flesta evidensbaserade metoderna och instrumenten finns):

Det blir ju en tyngd i ens jobb om man kan arbeta evidensbaserat. Sen är det som man alltid säger till studenter och så att man har ju det i bakhuvudet någonstans, det har man ju, alla de här metoderna som man lärde sig i skolan. (Sjukgymnast)

Det var även dessa tre yrkesgrupper som påtalade att de önskade arbeta mer evidensbaserat:

Jo, vi har ju redan ett evidensbaserat instrument och det är ju Senior Alert, de tre bitarna som är trycksår, nutrition/undernäring och fallbenägenhet, och det är ju evidensbaserat och den skulle jag gärna vilja ha in i genomförandeplanen. Vi har börjat prata om det men vi har inte riktigt kommit in i det metodsättet ännu²⁹. (Sjuksköterska)

29. Efter en tid, när lektorerna inte var kvar i Angered, fick vi dock höra att det goda teamarbetet hade medfört att de även i korttidsverksamheten hade börjat arbeta aktivt med riskbedömningar enligt Senior alert.

–Känner ni att ni liksom känner er uppdaterade på de senaste metoderna eller...?

–Inte alls. Nej, inte alls. Och inte på långt, det, jag kan väl säga att det är mer vid noll, i kunskapsutveckling, att, allting kostar ju, och då blir det inget. (Arbets terapeut)

De högskoleutbildade grupperna beskrev att påfyllnad av kunskap ofta skedde genom mindre kurser som erbjöds gratis:

–Hur får ni ny kunskap då? Hur får ni påfyllning? Hur vet ni att ni jobbar enligt de bästa metoderna?

–Ja, hur får vi det (en stunds tystnad)? Vi får ju en del utbildningar genom kommunen. Så att vi blir erbjudna att gå till SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) på en informationsdag. Till exempel, nu senast var ju du på UVI-behandlingar. Ja, och diabetes de senaste rönen där, och antibiotikaanvändning vid symptomfria UVI:er, hur man hanterar det. Och hjärtsjukdom har jag varit på nere på stadskansliet, det senaste inom hjärtsvikt. Sådana kommer ju väldigt ofta, sådana små utbildningar. Det är ju den senaste evidensen då. (Sjuksköterska)

Det är ju hela tiden en fråga om pengar, så att visst är det så som hon säger, men jag tycker ändå att det finns ju en del gratisvarianter som vi går på, det är väl, men det är ju korta varianter, det är ju någon halvdag eller någon dag, så att det gör vi ju, men... Det är ju ingenting som kostar pengar. För då, det finns det inte någon budget för, eller hur de nu tänker där, jag vet inte, men det är väl väldigt sällan som jag går på något som kostar någonting. Så är det. (Sjukgymnast)

Sedan har vi gått en del kompetensutveckling det sista året. Nu har vi gått både ”demens” och ”stroke” och ”hjärtsvikt”. (Biståndshandläggare)

Alla de högskoleutbildade grupperna beskrev också att de ibland själva sökte efter ny kunskap:

–Hur gör ni själva då? Sätter ni er och söker?

–Ja, precis, vid datorn. Om det är något man känner att det här behärskar jag inte så gör man ju det. Men, alltså tiden! (Sjuksköterska)

Det är väldigt mycket att man söker själv tycker jag, men sen så hamnar man ju i det då att det finns metoder t.ex. motiverande samtal. Men då, för att kunna jobba med dem så behöver man ju gå kursen. Så att sökandet resulterar ju oftast i att man behöver gå en kurs som kostar pengar. Tycker jag. Sen kan man ju läsa rapporter och sådär, men det ger ju inte så mycket i det praktiska arbetet om man inte har haft en djupare kurs. (Arbets terapeut)

Men det allra vanligaste sättet att lära, som alla inklusive undersköterskorna beskrev var att ta hjälp av varandra, av såväl den egna som av de andra professionerna:

Nej det är väl mest att diskutera med varandra. Har jag några problem med någonting så kan jag ju prata med mina kollegor, få lite tips och råd från dem. (Sjukgymnast)

Erfarenhet. Olika utbildningar och yrkeserfarenheter och samtidigt är det mycket samtal mellan kollegorna här, man bollar med varandra. Man kanske diskuterar och då kanske någon kommer med att det är hemsjukvårdens bit. Så jag tror att mycket lärdom är att man bollar med varandra. (Biståndshandläggare)

Jag tänkte att om man lyssnar på sjuksköterskorna på Korttidsplatsen, om det är något specifikt så där, då har jag lärt mig mycket om man verkligen lyssnar på vad de säger, vad det innebär med vissa sjukdomar. Då får man ju mycket information där vad det kan innebära. Man skall ju inte kunna allt själv men man kan ställa frågor, då får man mycket svar. (Biståndshandläggare)

För undersköterskornas del handlade det ofta om att lära genom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster för att därefter kunna utföra medicinska arbetsuppgifter på delegation. Men en viktig källa och ett viktigt stöd i deras kunskapsutveckling beskrevs också kvalitetsutvecklaren vara:

–Hur tänker ni kring, vem bestämmer vilka metoder ni skall jobba med? När det kommer nya metoder, vem är det som hittar på dem? Eller ny kunskap om hur man skall göra saker?

–Jag tror vi fick från Christina. Det är Christina som visar oss och kommer med förslag. (Undersköterska)

Både arbetsterapeuter/sjukgymnaster (”rehab”) och biståndshandläggare berättade också att de på sina egna professionsmöten hade stående punkter för lärande:

Sedan har vi ju ”veckans lärande” också på våra rehab-möten som vi har en gång per månad, som vi försöker delge varandra, men det blir inte samma sak. Att en person har gått en dag eller en halv dag och sedan ska korta ner det med 10 minuter. (Arbetsterapeut)

Sedan har vi ju också haft våra fredagsmöten till att diskutera ärenden, och det är ju sådant som vi skulle kunna ta igen när det är ett ärende, eller en dom och sådant här som vi skulle kunna lägga in och få utrymme till. Men det är ju att vi måste sätta vårt eget utrymme. (Biståndshandläggare)

Alla grupper uttryckte alltså att det generellt behövdes mer inhämtning av kunskap, vilket kunde vara av såväl evidensbaserat som annat slag. Biståndshandläggarna önskade till exempel mer uppdatering kring juridiska nyheter och mer stöd vid svåra fall och undersköterskorna önskade kontinuerligt lärande om såväl medicinska som sociala aspekter i arbetet:

Men det blir ju mer rättsliga aspekter, för handledningen där kan vi diskutera knepiga ärenden liksom, rent hur man läser dem, men rent

lagmässigt så har vi inte särskilt mycket utbildning eller diskussioner, så det är väl en bit som man inte har så mycket faktiskt. Lagbiten. (Biståndshandläggare)

Vi har ju insulinutbildning och läkemedelsutbildning. Men jag kan ju tycka att det skall vara lite mer utbildningar på även andra saker så att man blir uppdaterad. (Undersköterska)

De högskoleutbildade grupperna pekade dock på att det fanns begränsningar i framförallt tid men också ekonomiska resurser för att kunna arbeta med kunskapsinhämtning så som de önskade. Vid frågan om vad de skulle behöva föreslog flera att det kunde vara ett särskilt ansvar för en ”metodutvecklare”, alternativt krävdes det en bättre systematik och planering för att de själva skulle kunna arbeta mer med kunskapande:

Ja förslaget med en metodutvecklare som kunde ta fram rättsfall och diskutera lite vad det kan innebära för oss. Det känns inte riktigt att vi hinner med det, det är lite i förbifarten sådär liksom, men inte så att man verkligen tar sig tid att diskutera det. (Biståndshandläggare)

Ja, tid, och sen att, tänker jag, man får väl ha någon form utav plan. För, vad är det för kompetens vi behöver och hur ska vi få den och liksom, hur vet vi att den är evidensbaserad? För jag kan väl uppleva att det är lite spretigt, eftersom man söker så mycket själv, här är en kurs, den vill jag gå, och så frågar man om man får gå på den, och antingen får man ja eller nej då, men att, det kräver ju någon form av planering, alltså en grundläggande planering, vad är det vi behöver för någonting, och hur kan vi lägga upp det så att vi kan få det? (Arbeterapeut)

Ja det kanske man måste ha under en längre period mer regelbundet, kanske nästan lite som handledning. Alltså då inte bara som ett utbildningstillfälle en halvdag eller heldag. Jag behöver nog på något sätt att det blir en del av vardagen, en halvtimme varje torsdag morgon. Som med handledningen och fredagsmötena att det finns en punkt eller en stund varannan vecka, alltså mer så, så att man hade fått in det. Vid bara ett tillfälle, det försvinner ganska snart igen när man känner att man inte håller det levande. (Biståndshandläggare)

Det kan således konstateras att lektorernas aktiviteter i Angered hade lett till positiv förändring för korttidsverksamheten när det gällde såväl den interprofessionella samverkan som ett ökat fokus på den enskilde äldres önskemål samt utvärdering av dennes mål. En ytterligare bekräftelse på det sistnämnda var lektorernas sammanställning och analys av alla genomförandeplaner som hade gjorts mellan mars och oktober 2014. Den visade att av totalt 53 genomförandeplaner hade 80 procent nått sina mål³⁰. Lektorerna påpekar dock i sin slutrapport (Berglund, Gustafsson

30. Sammantaget av de tre skattningsalternativen: 3 Målet är uppnått, 4 Mer än förväntat, 5 Mycket mer än förväntat. I genomsnitt hade personerna vistats i korttidsverksamheten i 45 dagar men variationen sträckte sig mellan 3 till 212 dagar.

& Sjöström, 2015) att resultatet måste tolkas med försiktighet på grund av ett stort bortfall (det fanns inte skattningar vid alla mål).

Strategier för implementering av evidensbaserad kunskap?

Men hur blev det då med området kring ”att utveckla strategier för implementering av evidensbaserad kunskap” så som det var formulerat i syftet för projektet? Klart var att de hälso- och sjukvårdsutbildade grupperna å ena sidan och biståndshandläggarna å andra sidan uttryckte olika uppfattningar om vilket behovet var inom detta område. Det verkade också avspelas i hur de bedömde innehållet i de utvecklingsdagar och övriga aktiviteter som genomfördes av lektorerna.

Biståndshandläggarna uppfattade inte riktigt att innehållet var riktat till dem. De menade att söka efter kunskap, det kunde de redan samtidigt som de söklänkar som presenterades inte var inom deras (sociala) område. De uppfattade sig inte heller behöva teoretiskt fördjupade kunskaper om evidensbaserad praktik. Därtill uppskattade inte flertalet biståndshandläggare det pedagogiska upplägget med rollspel:

Både och. Det sista, det här med att söka. Det kändes inte riktigt för oss. Vi kunde fått informationen men man kunde kortat ner den. Sedan är det väl det att vi känner hela tiden att det tar tid av oss. Det är intressant med utbildningar och det är bra men samtidigt så har vi vårt jobb att sköta, och det blir ju inte mindre bara för att vi går på utbildningen. Och det är ju jätteroligt men då när det inte är så man känner 100 procent för det, då känns det irriterande. Så det är därför jag menar att det är både och. (Biståndshandläggare)

Och sedan kanske det var lite mer mot hälsa som kanske inte berörde oss. Vi hade behövt något annat. Det handlade mer om hur de andra, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster och hur de skulle samarbeta. Det kanske berör oss också lite grann men inte lika mycket som dem. (Biståndshandläggare)

Kanske man skulle ha kartlagt förkunskapen bättre. För där med rollspelet kändes lite som jag var student igen, och det är inget ont att vara student, men det kändes inte riktigt som att nivån var där jag var. Och jag behöver inte rollspelet för att tänka på det sättet. Vi är ju lite olika, men jag känner att efter 25 år så vore det ju hemskt om jag inte kunde förstå vissa saker utan att jag spelade en roll. Så en kartläggning av vår förkunskap kanske hade underlättat för dem också. (Biståndshandläggare)

Sjuksköterskorna var av annan uppfattning. Som nämnts ovan var de positivt inställda till att lära mer om evidensbaserade metoder och teamarbete och menade att innehållet i utvecklingsdagarna, samt den riktade handledningen, hade varit bra. De beskrev också gruppövningarna med rollspel som extra roliga och lärorika:

Övningarna var väldigt bra. Vi låtsades att vi var patient och jobbiga anhöriga och så. Då märkte man hur mycket vi bestämmer över någon utifrån vad jag upplever och ser och inte de själva, vad hon eller han vill ha. Det märktes direkt och det var en väldigt rolig upplevelse. Jag tror att i vårt yrke vill man göra allting. (Sjuksköterska)

Arbets terapeuter och sjukgymnaster efterfrågade också mer kunskap om evidensbaserade metoder. Några av dem upplevde dock en frustration efter utvecklingsdagen som handlade om evidensbaserade metoder när de insåg hur svårt det var att hitta rätt. Men föreläsningstillfället, enbart riktat till dem kring evidensbaserade bedömningsinstrument, beskrev de som väldigt bra:

Sen blev vi nog mer förvirrade efter den här, söka evidensbaserat, det slog mig hur svårt det är att hitta någonting, för att...Vi hittade ju inte nåt av det vi tänkte att vi skulle hitta. Jag fick inga tips på vad jag skulle göra heller. Det är fortfarande svårt.

Jag upplevde det här tillfället likadant, att det är ingen idé att söka. Men andra tillfället med bedömningsinstrument tyckte jag var bra att överhuvudtaget ta upp det och prata om att det finns och att man kan använda dem, men det tycker jag, har jag saknat, att man tar det i team eller i grupp, och att de bedömningsinstrument, och att det kommer också utifrån, inte bara på våra rehab-möten, att vi försöker få till det.

Nej för att om vi ska få till det i vår grupp, då är det ju någon i gruppen som måste sätta sig in extra mycket i detta för att kunna på något sätt leda, så känner jag. Skönt att få någon utifrån som man känner kan det här, har jobbat med det här.

För undersköterskornas del var implementering av evidensbaserad kunskap en "icke-fråga". Liksom de övriga yrkesgrupperna efterfrågade de generellt mer kunskap men var inte skolade i att söka och betrakta kunskap utifrån olika grader av evidens eller skatta vetenskaplig kvalitet i olika studier. Utvecklingsdagen som handlade om evidensbaserad praktik och att söka kunskap riktades inte heller till dem i Angered.

Sammantaget kunde alltså lektorernas närvaro i Angered bidra till starten av ett positivt utvecklingsarbete. Vid avslutningsdagen i början av 2015 där projektet sammanfattades betonade dock enhetschefen för korttidsverksamheten att trots att projektet var över, var inte utvecklingsarbetet över. Snarare menade hon, skulle det nu vara så man arbetade i korttidsverksamheten:

Nu är det det nya arbetssättet. Alltså inte längre ett projekt.

Lundby

I Lundby kom innehållet i lektorernas aktiviteter att bli något annorlunda än i Angered eftersom de enbart skulle genomföras under en kortare period under våren 2015. Utöver några möten med enhetschefer och områdeschef, genomfördes två utvecklingsdagar som erbjöds till alla yrkesgrupper som arbetade med personer som vistades i korttidsverksamheten samt deras chefer. Den första delen handlade om teamarbete och målformulering och den andra delen handlade om evidensbaserad praktik (som beskrivits tidigare hölls båda delarna vid två tillfällen så att alla skulle ha möjlighet att närvara). En stor del av de båda utvecklingsdagarna fokuserades på att deltagarna tillsammans skulle reflektera och diskutera över innehållet som presenterades.

Den första utvecklingsdagen som handlade om teamarbete resulterade i att deltagarna hade listat en hel del såväl hinder som möjligheter som de uppfattade fanns för att de tillsammans skulle kunna utveckla sina teamträffar (som de kallade TPTM – förkortning av tvärprofessionellt teammöte). Hittills var det många som hade uppfattat att de inte fungerade tillräckligt väl. Enhetscheferna var dock efter utvecklingsdagarna väldigt positiva och menade att de utifrån diskussionerna och sammanställningen av hinder och möjligheter hade fått bra hjälp för att arbeta vidare med förbättringsarbete på detta område. Lektorernas utvärdering från den första utvecklingsdagen visade också att de flesta (91 procent) tyckte att utbildningens innehåll i hög eller mycket hög grad var relevant för deras arbete (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015). Områdeschefen för särskilda boenden beskrev det så här:

Så där har vi fått jättestor hjälp av att hitta vad det är vi behöver jobba med. Det har varit jättenyttigt med föreläsningarna och att teamet ihop har gjort det. För där ser jag verkligen jätteförändring i att komma vidare i korttidsprocessen, och att de har förbättrat sina TPTM. Så det gör mig jätteglad! Utan det här arbetet så tror jag inte att vi hade kommit lika långt så snabbt.

Den andra utvecklingsdagen som handlade om att förstå, söka och implementera evidensbaserad kunskap uppfattades dock inte lika relevant av alla deltagare. Enbart 52 procent svarade att utbildningens innehåll i hög eller mycket hög grad var relevant för deras arbete (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015). Till skillnad mot i Angered deltog även undersköterskorna i Lundby vid denna aktivitet vilket visade sig inte stämma särskilt väl med deras förkunskaper eller förväntningar. Några av dem uttryckte sig vid den samlade gruppdiskussionen enligt följande:

- Vi hinner ju aldrig gå in i databaser.
- Vi är ju glada om vi kan göra det vi ska göra.
- Det finns inte i vår värld.
- Det kan ju vara om man gör det hemma privat.
- Skall vi själva ta reda på allt?
- Det kan inte ligga på oss!
- Vi har däremot efterfrågat mer kunskapsutveckling.
- Vi hinner inte ens träffa arbetsterapeuter och sjukgymnaster – det är bara ekonomi!

Undersköterskorna beskrev att de i princip inte fick någon kompetensutveckling alls mer än det som de lärde sig av sjuksköterskorna i det dagliga arbetet och via delegering. Vid frågan till de högskoleutbildade grupperna om de uppdaterar sin kunskap kontinuerligt svarade de på samma sätt som i Angered att de gjorde det, främst genom egna verksamhetsmöten och genom att lära av varandra. Sjukgymnasterna berättade också att de ibland söker efter evidensbaserade metoder i vetenskapliga artiklar och att professions- och fackförbundets tidning ”Fysioterapi” är en bra källa till de senaste rönen.

Under diskussionspunkten kring hinder och möjligheter för att implementera evidensbaserad kunskap i den egna verksamheten, blev det också tydligt att det lektorerna beskrev inte stämde särskilt väl med rådande förutsättningar. Sammantaget fanns det enligt deltagarna varken resurser, struktur eller kultur för detta. En av biståndshandläggarna uttryckte det så här apropå att implementera evidensmodellen:

Det är inte alls så att vi kan göra det som är bäst – att använda vår kunskap – det skulle ta för lång tid...När du pratar om det här, det är mer en utopi.

Samverkan mellan Göteborgs Stad och Göteborgs universitet?

I de föregående avsnitten har det beskrivits hur lektorernas arbete motogs i de båda stadsdelarna. Det har konstaterats att aktiviteterna kunde bidra till en positiv förändring gällande den interprofessionella samverkan i Angered och verkade kunna leda till detsamma i Lundby. Men hur blev det med samverkan mellan staden och universitetet så som syftet också var för projektet? I detta avsnitt återges vad lektorerna och medlemmar från såväl styrgrupp som arbetsgrupp förväntade sig och hur det blev.

Samtliga intervjuade från styrgruppen beskrev att projektet kunde ses som ett naturligt steg i det sedan tidigare goda samarbetet mellan stadens

äldreomsorg och de tre institutionerna, framförallt kring utbildningsfrågor men även som ett resultat av flera interventionsstudier. Till exempel fanns upparbetade rutiner för studenters praktik ute i verksamheterna där ”huvudhandledare” hade fördjupade uppdrag att bland annat fungera som länkar till universitetet. På Institutionen för socialt arbete deltog även ibland socionomer från staden i undervisningen. De andra två institutionerna hade också sedan länge erfarenhet av att ha kombinations-tjänster där praktiker var anställda en viss del som lärare men än så länge hade det samarbetet enbart varit etablerat med landstingets hälso- och sjukvård. Representanten för Institutionen för vårdvetenskap beskrev det så här:

Jag tror också att det kan utveckla våra utbildningar för att de är ju traditionella och kanske av tradition kopplade till sjukvården så som sjukvården har varit, så om nu den sjukvården blir mer i kommunerna så kanske det också kan hjälpa till att utveckla utbildningarna mot att se utanför sjukhus. Den delen kan utvecklas, bli fördjupad. Så kan jag tänka. Även om vi har sådana kurser och så, så ja det tror jag det kan bli bättre.

Pilotprojektet som beskrivs i denna rapport sågs därför som ett medel för fortsatt och fördjupat samarbete mellan såväl staden och universitetet som mellan institutionerna där samtliga intervjuade pratade om det som ett win-win-förhållande:

Det är ju för att universitetet behöver oss och vi behöver universitetet med ny forskning, ta tillvara evidens. Hur vi kan göra det och komma vidare.

Alltså även när det gäller utbildning så har vi ju en samverkan med kommunen där vi försöker utveckla hur vi ska samverka med varandra. Och socionomerna är också jätteviktiga! Vi jobbar ju naturligt ihop ute i verksamheterna. Så det ligger ju liksom verkligen i tiden kan man tycka.

Ja, dels viktigt att ha relationerna, dels viktigt att intressera unga forskare för området som kan fortsätta att vara så att säga drivande lite härinne, vi behöver ju fler som kommer in inom äldreomsorg. Så att vårt egennyttan av det är ju de här delarna, sedan är ju vi jätteangelägna om att det här blir bra på fältet för där har vi ju många socionomer som jobbar i de här områdena, att det ska medföra en positiv samverkan mellan de här yrkesgrupperna, som jag tror kan göra äldreomsorgen bättre. [...] Det är jättebra att kunna ha lärare som är med i den här typen av projekt, som kan bli en brygga in, eller emellan oss på något sätt, men också de här två andra institutionerna då. Vi har ju en hel del med vårdvetenskap när det gäller just äldreforskningen och en del med funktionshinder. Så de är ju med rätt mycket, men neurofysiologi tror jag inte vi har haft lika mycket med.

Otydligheter, frustration och dilemman

Det fanns alltså sedan tidigare ett gott samarbete mellan stadens äldreomsorg och de tre institutionerna på universitetet. Men den form av samarbete som projektet syftade till var något nytt och hade inte tidigare prövats. Det skulle visa sig leda till en del frustration från de ingående parterna över att inte tillräckligt väl känna till varandras verksamheter, förutsättningar och förväntningar. Intentionsdokumentet där projektet beskrevs gav inte heller specifik vägledning om vad som skulle göras eller hur det skulle göras. Det kom därför inledningsvis att krävas en hel del tid och samtal för att komma fram till innehållet i projektet. Denna otydlighet och frustration återgavs av såväl lektorerna som av cheferna som var medlemmar i arbetsgruppen:

Alltså det var så väldigt generella beskrivningar och så väldigt luddigt. Och det kan jag väl fortfarande känna litegrann sådär att det är väldigt luddigt. Å ena sidan så kan jag förstå vitsen och se det som en utmaning och som något positivt, att det inte är färdigt och klart. Men samtidigt så kan jag också få en känsla av att, ja men det kan gå åt fel håll just därför att det inte är beskrivet vad de egentligen förväntar sig, mer än att det är väldigt luddigt och stora ord, men ingenting riktigt att ta på.

Jag tycker att det började kännas bra, som jag sa tidigare så tyckte jag det tog några gånger innan jag riktigt kunde koppla vad det egentligen handlade om. Men när vi sedan fick lite mer konkret benat ut ”de här delarna vill vi då att ni ska jobba med”, då kändes det helt plötsligt bättre för då blir det lite verkstad. [...] Men sedan så tycker jag väl i och för sig att det finns förbättringsområden där som i allt annat. Jag skulle vilja haft en ännu mer strukturerad och mer inventeringsform på vad det faktiskt är för problemområden eller förbättrings- eller frågeställningsområden. Jag tycker inte riktigt att det fanns tid att göra den kartläggningen eller vad man ska kalla det för. Utan det fanns ändå en tidspress att vi faktiskt snabbt måste komma på någonting, vad det är vi ska ha för frågeställning för att komma igång och jobba. Och där saknar jag att man hade haft lite mer tid kring det. Och det är klart hade man haft lite mer koll från början och en tydligare syn på vad detta faktiskt skulle vara, så hade man kanske kunnat jobba med frågan tidigare också. Nu blev det några möten när vi först fick känna litegrann på varandra. Vi är ju inte vana vid att jobba såhär heller så att nästa gång kanske.

Men sedan har det här rullat på lite vagt tycker jag. Det är inte tydligt så vad de skulle göra och inte varför och inte hur, och det jag fick veta från början var att det finns ett avtal mellan Göteborgs kommun och universitetet att samarbeta, så nu ska vi släppa in forskarna. Och det är ju jättetrevligt, allt som vi kan få utav dem, och vad vi kan ge tillbaka. Jag har uppfattat att det är en ömsesidig aktivitet det här. Men fortfarande vet jag inte riktigt faktiskt vad som ska ske. Inför nästa möte då som tydligen blir den 12:e februari, får vi väl diskutera lite mera vad det ska bli rent konkret då, så att det är ju en lång process. Och det kan-

ske är viktigt, det kanske behöver vara det för att det ska värka fram litegrann. Samtidigt kan ju inte vi sluta jobba på korttiden, eftersom vi redan, Christina fanns ju här i höstas också fast i en annan roll, men då har vi ju börjat göra massa saker och då kan vi ju inte stanna och vänta och se vad forskarna vill göra, utan nu jobbar vi på så får väl de haka in när de tycker.

Även det faktum att projektet benämndes på olika sätt av olika aktörer skulle kunna vara ett uttryck för otydligheten i projektet. I intentionsdokumentet var rubriken ”Projekt interprofessionell samverkan mellan Göteborgs Stad och Göteborgs universitet”. Lektorerna kallade ofta projektet ”kliniska lektorat” (särskilt inledningsvis) i mejlkorrespondens och annat arbetsmaterial medan ordföranden i arbetsgruppen kallade det ”kombinationstjänster”. På korttidsverksamheten i Angered var det ingen som använde något av dessa namn. Snarare verkade det som att det istället hade fått namnet ”GAS-projektet”:

–Hur många har varit delaktiga i aktiviteter med forskarna?

–Vi har haft två dagar med GAS-projektet, är det det du menar? (Undersköterska)

–Spontant, vad säger ni nu om att forskarna har varit här under hösten?

–Du menar GAS-projektet? En del är väldigt bra. (Sjuksköterska)

Alla vara således eniga om att otydligheten i projektet bidrog till svårigheter som innebar att inledningsfasen i projektet blev längre än vad alla hade trott. Men svårigheterna beskrevs också som att de ingående parterna kom från olika kulturer som inte i alla avseenden stämde överens. Två av lektorerna berättade till exempel:

När man tänker på sådana här generella saker, erfarenheter, så är det ju det här, hur lång tid allting tar, och jag har ju haft lite svårt med det här med att de inte svarar på mejl, alltså. Jag tycker att det är så jobbigt, varför ska det ta två veckor att få svar på ett mejl? Jag svarar på mina mejl på en dag, alltså, som längst! Jag fattar inte det, den här kulturen som är liksom att man inte svarar på mejl, på tider och förfrågningar och sådant där, det har jag tyckt varit jättesvårt, och svårigheten att få tider, svårigheten att liksom träffas och få möten, den här segheten som är överallt.

Då kände jag också, hur ska det gå när vi ska gå över till en annan stadsdel, till hösten, men samtidigt så blev min reflektion att tänk hur otroligt överbelastade de måste vara, när man inte, eller knappt får tid att gå på utbildningar, när man inte har tid att prioritera dem, alltså därför att jag tror att alla är ju intresserade av att utvecklas, de skulle ju tycka att det är skojigt att göra det, när man inte kan svara på mejlen

i tid. Alltså alla de här sakerna, är för mig bara ett tecken på vilken fruktansvärt ansträngd arbetsituation det måste vara.

Nej men alltså det är väl helt enkelt så att vi har lite olika takt ibland, praktikerna tänker på det ena sättet, vi tänker på det andra. Och innan man har kommunicerat och kanske har låtit det vila en stund och ta upp frågan igen, det är ju en process, också i tankarna. Så det är väl, det är väl rätt okej som det är.

På samma vis reflekterade cheferna från arbetsgruppen. En av dem beskrev det på följande sätt:

Alltså att vi kommer från så olika kulturer, att det blir kulturkrockar, både det här med tiden men även vad det innebär att komma till kommunen, man kan inte bara gå in på en avdelning som de gör på sjukhuset och forska på någon eller undersöka något fenomen, för du äger arbetsplatsen på ett helt annat sätt som forskare på SU kan jag tänka mig [...] och det blev väldigt spännande att se, att våra chefer liksom ”nej men stopp, stopp, jag måste förankra detta först och ni får vänta”, processerna går lite långsammare på något sätt, alltså det är viktigt med förankring både hos medarbetarna som står brukarna närmast men också brukarna ska ha möjlighet, ”nu pågår det här”, och det är väl också tänker jag att är man patient på ett sjukhus så vet man att det här är ett universitetssjukhus och här bedrivs forskning, så det är inte så konstigt om någon kommer in och ställer mig frågor. Men om jag bor på ett äldreboende eller på en korttidsplats, då förväntar jag mig inte heller att det ska finnas någon forskare som kommer. Och då måste ju den enskilda ha möjlighet att ta ställning till det, om jag vill vara med på detta. Och även medarbetarna är ju ovana vid att det kommer aktörer utifrån så, så de behöver ju också, ja så de inte tror att de ska bli granskade eller det är något konstigt eller de vet vad som gäller och, med sekretess och allting sådant. Så det är ju en ovana från vår sida men också en ovana från lektorernas sida, att, ja hur funkar det i kommunen? Och det var lite spännande att se.

Ordförande i arbetsgruppen menade att en del av frustrationen och otydligheten antagligen hade kunnat bli avhjälpt genom att en bestämd person hade haft ansvar för att vara kontaktperson och hålla i taktpinnen (i slutet av projektet kom kvalitetsutvecklaren i Angered att bli den som lektorerna vände sig till och kommunicerade mest med, i Lundby blev det områdeschefen för särskilda boenden):

Sen är det klart att just i den här processen så tror jag vi hade varit kloka om vi hade haft en projektledare eller liknande som, på viss procent var utsedd över staden, för att nu har det hamnat ganska mycket på mig och jag känner att det utrymme har jag egentligen inte, och det blir inte bra. Och där tror jag är lite utav frustrationen, att man inte vet vart man ska vända sig och vem som håller i det egentligen. [...] Det tror jag vi kommer se när vi utvärderar att det hade varit mer framgångsrikt

att haft någon form utav projektledare eller samordnare från staden som hade kunnat hålla ihop det och hållit anteckningarna och kallat till möten och följt processen mer lokalt, som höll i takt pinnen mycket tydligare. [...] Jag tror att vi hade kommit vidare mycket snabbare och mycket tydligare om vi hade mött upp på ett annat sätt.

Det uppstod även andra dilemman under processen som lektorerna inte hade räknat med. Till exempel visade det sig att verksamheternas dokumentation enligt socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) inte var kompatibla och utfördes i olika system. Dessutom skulle all dokumentation, även genomförandeplanerna, i Angered digitaliseras från och med våren 2015. I Lundby var det redan genomfört. Eftersom lektorernas huvudförslag till projektet var att alla yrkesgrupper skulle dokumentera den enskildes mål i ett och samma dokument, insåg de efter en tid att förslaget som helhet skulle ha svårt att överleva långsiktigt. I slutet av projektet blev de också varse att en metodik som enligt deras uppfattning liknade GAS (COPM) skulle komma att finnas som en del i Senior alert, vilket troligen skulle medföra att den ena metodiken behövde väljas bort. Därtill blev lektorerna under projektet uppmärksammade på att det fanns många parallella system och aktiviteter som pågick såväl nationellt som lokalt, samtidigt med deras eget arbete i stadsdelarna. De menade att det var försvårande eftersom det både krävde en större förkunskap hos dem själva och hindrade genomförandet av deras förslag genom att många samtidigt pågående processer behövde de verksammas uppmärksamhet. En av lektorerna uttryckte det så här:

Hur skall man veta vilka olika utvecklingsarbeten som pågår nationellt? Det är en svårighet att inte ha full koll när man föreslår metoder och instrument!

Ett ytterligare dilemma som blev tydligt för lektorerna under projektarbetet var skillnaden mellan olika yrkesgruppers kunskaper och förutsättningar när det gällde evidensbaserad. Som beskrivits tidigare hade inte undersköterskorna någon kunskap alls och förväntades inte heller ta aktivt ansvar för det i det dagliga arbetet. Det ledde bland annat till att de i Lundby fick en delvis missriktad föreläsning i ämnet. Därtill kom det faktum att det inte inom äldreomsorgens del av socialt arbete finns några evidensbaserade metoder att bli synligt. Eftersom lektorerna hade gjort fördelningen att främst arbeta gentemot "sina" yrkesgrupper blev detta dilemma extra aktualiserat för lektorn från Institutionen för socialt arbete. Hon berättade om det på följande sätt:

Men alltså när jag tänker på evidensbaserat arbete. Om jag tar mitt specifika socionomperspektiv, så tycker jag att själva projektet har inneburi-

rit lite knepigheter när det gäller evidensbaserat perspektiv. För tanken var ju att man skulle utgå ifrån och presentera för dem evidensbaserade metoder, och de finns ju inte i socialt arbete. Utan det var ju mer att jag tänkte okej, man får presentera någon metod i socialt arbete som de själva kan evidensbasera för sin verksamhet. Men...Tiden för att göra det finns ju inte heller egentligen. Alltså, det skulle ju behövas en person som går igenom och tittar: Hur har det blivit? Hur har det blivit med korttidsboendet eller med mottagningsenheten som blev nedlagd? Vilka ärenden tilldelar vi dem och hur var effekten av det? Och den tiden har de ju inte heller att göra det. Och, det var ju också väldigt tydligt uttalat från början, det här får inte ta tid. Och, göra någonting med, alltså med just biståndsbedömare, och evidensbaserat arbete som inte tar tid när det först behöver utvecklas, när det inte finns, det är liksom en tanke som inte går ihop.

Där har jag också upplevt en svårighet med själva projektet, där jag ett tag funderade på att, ja men, vad ska min roll i projektet vara då, när vi inte har evidensbaserade verktyg, när det inte finns tid att utveckla dem ens, alltså varför ska jag som socialarbetare, vad är min roll i det här, och det var lite sådär, ja, jag behövde lite tid att hitta det.

I detta avseende blev det också tydligt att lektorerna representerade olika institutioner med delvis olika som man kallar det inom akademien, kunskapssyner (epistemologi)³¹ där olika vetenskapsteorier³² används som grund för att studera något. Hittills verkar det vara så att de studier och de metoder som används inom de medicinska disciplinerna nästan enbart betraktas som välgjorda om de har innefattat ett stort antal av det som studeras (till exempel människor som får testa en ny medicin – helst skall också urvalet av människorna vara slumpmässigt), att det finns ”kontrollgrupper” (samma antal likadana människor studeras på samma sätt utan att de får testa medicinen), att studien är så kontrollerad att det går att genomföra den på exakt samma sätt vid ett annat tillfälle, att det går att ”mäta” resultatet, det vill säga att det går att värdera med en siffra (x procent människor blev friska). Det var också detta som var utgångspunkten i idén om evidensbaserad medicin, där vården tänktes förbättras om allt som utfördes baserades på forskning som utförts med sådana kontrollerade metoder³³. Inom socialt arbete har det istället varit vanligt att arbeta med andra vetenskapliga metoder där resultaten oftare återges som människors upplevelser och uppfattningar snarare än i siffror (till exempel så som utvärderingen i denna rapport har genomförts

31. Alla representanter för institutionerna beskrev att de arbetade med såväl kvantitativa som kvalitativa metoder. Men vid en jämförelse dem emellan verkade det vara så att Institutionen för socialt arbete skilde sig mest från de två övriga i detta avseende.

32. Till exempel "positivism", "hermeneutik", "kritisk teori" och "socialkonstruktivism".

33. De kallas då "randomiserade kontrollerade studier" eller på engelska "randomized controlled trial" (RCT). Systematiska överskikter där man jämför resultat av flera sådana här RCT-studier anses av förespråkarna ha allra starkast evidens (Nilsen, 2014 d).

och presenteras). Utgångspunkterna är här att även mindre studier kan ge viktig kunskap om enskilda individer i specifika miljöer, att det inte går att mäta allt – särskilt inte människors sociala sammanhang och att det där inte heller går att kontrollera och fånga alla variabler. Därmed är det inte säkert att det är möjligt att genomföra en exakt liknande studie en gång till och att generalisera resultaten till att kunna gälla för alla. Många gånger betraktas det också som omöjligt (oetiskt) att genomföra studierna med kontrollgrupper. Det kan därmed antas vara skälet till att det inte finns några evidensbaserade metoder inom äldreomsorgens del av socialt arbete. Denna skillnad i kunskapssyner uppfattades alltså särskilt tydligt för lektorn från Institutionen för socialt arbete. Så här diskuterar hon med de två övriga lektorerna:

Ja, men jag har reflekterat över det i början om vår arbetsfördelning och våra roller, hur jag ska tillföra någonting i den gruppen och hur vi pratade i början. Jag har hört er prata väldigt mycket om det där med evidensbaserat arbete, och det var ju vårt uppdrag, samtidigt som jag egentligen inte hade sådana där verktyg, och det gjorde ju för mig att jag var ju på något sätt tvungen att gå in i en... förklaringsroll, alltså hela tiden, ”ja men, vi har det lite annorlunda”, och det gör ju också, alltså när jag upplever att jag måste förklara för er, för ni tänker utifrån ett sjukvårdsperspektiv medan jag tänker från ett socialt-arbetsperspektiv, då bidrog ju jag också till den där uppdelningen på något sätt, samtidigt som jag kände att om jag inte berättar för er så vet ni ju inte.

Generellt verkade såväl lektorerna som ordföranden för arbetsgruppen ha förväntat sig ha åstadkommit mer eller att verksamheterna skulle ha kommit längre. Men efterhand som projektet pågick och förutsättningarna blev tydligare för alla, korrigerades dessa förväntningar. Det handlade om att hitta nivån och balansen i vad som kunde vara möjligt. Ordföranden för arbetsgruppen berättade om det så här:

Först blev jag såhär ”men gud har de inte hittat någonting annat? Det där vet vi ju”, men så tänkte jag ”ja, men vi vet det men vi har banne mig inte gjort någonting åt det”. Hur kommer det sig? Och det tror jag är ganska vanligt i kommunen, att vi vet våra brister men vi har inte, vi vet dem i bakhuvudet men vi har inte skrivit ner det och vi har inte systematiserat det och vi har inte gjort någon handlingsplan och vi har inte omvärldsbevakat vad man kan göra eller hur man kan se det på ett annat sätt eller hur man kan konkretisera det. Så den här irritationen eller frustrationen för mig att ”har ni inte sett någonting annat mer spännande?” det byttes ju till någonting ”gud vad bra att de ser det vi egentligen vet”. Och att man kan titta på det ur andra aspekter.

På samma vis diskuterade en av lektorerna. Hon var dock orolig att detta glapp mellan förväntningar och faktiska möjligheter kunde ha bidragit till mer oro snarare än nytta för de verksamma:

Vi kunde väl så här i efterhand säga att, ambitionsnivån var väl kanske lite för hög där, jag vet inte, att man kanske trodde att man skulle nå längre, att man kanske skulle få dem själva att börja söka lite, eller prova någon gång eller sådär, men att det kanske var att ha för hög ambitionsnivå. Det som vi har uppnått tror jag väl kanske ändå, det är väl att man har blivit medveten om det, och att man kliar lite på det dåliga samvetet kanske, men det gör ju ingen glad att man får dåligt samvete, egentligen, så att jag tror att det kanske var jobbigt på så sätt att det liksom kliar på ett dåligt samvete som man inser att det här kommer inte vi kunna klara av, och så känner man att, ”jag är inte bra på mitt jobb”, så att alltså, där kan jag bli lite nervös liksom, att vi mer har gjort att de mår dåligt än att det har blivit någonting bra.

Framtida samarbetslösningar?

Vid slutet av projektet var alla eniga om att projektet hade varit ett bra försök som hade gett många lärdomar. Att anställa lektorer i kommunen i form av kombinationstjänster kunde absolut vara en form för framtiden, menade de. Dock, konstaterade de att i framtiden borde det föregås av en mer detaljerad ”beställning”. Ordföranden för arbetsgruppen beskrev det så här:

Alltså jag tror att vi måste ha olika lösningar. Jag tror inte att vi kommer att säga ”det här är the one and only” utan vi måste hitta flera sätt. Och jag tror att kliniska lektorer eller kombinationstjänster är en variant. Men att uppdraget måste vara mycket mer tydligare från början. För nu har väldigt mycket tid gått åt till att sondera terräng, och det behövs vi kanske i det här men i en framtid så skulle jag absolut kunna tänka mig att ha en klinisk lektor och säga ”ja, jag vill ha dig till det här”, litegrann mer som primärvården jobbar med sina, att ”ja nu vill vi ha tjugo procent som tittar på upplevd kvalitet ifrån patienterna” till exempel och så göra den undersökningen eller kvalitetssäkringen kring den frågan då.

Lektorerna betonade också att det för dem hade varit berikande att samarbeta med kollegor från andra institutioner och att det i sin tur hade gett ett mervärde till projektet som helhet. Men samtidigt menade de att det var viktigt att räkna med att det även tog lite mer tid att samordna arbetet än om en person skulle utföra det själv. Därtill sammanfattar de i sin slutrapport (Berglund, Gustafsson & Sjöström, 2015, s. 14) att det vid planering av liknande projekt borde tas hänsyn till att en del arbete också ”innefattar förberedelser såsom inläsning, utarbetandet av utbildningsmaterial samt utvärderingar och rapportskrivning”. Dessutom underströk de att det tidsperspektiv som väljs för ett projekt avgör vilka möjligheter det finns att arbeta processinriktat.

Ett ytterligare område som lektorerna föreslog att man skulle arbeta vidare med var att förbättra samarbetet kring studentuppsatser. Det kun-

de till exempel vara att utse en bestämd kontaktperson att kommunicera med. Som det hittills hade varit hade man inte vetat vem man skulle kontakta. Det behövde dock inte bara handla om uppsatser. Det skulle kunna vara utsedda kontaktpersoner, såväl på universitetet som i kommunen, att kunna kommunicera med om även andra frågor. Två av lektorerna kommenterade det enligt följande:

Samarbete med universitetet kan jag också se att där finns det ju inte heller särskilt mycket. Och jag skulle kunna tänka mig att C-uppsatser och D-uppsatser skulle kunna användas i mycket, mycket större utsträckning än vad det görs idag för att utveckla och för att få saker belysta som de i praktiken vill få belyst. Så där skulle man säkert kunna öka samarbetet betydligt.

Jag tror att det är väldigt viktigt att det finns någon på de här arbetsplatserna, inom varje yrkeskategori, som har tid avsatt till lite mer extra arbetsuppgifter alltså, om man nu kallar det för specialist eller samordnare eller vad man nu kallar det för. Det måste finnas någon som man från universitetets sida kan vända sig till och som från verksamhetens sida kan vända sig till universiteten. Någon som man har kontakt med helt enkelt för en dialog. Kring massor med olika frågor, och att den personen då har tid avsatt till att jobba med detta sanktionerat.

När det gällde samarbetet mellan staden och universitetet menade även en av cheferna i arbetsgruppen att det vore av värde att utbildningen oftare uppdaterades utifrån praktikens aktuella behov. Det kunde till exempel göras genom att universitetet oftare bjöd in de yrkesverksamma till olika former av kunskapsutbyte, som att genomföra föreläsningar eller medverka vid kursutveckling. Detta kunde i sin tur göra studenter mer intresserade av att arbeta inom äldreomsorgen:

Jag tycker det är viktigt att samarbeta med universitetet men där tänker jag mig då att det också ska påverka utbildningar. Jag tänker att man, om man från universitetsvärlden får en mer aktuell verklighetsbild och också kan ta med sig vad man har för behov ute i verksamheterna i utbildningen, för det tycker inte jag alltid går hand i hand. Man har ibland inte varit ute i verkligheten på ett tag och då finns det ju vissa kunskapsområden som vi har behov av nu som man inte har med, för man är inte medveten om det. Där känner jag att det skulle kunna finnas lite att jobba med också. Och även för oss, och marknadsföra oss via, tänker jag, för vi behöver ju marknadsföra oss inför framtida behov och att folk vill söka sig till äldreomsorgen. Vi har ju ibland personer som kommer i utbildningen och föreläser om sitt yrke, exempelvis. Så att lite så har vi, men inte jättemycket, men det är vi ju villiga att utöka i sådana fall, absolut. För det är ju jättepositivt om man kan komma och prata, så att man får en riktig bild, för där finns ju också föreställningar vad de olika yrkena innehåller som kanske inte alltid stämmer med verkligheten.

Således

För att sammanfatta. Projektet kunde, enligt de intervjuade, ses som ett naturligt steg i det sedan tidigare goda samarbetet mellan stadens äldreomsorg och de tre institutionerna. Men den form av samarbete som projektet syftade till – att utveckla strategier för implementering av evidensbaserad kunskap och leda till ett stärkt kunskapsutbyte mellan samverkande professioner samt mellan Göteborgs universitet och verksamheterna – var något nytt och hade inte tidigare prövats.

Lektorernas arbete uppfattades som värdefullt. Det visade sig kunna starta en positiv förändring och leda till ett fortsatt och fördjupat samarbete som gav många lärdomar för alla som deltog i projektet. Men projektet förde även med sig en del svårigheter som verkade bero på otydligheter i förväntningar och okunskap om varandras kulturer. Det stod också klart att alla grupper hade dåliga förutsättningar för kunskapsutveckling och det fanns ingen struktur uppbyggd för att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik. Särskilt undersköterskorna stod dåligt rustade. Därtill blev det tydligt under projektet att det inte finns några evidensbaserade metoder inom äldreomsorgens del av socialt arbete. ●

Hur kan evidensbaserad kunskap implementeras i äldreomsorg?

Den här rapporten handlar om hur implementering av evidensbaserad kunskap i samarbete mellan olika professioner kan gå till inom äldreomsorg. Med utgångspunkt i kunskapsområdena evidensbaserad praktik, implementering och samverkan har ett pilotprojekt som genomfördes i stadsdelarna Angered och Lundby inom Göteborgs Stads äldreomsorg beskrivits och analyserats. Tanken med projektet var att lektorer från Göteborgs universitet tillsammans med äldreomsorgens professioner skulle utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap med målet att stärka kunskapsutbytet mellan de ingående professionerna och verksamheterna. Inledningsvis i rapporten konstaterades att det verkar som att forskning kring implementering av evidensbaserad kunskap specifikt inom äldreomsorg är sällsynt. Ett syfte med rapporten är därför att bidra med ytterligare kunskap genom att diskutera de olika kunskapsområdena i förhållande till svensk äldreomsorg generellt och pilotprojektet specifikt.

I detta avslutande kapitel är det dags att knyta ihop säcken. Hur gick det då med projektet? Hur kan implementering av evidensbaserad kunskap i äldreomsorg förstås utifrån det? Frågorna kommer att besvaras genom att först göra en kort resumé över hur projektet genomfördes och hur det blev. Därpå sammanfattas äldreomsorgens särdrag, vilket följs av en diskussion av resultaten från projektet utifrån de tre kunskapsområdena: evidensbaserad kunskap, implementering och samverkan.

Under det drygt ett och ett halvt år som projektet genomfördes närvarade de tre lektorerna cirka ett år i Angered och ett halvår i Lundby. Innehållet i aktiviteterna som genomfördes handlade dock i båda stadsdelarna om tvärprofessionellt teamarbete och målformulering samt evidensbaserad praktik. Lektorernas arbete mottogs väl. Det bidrog till en positiv förändring gällande den interprofessionella samverkan, det vill säga teamarbetet, i Angered och verkade kunna leda till detsamma i Lundby. Det ledde också till ett fortsatt och fördjupat samarbete mellan såväl staden och universitetet som mellan institutionerna. Vid slutet av projektet var alla eniga om att projektet hade varit ett bra försök som hade gett många

lärdomar. Att anställa lektorer i kommunen i form av kombinationstjänster uppfattades absolut vara en form för framtiden.

Men projektet förde även med sig en del frustration och gav upphov till flera dilemman. De ingående parterna kände inte inledningsvis så väl till varandras verksamheter, förutsättningar och förväntningar. Det visade sig att de kom från olika kulturer som inte i alla avseenden stämde överens. Intensionsdokumentet där projektet beskrevs gav inte heller specifik vägledning om vad som skulle göras eller hur det skulle göras. Det kom därför att kräva en hel del tid och samtal för att komma fram till innehållet i projektet och inledningsfasen blev längre än vad alla hade trott. Det framkom även under projektet att olika yrkesgrupper hade olika kunskaper och förutsättningar när det gällde evidensbaserad praktik. För undersköterskorna var det till och med en "icke-fråga". Generellt kunde det konstateras att alla grupper hade dåliga förutsättningar för kunskapsutveckling och det fanns ingen struktur uppbyggd för att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik. De yrkesgrupper som arbetade inom hälso- och sjukvårdsdelen av äldreomsorgen, det vill säga sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor efterfrågade mer kunskap om och utveckling inom området. Biståndshandläggarna önskade istället mer kunskap om juridiska och sociala frågor. Därtill blev det tydligt under projektet att det inte inom äldreomsorgens del av socialt arbete finns några evidensbaserade metoder.

Äldreomsorgens specifika förutsättningar

Vad betyder då resultatet från projektet i förhållande till övrig kunskap som presenterats och diskuterats i rapporten? Till exempel har det konstaterats att äldreomsorgen i Sverige skiljer sig från övrig socialtjänst när det gäller vilka personalkategorier som utgör de största grupperna. Inom individ- och familjeomsorgen är den största andelen socialsekreterare medan det inom äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden som är flest. De övriga personalgrupperna inom äldreomsorgen – sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biståndshandläggare – står således för en mycket mindre andel vardera. Denna förutsättning, att de flesta som arbetar inom äldreomsorg inte har någon högskoleutbildning torde vara en viktig aspekt att ta hänsyn till vid intentioner om att implementera evidensbaserad kunskap. Samtidigt kan det också noteras att undersköterskor och vårdbiträden utför såväl sociala insatser som hälso- och sjukvårdsinsatser på delegation och ordination från legitimerad personal, vilket även det är en skillnad mot övrig socialtjänst. De behöver således kompetensutveckling inom båda områdena. Därtill finns det dock en hel del andra skillnader mellan (den icke-kommunala) hälso- och sjukvården

och socialtjänsten vilket också pekar på andra förutsättningar att implementera evidensbaserad kunskap. Den mest avgörande är förstås att det finns ”liten tillgång till relevanta och välgjorda studier” i socialtjänst i motsats till hälso- och sjukvård. Det kan också konstateras att för den sociala delen inom äldreomsorgen saknas evidensbaserade metoder helt (se till exempel kunskapsguiden.se). Däremot finns mycket vetenskaplig kunskap om äldres sjukdomar och hälsa, som alltså skulle kunna användas som stöd för att utveckla en evidensbaserad praktik inom hälso- och sjukvårdsdelen. Det är till exempel sådan kunskap som kvalitetsregistret Senior alert är baserat på.

Evidensbaserad kunskap

Det står klart att de specifika förutsättningarna inom äldreomsorgen även påverkade projektets genomförande. Den nationella tanken med kunskapsstyrning, att den evidensbaserade kunskapen skall styra verksamheterna, hade inte ännu lett fram till att arbetet strukturerades annorlunda. Svårigheter var förknippade med samtliga kunskapskällor i evidensmodellen – att den professionella vid beslut om insatser ska väga samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes erfarenheter och önskemål samt situation och kontextuella omständigheter. När det gäller den professionella expertisen handlar den både om att professionellas kunskaper systematiseras och dokumenteras och att professionella tar del av denna dokumentation och annan bästa tillgängliga kunskap. I de båda stadsdelarna pågick (utöver den lagstadgade dokumentationen) inte särskilt mycket arbete för att systematisera kunskap. Inte heller fanns det rutiner för hur de professionella skulle ta del av en sådan kunskap eller få tillgång till annan ”bästa” kunskap. De högskoleutbildade grupperna hade dock kontinuerliga möten inom den egna professionen där de i viss mån delade med sig av erfarenheter och nya kunskaper. De sökte också ibland själva efter ny information. Dock beskrev alla att det fanns liten tid för detta och de efterfrågade mer och bättre stöd. Frågan är därför hur det egentligen är tänkt att gå till? Är det varje enskild professionell som i varje möte med den enskilde äldre skall väga samman kunskapskällorna? Eftersom förutsättningarna är annorlunda inom äldreomsorg i förhållande till icke-kommunal hälso- och sjukvård verkar snarare en befogad fråga vara om det inte är dags att skapa en evidensmodell som bättre passar för äldreomsorg? Inte minst för att nästan 90 procent av personalen inte har högskoleutbildning och därmed inte är skolade i att söka och värdera vetenskaplig kvalitet.

Lektorerna hade således inte en helt enkel uppgift när de bland annat förväntades att ”utveckla strategier för att implementera evidensbaserad

kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet”. Försöket som gjordes i Angered, där de olika yrkesgrupperna som representerade såväl hälso- och sjukvårdsdelen som den sociala delen av äldreomsorgen, samlades i team för att gemensamt formulera och följa upp mål utifrån den enskildes behov och önskemål, verkade dock kunna vara ett arbetssätt som passar bra med idén om evidensbaserad praktik. I detta forum gavs möjligheter för de olika kunskapskällorna att mötas. Nästa steg skulle då vara att bygga upp rutiner för att säkerställa att förslagen som formuleras också baseras på bästa tillgängliga kunskap. Men för att det skall bli möjligt måste det först bli tydligare vem som skall ansvara för att kunskapen i form av beprövad erfarenhet och vetenskapliga studier sammanställs, kritiskt granskas och sprids och hur det skall gå till (jämför Denvall & Johansson, 2012). Enligt Statskontoret (2014) är steget fortfarande långt till en mer systematiserad kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Det tycks då märkligt om det skulle förväntas av lokala verksamheter att ha kommit längre eller utträttat mer. Som påpekas i den nu aktuella överenskommelsen (för 2015) mellan regeringen och SKL krävs det ”ett samspel mellan den nationella, regionala och lokala nivån” för att uppnå en evidensbaserad praktik (s. 3). För att den lokala nivån skall kunna agera i detta samspel borde det vara dags att mer i detalj beskriva hur det skall gå till inom äldreomsorgen.

Implementering

Kunskap från såväl klassisk implementeringsforskning som senare studier från den nyare implementeringsvetenskapen, visar sammantaget att idéer måste anpassas till förutsättningarna i den verksamhet de är tänkta att spridas till. Därtill behöver människor såväl förstå idén som vilja och kunna använda den. Det finns således anledning att anta att för att idén om evidensbaserad praktik skall kunna implementeras inom äldreomsorg, behöver den anpassas till förutsättningarna där och de som arbetar där behöver få mer kunskap om idén. Lektorerna kunde i projektet fungera som ett stöd i det arbetet. Dels handlade det om att öva på att söka evidensbaserade metoder och visa vad som fanns och vad som inte fanns och dels handlade det om att föreslå arbetssätt (teamarbete) som kunde göra det genomförbart. Men möjligheterna för lektorerna att driva ett förändringsarbete var begränsade. Tiden för projektet satte ramarna och lektorernas respektive andel av tjänst var inte så stor. Efterhand kom kvalitetsutvecklaren i Angered att fungera som länken mellan lektorerna och verksamheten, vilket visade sig ge ytterligare stöd i utvecklingsarbetet. Alla var överens om att utan henne hade man inte kommit lika långt.

Samverkan

Utöver att utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap, skulle projektet leda till att stärka kunskapsutbytet mellan samverkande professioner samt mellan Göteborgs universitet och verksamheterna. Som framgått tidigare i rapporten råder det ingen total enighet inom samverkansforskningen om hur olika begrepp skall förstås. I denna rapport valdes samarbete som det överordnade begreppet där sedan olika grader av integration har fått andra benämningar (se figur 3). Vid en jämförelse mellan de olika samarbetsformerna och projektet, verkar formen som kallas ”konsultation” stämma bäst överens. I detta fall handlade det ju om att en organisation (kommunens äldreomsorg) använder en annan organisations (universitetets) experter med en specifik kompetens men där konsulten inte har *ansvar* för problemen och uppgifterna. På så vis kan lektorernas arbete betraktas som en länk i ett kunskapsflöde mellan organisationerna där universitetets uppgift är att sprida forskningsresultat så att de kommer till nytta och där verksamheten efterfrågar bästa tillgängliga kunskap. I högskolelagen används begreppet samverkan för detta och det är också, som tidigare beskrivits i rapporten, det begrepp som generellt används i dagligt tal för att beskriva en intention att göra något tillsammans. Det var också det begrepp som användes i syftesbeskrivningen för projektet. Det viktiga är självklart inte vilket begrepp som används. Men vid intentioner till samarbete kan det vara av värde att klargöra rollfördelning och ansvar. När det till exempel gäller äldre personers risk att ”hamna mellan stolarna” verkar samarbetsformen ”samverkan” vara den som bör eftersträvas, det vill säga att man i en organisation när det gäller den enskilde äldre väger in den andra organisationens utgångspunkter och åtgärder eller att båda organisationerna har ett gemensamt åtagande inom den enas eller andras *ansvarsområde*. Det är således en skillnad mot den typ av samarbete som projektet eftersträvade. Åtminstone när det gällde mellan universitetet och kommunen och mellan institutionerna. Det ökade samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna i verksamheterna liknade mer formen ”samverkan” men inom organisationer brukar då begreppet teamarbete användas.

Projektet uppfattades av alla som ett bra försök som hade lett till ett fortsatt och fördjupat samarbete där kombinationstjänster var en form att arbeta vidare med i fortsättningen. Men alla var också överens om att det var viktigt att syftet blev tydligare, det vill säga vad en sådan tjänst skulle innehålla och vad en lektor skulle inneha för kunskaper. Det förefaller viktigt att påpeka att det är skillnad på såväl institutioner som forskare i vilken kunskap som kan ”erbjudas”. I projektet samarbetade tre institutioner med kommunen. Att det var just dessa tre institutioner

föreföll bero på att det redan fanns ett bra samarbete uppbyggt. Men vid behov av olika former av kunskapsstöd, skulle även andra institutioner och kunskapsinriktningar kunna vara aktuella. Forskning särskilt om implementering, förändring, lärande, styrning, ledning och personalfrågor (HR) genomförs till exempel på Sociologiska institutionen, Företagsekonomiska institutionen, Förvaltningshögskolan, Statsvetenskapliga institutionen och Institutionen för pedagogik. På Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori vid Göteborgs universitet erbjuds även en masterutbildning i evidensbaserad. Därtill finns det regionala och kommunala FoU-enheter över hela landet som har i uppdrag att stärka utvecklingen mot en kunskapsbaserad socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård. ●

Bilagor

1. Sökträffar gällande "Implementering av evidensbaserad praktik i äldreomsorg".

2015-03-21 Sökfras	Google	PubMed	Web of Science	Campell Collaboration	Kunskaps-guiden	Social-styrelsen	Libris	Scopus	SAGE journals	SwePub
"implementing evidence-based practice in elderly care"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"implementing evidence based practice in healthcare"	6820	1230	0	0	0	0	0	0	1	0
"implementing evidence based practice in care for older people"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"implementing evidence based practice in care for elderly"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"implementing evidence-based methods in elderly care"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"implementering av evidensbaserade metoder i socialt arbete"	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
"implementering av evidensbaserade metoder i äldreomsorg"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"implementering av evidensbaserad praktik i äldreomsorg"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbete"	220	0	0	0	1	0	0	0	0	1
"research use in elderly care"	611 (alla träffar relaterar till 2 artiklar med Boström m fl)	0	1	0	0	0	0	1 Relaterar till Boström m fl	1	2 Relaterar till Boström m fl
"research use in social work"	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0

2. Intervjufrågor

Förutsättningar för att implementera evidensbaserad kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet inom den specifika kontext som äldreomsorg utgör.

- Spontant om projektet?
- Förväntningar om ”effekter”?
- Utmaningar?
- Syn på evidensbaserad praktik?
- Uppfattning om förutsättningar? Försvårar?/underlättar?
- Uppfattning om kombinationstjänster?
- Andra sätt att arbeta enligt EBP i praktiken?
- Långsiktigheten?

Möjligheter att samverka och stärka kunskapsutbytet mellan samverkande professioner samt mellan GU och verksamheterna.

- Uppfattning om samverkan?
- Utmaningar?
- Uppfattning om förutsättningar? Försvårar?/underlättar?
- Långsiktigheten?
- Egna frågor eller synpunkter?

Referenser

- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*, 16 (3): 586–612.
- Abrahamson Lofström, C. (2014). "Knowledge management in elderly care", i Örtenblad, A. (red.), *Handbook of research on the knowledge management: Adaptation and context*, Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*, Lund: Studentlitteratur.
- Berggren, B. (1982). *Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning och konkurrens om makt och ansvar*, Spri-rapport 121:107.
- Berglund, H., Gustafsson, S. & Sjöström, M. (2015). *Slutrapport: Projekt interprofessionell samverkan mellan Göteborgs Stad och Göteborgs universitet*. Göteborgs Stad och Göteborgs universitet.
- Bohlin, I. (2011). "Evidensbaserat beslutsfattande i ett vetenskapsbaserat samhälle. Om Evidensrörelsens ursprung, utbredning och gränser", i Bohlin, I. & Sager, M. (red.), *Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken*, Lund: Arkiv förlag, s. 31–68.
- Bohlin, I. (2014). "Evidensrörelsens ursprung", i Nilsen, Per (red.), *Implementering av evidensbaserad praktik*, Malmö: Gleerups, s. 23–39.
- Broomé, P. & Jonsson, P. (1994). *Äldreomsorgen i Sverige. Historia och framtid i ett befolkningsekonomiskt perspektiv*, Stockholm: SNS Förlag.
- Brunsson, N. (1990). "Reformer som rutin" i Brunsson, N. & Olsen, J. P. (red.) *Makten att reformera*, Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.) (1996). *Translating Organizational Change*, Berlin and New York: Walter de Gruyter.
- Denvall, V. & Johansson, K. (2012). "Kejsarens nya kläder – implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbetet", *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr. 1, s. 26–45.
- Dir. (2007:91). *Nya former för stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten*, Socialdepartementet.

- Drugge, C. (2003). *Omsorgsinriktat lärande. En studie om lärande i hemtjänsten*, avhandling, Institutionen för lärarutbildning, Luleå tekniska universitet.
- Erlingsdóttir, G. (1999). *Förförande Idéer: Kvalitetssäkring i Hälso- och Sjukvården*, Avhandling, Lunds universitet: Företagsekonomiska institutionen.
- Europeiska socialfonden (2010). *Handledning för uppföljning och utvärdering inom Socialfondsprojekt*, PM 2010-12-13.
- Fernler, K. (2015). *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*, Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care. Hämtad från http://www.leading-healthcare.se/Upload/ContentItem/Rapporter/SoS/Kunskapsstyrning%20f%C3%B6r%20ledning%20och%20policyarbete_Fernler.pdf (2015-07-30).
- Fernler, K. (2012). *Perspektiv på implementering. Vad är "god" implementering och kan det stöjas?*, Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Fernler, K. (2011). "Kunskapsstyrningens praktik – kunskaper, verksamhetsrationaliteter och vikten av organisation", i Bohlin, I. & Sager, M. (red.), *Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken*, Lund: Arkiv förlag, s. 131-162.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blake, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*, Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Furusten, S. (1999). *Popular Management Books: How they are Made and What They Mean for Organisations*. London: Routledge.
- Färm, K., Ljunggren, S., Marklund, K. & Bergström, U. (2009). *Att leda evidensbaserad praktik – en guide för dig som är chef inom socialt arbete*, IMS, Socialstyrelsen.
- Garpenby, P. (2010). "Perspektiv på implementering", i Nilsen, Per (red.), *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur, s. 27-49.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bare, P. & Kyriakidou, O. (2004). "Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations, *The Milbank Quarterly*, 82 (4), 581-629.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F. & Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations. A systematic literature review*, Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. En forskningssammanställning*, Statens folkhälsoinstitut (rapport 2007:20).

- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt G. H. (2002). "Physicians' and patients' choices in evidence-based practice", *British Medical Journal*, 324 (7350), 1350.
- Hill, M. & Hupe, P. (2005). *Implementing Public Policy*. London: SAGE Publications.
- Jensen, C. & Kuosmanen, J. (2008). *Streta emot eller sträva tillsammans?* Göteborgsregionens kommunalförbund, FoU i Väst. Rapport 5:2008.
- Johansson, S. (2010). "Implementing Evidence-based Practices and Programs in the Human Services: Lessons from Research in Public Administration", *European Journal for Social work*, 13(1), 109–125.
- Johansson, S. (2013). "Organisatorisk samverkan kring människor med sammansatta behov", i Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.), *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*, Lund: Studentlitteratur, s. 291–307.
- Landin, H. & Ahlgren, N. (2014). *Äldre personers upplevelser av delaktighet och självbestämmande i sin rehabilitering – en kvalitativ intervjustudie av personer på ett korttidsboende*. Examensarbete i arbetsterapi, grundnivå, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet.
- Larsson, K. & Szebehely, M. (2006). "Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna", i SCB & Umeå universitet, (red.) *Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*, Levnadsförhållanden rapport 112, s. 411–420.
- Löfström, C. (2003). *Hur Posten blev företag. Om reformer och översättning av idéer*. Avhandling, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Företagsekonomiska institutionen.
- Löfström, M. (2010). *Samverkan och gränser. Studier av samverkansprojekt i offentlig sektor*. Avhandling, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, Företagsekonomiska institutionen.
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977). "Institutionalized organizations: Formal structures as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 83 (2): 340–363.
- Mur-Veeman I., Eijkelberg I. & Spreuwenberg C. (2001). "How to manage the implementation of shared care. A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements", *Journal of Management in Medicine*, 15 (2): 142–155.
- Myers, P. (2014). "A normative model of knowledge management effectiveness", i Örtenblad, A. (red.), *Handbook of research on the knowledge management: Adaptation and context*, Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- Nilsen, P. (red.) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*, Malmö: Gleerups.

- Nilsen, P. (2014 b). "Inledning", i Nilsen, Per (red.), *Implementering av evidensbaserad praktik*, Malmö: Gleerups, s. 15–20.
- Nilsen, P. (2014 c). "Implementeringsforskning – en introduktion", i Nilsen, Per (red.), *Implementering av evidensbaserad praktik*, Malmö: Gleerups, s. 61–72.
- Nilsen, P. (2014 d). "Evidensbaserad praktik – teori och tillämpning", i Nilsen, Per (red.), *Implementering av evidensbaserad praktik*, Malmö: Gleerups, s. 43–60.
- Nishikawa, M. (2011). "(Re)defining care workers as knowledge workers", *Gender, Work and Organization*, 18 (1): 113–135.
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland, or Why it's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes*. Berkeley: University of California Press.
- Regeringskansliet (2014). *Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre*, Stockholm: Regeringskansliet.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press. (Första upplagan: 1962).
- Roselius, M. & Sundell, K. (red.) (2008). *Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering*, IMS, Socialstyrelsen, Stockholm: Gothia Förlag.
- Røvik, K A. (1998). "The translation of popular management ideas: Towards a theory", paper presenterat vid EGOS 14th Colloquium, Maastricht, Netherlands, 9–11 July.
- Røvik, K A. (2000). *Moderna organisationer – Trender inom organisations-tänkandet vid millennieskiftet*, Malmö: Liber.
- Sabatier, P. A. (1986). "Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis", *Journal of Public Policy*, 6 (1): 21–48.
- Sacket, D. L. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2:a upplagan, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Selander, M. (2001). *Mångfaldens problematik – Om mötet mellan Ädelreformen och sjukhemmets verksamhet*, Handelshögskolan vid GU: BAS förlag.
- SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- SFS (1991:900). *Kommunallagen*.
- SFS (1992:1434). *Högskolelagen*.
- SFS (1998:531). *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlagen*.

- SKL (2011). *Från fattigvård till valfrihet. Utvecklingen av vård och omsorg om äldre*, Stockholm: SKL, avdelningen för vård och omsorg.
- SKL (2013). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Socialtjänstens och FoU-miljöers syn på samverkan med universitet och högskolor*, Stockholm: SKL.
- Socialdepartementet & SKL (2015). *Stöd till evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2015 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2006). *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen*, Lägesbeskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen i vård och omsorg*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & SKL (2011). *På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Kartläggning, analys och förslag för att förbättra kunskapsstyrningen*, Stockholm: Socialstyrelsen & SKL.
- Sommerville, M. & McConnell-Imbriotis, A. (2004). "Applying the learning organization concept in a resource squeezed service organization", *Journal of Workplace Learning*, 16 (4): 237–248.
- SOSFS (1993:17). *Omvårdnad inom hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsens allmänna råd.
- SOU (2007:10). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, Ansvarskommitténs slutbetänkande. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- SOU (2008:18). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*, Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Statskontoret (2014). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*. Slutrapport 2014:18. Stockholm: Statskontoret.
- Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S. & Sjöberg, K. (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning*, Lund: Studentlitteratur.
- Szebehely, M. (2005). *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Örtenblad, A. (red.) (2014). *Handbook of research on the knowledge management: Adaptation and context*, Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- Örtenblad, A. (2015). *Handbook of research on management ideas and panaceas: Adaptation and context*, Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar.

Stadsdelarna Angered och Lundby i Göteborgs Stad har ett pilotprojekt genomförts som ett led i att äldreomsorgen ska bygga på evidensbaserad kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet (det vill säga en evidensbaserad praktik).

Under drygt ett och ett halvt år har tre lektorer från Göteborgs universitet delat sin tid mellan universitetet och äldreomsorgen genom så kallade kombinationstjänster. Tanken med projektet var att lektorerna tillsammans med äldreomsorgens professioner skulle utveckla strategier för att implementera evidensbaserad kunskap med målet att stärka kunskapsutbytet mellan olika professioner och verksamheter. Man bestämde sig för att under den begränsade projekt-tiden koncentrera sig på korttidsverksamheten i de två stadsdelarna och att där arbeta med främst tre saker: tvärprofessionellt teamarbete, målformuleringar i genomförandeplanen samt evidensbaserad praktik.

I denna utvärdering konstateras att lektorernas arbete bidrog till en positiv förändring av teamarbetet och till ett fortsatt och fördjupat samarbete mellan såväl Göteborgs Stad och universitetet som inom universitetet, mellan lektorernas respektive institutioner (Socialt arbete, Vårdvetenskap och hälsa samt Neurovetenskap och fysiologi).

Men utvärderingen visar också att om idén om evidensbaserad praktik ska kunna implementeras i äldreomsorgen behöver den först anpassas till verksamhetens förutsättningar och de som arbetar där måste få mer kunskap om vad det innebär. En viktig faktor att ta hänsyn till är att nästan 90 procent av personalen inom äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden som inte har högskoleutbildning. Samtliga berörda yrkesgrupper hade dåliga förutsättningar för kunskapsutveckling och det fanns ingen struktur uppbyggd för att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik. Dessutom saknas det evidensbaserade metoder inom den del av äldreomsorgen som inte utgörs av hälso- och sjukvård.

En annan slutsats är att frågan om en evidensbaserad praktik inte är något som verksamheterna kan förväntas lösa på egen hand. Det måste bli tydligare vem som ska ansvara för att kunskapen i form av beprövad erfarenhet och vetenskapliga studier sammanställs, kritiskt granskas och sprids och hur det skall gå till. En befogad fråga verkar vara om det inte är dags att skapa en evidensmodell som bättre passar för äldreomsorg?

Carina Abrahamson Löfström är organisationsforskare vid FoU i Väst/GR.



FoUvästGR

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Anders Personsgatan 8 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 00

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@grkom.se • www.grkom.se/valfard

