

## Vit.2.16 Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge

Gro Røkholt<sup>1</sup> Assistant professor, MNSc, RNT

[gro.rokholt@hioa.no](mailto:gro.rokholt@hioa.no)

Liv-Signe Davidsen<sup>2</sup>, Adviser, Cand.Scient. PT

[liv.signe.davidsen@ahus.no](mailto:liv.signe.davidsen@ahus.no)

Heidi Ness Johnsen<sup>2</sup>, Special adviser, MNSc, RN

[heidi.ness.johnsen@ahus.no](mailto:heidi.ness.johnsen@ahus.no)

Yvonne Hilli<sup>1,3</sup> Associate Professor, PhD, RNT,

[yvonne.hilli@hb.se](mailto:yvonne.hilli@hb.se)

Det er ofte en langsom og tilfeldig vei fra forskning og utvikling av ny kunnskap innen helsefagene til den blir tatt i bruk i praksis. Det er derfor økt satsning på systematisk innføring av forskning i kvalitetsutvikling og forbedringstiltak i helsevesenet (1, 2). Å omsette forskningsfunn til klinisk praksis beskrives gjennomgående som komplekst og utfordrende (3). Samtidig er det et mål, både internasjonalt og nasjonalt, at helsetjenester skal være kunnskapsbaserte (4, 5). Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap samt pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (6). Intensjonen med KBP er å implementere en arbeidsmetode for kvalitetsforbedring og systematisk sikre at forskningsresultater kvalitetsvurderes og tas i bruk (7). Arbeidsmetoden beskrives som en trinnvis prosess: I) refleksjon over praksis, II) formulering av kliniske spørsmål, III) litteratursøk, IV) kritisk vurdering, V) evt. anvendelse av forskningen og VI) evaluering av praksis (6).

I HelseOmsorg21 (8) understrekes behovet for å utnytte tilgjengelig kunnskap på en bedre måte i alle deler av helsetjenesten, og dette gjelder både forsknings-, erfarings- og brukerbasert kunnskap. Rapporten beskriver ulike tiltak for å oppnå dette, deriblant opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis. Slik opplæring vil kunne

medvirke til at helsepersonell tar velinformerte beslutninger og praktiserer KBP (5, 9). Dette sammen med at tilgangen på forskning, kvalitetsvurderte kunnskapsoppsummeringer, kliniske anbefalinger og retningslinjer har økt og blitt mer tilgjengelig (10, 11) bedrer helsepersonells muligheter til å være faglig oppdaterte.

I tillegg til opplæring og utdanning fremhever flere studier at for å lykkes med å innføre KBP som arbeidsform må arbeidet være lederforankret (7, 12, 13). I en studie av hvilke ledelsesstrategier som skulle til for å fremme sykepleieres forhold til kunnskapsbasert praksis, fant en at det som bidro var ledere som var opptatt av å utvikle kultur og infrastruktur for å fremme KBP (2). Dette gjorde de gjennom å innarbeide KBP i strategiske planer, gi støtte til ressurspersoner og pådrivere, og ved å legge til rette for kompetanseheving og formidling. En systematisk litteraturstudie av ledelsens betydning ved implementering av KBP viste at direkte og indirekte støtte og positiv holdning fra ledelsen var avgjørende. Studien avdekket også at leders rolle i implementeringsarbeid er lite avklart og utforsket (14). Samtidig med lederforankring har det betydning at noen er faglige pådrivere og at det finnes et nettverk som støtter disse. Slike rollemodeller ser ut til å bidra til en kunnskapsbasert praksis (15).

Ulike sider ved organisasjonskulturen ser også ut til å være avgjørende for vellykket implementering av KBP. Betydningen av et miljø som er åpent for bruk av forskningsresultater og at de ansatte har positiv innstilling til å ta i bruk ny praksis fremheves i studier om sykepleieleders rolle i implementering av KBP (16, 17). I hvilken grad miljøet oppmuntrer til å stille spørsmål ved praksis har betydning for å ta i bruk og å

opprettholde KBP som arbeidsform (13, 18). Samtidig viser studier både blant sykepleiere og fysioterapeuter at positive holdninger til KBP ikke nødvendigvis medfører evaluering og endring av egen praksis (9, 19, 20). Barrierer som ofte beskrives er manglende tid til å finne og ta i bruk ny kunnskap, begrenset tilgang til kunnskapskilder og utilstrekkelig kompetanse til å lese og vurdere forskningslitteratur (12, 20, 21).

Selv om en rekke studier har undersøkt hvilke faktorer som fremmer og hemmer implementering, viser forskningen ingen allmenn strategi som er effektiv for å endre praksis. Det ser likevel ut til at tiltak som retter seg mot ulike nivåer, som organisatoriske forhold, sosial kontekst samt fagpersonenes kunnskap og holdninger, har størst mulighet for å lykkes (22-24). Kartlegging av lokale forhold, barrierer og fremmere, på de ulike nivåene anbefales derfor før en planlegger tiltak for å innføre endringer i praksis (3, 20, 25). Det meste av denne forskningen er konsentrert om endring av praksis i form av å ta i bruk nye behandlingsmetoder, retningslinjer, rutiner og prosedyrer, men det er grunn til å tro at det samme gjelder for innføring av KBP som felles grunnleggende arbeidsform (1). Økende krav til at praksis skal være kunnskapsbasert og utilstrekkelig oversikt over faktorer som påvirker implementering og endring, viser at det er behov for bedre forståelse av hvordan ansatte opplever og forholder seg til KBP.

Studien som presenteres i denne artikkelen, var første del av et i samarbeidsprosjekt mellom et universitetssykehus og en høgskole inspirert av aksjonsforskning. Formålet med samarbeidsprosjektet var å understøtte implementering av KBP som arbeidsform på sykehuset for å bidra til å styrke kvalitet på praksis og å utvikle praksisplassen som

læringsarena. Forskerne i denne studien ledet prosjektet og samarbeidet med deltagere ipå sykehuset og høgskolen i utviklingen av og prosessen med prosjektet. Hensikten med denne studien var å avdekke faktorer av betydning for implementeringsprosessen blant ansatte. Studiens forskningsspørsmål var: Hvordan erfarer helsepersonell kunnskapsbasert praksis i sin arbeidshverdag på sykehus?

## **METODE**

Studien hadde et beskrivende design med kvalitativ tilnærming (26). Det ble gjennomført en kulturanalyse for å undersøke holdninger til og erfaringer med KBP blant helsepersonell. Samarbeidsprosjektet som dette var en del av, var inspirert av aksjonsforskning (26), med deltakelse fra de involverte parter i utvikling og evaluering av prosjektet. Kulturanalysen hadde til hensikt å belyse et «bottom up» perspektiv som en kunne bygge på i videre utvikling av dette prosjektet. Brevmetoden (27) ble benyttet for datainnsamling etter inspirasjon fra et lignende prosjekt i Finland (28, 29). Denne metoden beskrives som en mellomting mellom intervju og spørreskjema og innebærer at deltagerne skriver et brev til forskerne om det aktuelle temaet. Brevmetoden gir mulighet for å nå mange og gir forskerne rask tilgang til datamaterialet.

Studien ble gjennomført i et universitetssykehus, ved fire enheter (A, B, C og D) hvor en eller flere ansatte hadde gjennomført videreutdanning i KBP. Det var tre døgneheter og en dagenhet med ulike funksjoner med til sammen ca 150 ansatte, og de representerte kirurgiske-, medisinske- og spesialistoppgaver. På enhetene var det ansatte med spesielt ansvar for fagutviklingsarbeid, enten i øremerket prosentvis stilling eller som del av klinisk

stilling, noen med videreutdanning i KBP eller mastergrad innenfor helsefag. Ulike yrkesgrupper; sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter var representert, og både ledere og ansatte ble inviterte til å delta. Lederne fikk skriftlig forespørsel og muntlig informasjon på forhånd og forskerne informerte de ansatte på personalmøter i de ulike enhetene. Skriftlig informasjon om studien var vedlagt brevmalen som deltagerne skrev brevene sine på til datainnsamlingen.

De ansatte ble invitert til å skrive et brev til forskerne om egne erfaringer med å arbeide kunnskapsbasert på sine enheter. Invitasjonen inneholdt stikkord om temaet KBP, hvordan de var opptatt av å arbeide kunnskapsbasert og faktorer som bidro til å fremme og hemme dette arbeidet. Brevene ble skrevet på papir og levert anonymt i en lukket eske på de respektive enhetene. De ansatte fikk anledning til å skrive brevet i sin arbeidstid, med frist på fire uker, forlenget til åtte for å få flere svar. I alt 23 brev ble levert inn. For å komplettere brevsvarene, ble det gjennomført individuelle intervjuer av ansatte ved de to enhetene der det var levert færrest brev. I samråd med enhetslederne, ble de som ikke hadde noen formell KBP utdanning invitert, for å få frem også deres erfaringer med KBP. Seks ansatte ble invitert og tre takket ja til å bli intervjuet. Intervjuene ble gjennomført i arbeidstiden og varte 45-60 minutter. Temaer og spørsmål i intervjuene var de samme som ble brukt i brevene. Intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert ord for ord. Det samlede anonymiserte materialet dannet grunnlag for analysen.

Brevne og intervjuene ble analysert av tre av forskerne ved hjelp av systematisk tekstkondensering, en firetrinns metode, beskrevet av Malterud (26). Først ble hele teksten

lest av alle tre gjentakende ganger. Etter å ha dannet seg et helhetsinntrykk av materialet ble meningsbærende enheter i teksten identifisert og gruppert. Innholdet i disse ble fortettet til beskrivende utsagn som sammenfattet og gjenfortalte det deltagerne hadde formidlet. Analysen fortsatte deretter med alle fire forskerne, som gjennom refleksjon og gjentatte diskusjoner, tilslutt kunne enes om kategoriene med underkategorier som beskrives i resultatkapitlet.

### **Forskningsetiske overveielser**

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring, saksnr 14-037. Etiske retningslinjer for forskning er fulgt (30). Forskerne forespurte avdelingsledelsen for de ulike enhetene om tillatelse til å gjennomføre studien. Deretter ble enhetsledere og ansatte informert muntlig og skriftlig om studien og dens hensikt, at det var frivillig å delta, og at brevsvaer og intervju ville bli behandlet konfidensielt. Deltagerne som ble intervjuet signerte informert samtykke.

## **RESULTATER**

I det følgende presenteres funn og fortolkninger i tre hovedkategorier. Sitatene som benyttes er fra det skriftlige brevmaterialet og de transkriberte intervjuene. Det er sitater med fra alle de deltagende enhetene. De deltagende enhetene benevnes med henholdsvis A, B, C og D og hver deltager fra enhetene har fått sitt nummer. For intervjuene omtales deltagerne som Int 1-3.

### **Lederen angir tonen som motivator og pådriver**

Det var en gjennomgående oppfatning at lederen hadde en avgjørende innvirkning på hvorvidt en skulle lykkes med å sette KBP som arbeidsform i system. Betydningen av planer for arbeidet med KBP med frister, prioritering av tid og ressurser og oppfølging fra lederen ble poengtert: «*At ledelsen setter av tid til å drive med KBP som er obligatorisk og med deadlines som "tvinger" oss til å levere resultater er avgjørende*» (A2). Lederens rolle som inspirator og pådriver ble fremhevet av mange som en forutsetning for å opprettholde engasjement og interesse for arbeidsformen: «*Det går ikke av seg selv, vi trenger litt spark i baken for å fortsette*» (A4). En annen deltager skrev: «*Det må holdes varmt. Det er mulig å gå lei*» (A3). Et eksempel på hvordan en leder utnyttet muligheten til å ha fokus på KBP i det daglige ble beskrevet slik: «*seksjonsleder er nøye på morgenmøter, hvor det blir tatt opp ulike temaer som handler om det faglige pasientfokus og behandlingsplaner*» (B3).

For å lykkes med å innføre KBP pekte flere på at det var viktig med ledere som hadde lagt til rette for kompetanseheving og delegert ansvar til flere. Ressurspersoner med kunnskap om og spesiell interesse for KBP i enhetene bidro sammen med lederen til å holde fokus på og ta i bruk temaet: «*Det som bidrar til at vi lykkes er at noen har mer kunnskap og interesse for KBP og styrer prosessene*» (A3). Flere oppga at de hadde ressurspersoner med fagansvar i enhetene, og disse ble beskrevet som nøkkelpersoner sammen med lederen i arbeidet med å innføre KBP som arbeidsform: «*Det er viktig at vi holder på med dette så lenge at det blir en del av kulturen hos oss, at vi opplever å være en lærende organisasjon. Det krever at vi har ildsjeler i staben og forankring i ledelsen*» (A6).

## **Positiv holdning til og bruk av kunnskapsbasert praksis i arbeidshverdagen**

Det så ut til å være en felles oppfatning blant deltagerne at det var økt oppmerksomhet på KBP i arbeidshverdagen og at det var en positiv holdning til dette på de ulike enhetene:

*«Opplever at det er en økende interesse: vi snakker mer om det (KBP) i den praktiske hverdag (C7) og «..KBP er spennende og ikke minst viktig!» (C5). Refleksjon og diskusjon omkring praksis ble trukket fram av flere, en uttrykte det slik: «de ansatte stiller spørsmål til hvorfor vi gjør som vi gjør» (D3) og en annen: «syns vi er gode på refleksjon over egen praksis» (A1).*

Flere hadde også erfaring med KBP som en systematisk metode for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid i enheten: *«Jeg opplever at avdelingen er svært opptatt av å arbeide kunnskapsbasert spesielt når det gjelder prosedyrearbeid og bruk av veiledende behandlingsplaner» (B4).*

Et arbeidsmiljø preget av samarbeid, åpenhet og deling av erfaring og kunnskap ble fremhevet som viktig for å etablere og utvikle en kunnskapsbasert måte å arbeide på:

*«...miljøet på avdelingen er godt både innen faggruppene og på tvers av faggruppene. Noe som kan bidra til god informasjonsflyt og deling av kompetanse» (C9). Samarbeid om pasientsituasjoner ble også trukket frem som en arena for kunnskapsdeling: “Av og til er vi mer enn en fagperson sammen, det skaper ytterligere mulighet for gode diskusjoner og vurderinger rundt og med pasienten” (C3). Deltagerne mente det var viktig at alle fikk et*

eierforhold til denne måten å jobbe på og en sa det slik: *«Vi lykkes når vi har engasjerte kollegaer og har fokus på dette»* (C1).

Det kom fram at kunnskap om og interesse for KBP varierte blant de ansatte i enhetene og kompetanseheving ble fremhevet som viktige forutsetning for å lykkes i arbeidet med å innføre KBP som arbeidsform: *«Jeg tror personalet generelt trenger mer kunnskap om hvordan formulere gode spørsmål, søkeprosessen og hvordan man kritisk vurderer artiklene»* (C9). Mange skrev om hvordan de benyttet forskjellige kunnskapskilder i det daglige arbeidet. Egne erfaringer fra praksis ble spesielt løftet frem som en viktig kunnskapskilde: *«Jeg har lang erfaring i mitt arbeidsfelt, og det er også en viktig del av mine faglige avgjørelser»*. I tillegg pekte flere på betydningen av å kunne gå til erfarne kolleger når de trengte raske svar for å fatte beslutninger i faglige spørsmål. En uttykte det slik: *«Jeg har skolekunnskap som tilsier at man bør gjøre sånn, men så kan det være at erfarne litt eldre ansatte har erfaringer fra praksis som sier at det kanskje er bedre å gjøre det sånn»* (Int 3).

Brevtekstene og intervjuene viste at bruken av forskningslitteratur og kunnskapsbaserte prosedyrer varierte i de ulike enhetene. Deltagerne beskrev hvordan de søkte opp informasjon fra interne og nasjonale prosedyrer og andre eksterne kilder. Her varierte det de gjorde fra tilfeldige søk på internett til mer systematiske søk i databaser: *«.....man må jo gå på Google eller - - hvis det er noe med apoteket så må man gå til apoteket, eller ringe forskjellige steder, spesialsykepleiere, eller at man går på elektroniske kvalitetssystemet, ser prosedyrene, hvis det er det det gjelder»* (Int 1). Det fremkom også hvordan de benyttet erfaringer og kunnskap fra pasient og pårørende: *“vi vil også ta på alvor den erfaringsbaserte*

*biten, og brukererfaringen, så det ikke blir borte i all forskningen” (A5), og det ble stilt spørsmål om hvordan dette kunne gjøres på en mer systematisk måte.*

I tillegg til hvordan de forholdt seg til KBP i det daglige arbeidet, knyttet de den mer systematiske kunnskapsinnhentingens hovedsakelig til arbeid med konkrete prosjekter hvor den trinnvise prosessen i KBP ble benyttet som framgangsmåte. En uttykte seg slik om det arbeidet: *«Pasientforløp-prosjektet vårt er basert på erfaringer både fra oss selv og andre sykehus, på forskning både nasjonalt og internasjonalt og tilpassa pasientenes preferanse og individuelle behov, så gir vi den pleien som forskningen viser er mest optimal for disse pasientene»(Int 3).* I forhold til den forskningsbaserte kunnskapen hadde flere erfart at det fantes områder som det ikke var tilstrekkelig forskning på :*«... det mangler oppsummert kunnskap på de fleste spesifikke feltene vi jobber på. Generelt lite å finne som er kvalitetssikret tilstrekkelig. Man kan sjelden hente kunnskap direkte fra andre sykehus sine prosedyrer, brosjyrer og lignende da de er like dårlige som våre egne når det gjelder kunnskapsgrunnlaget» (A4).*

### **Organisatoriske forhold av betydning**

Mange av deltagerne fremhevet betydningen av at den faglige virksomheten i avdelingen var organisert og satt i system med tanke på KBP. Dette gjaldt både det systematiske arbeidet med KBP som trinnvis prosess og som grunnlag for kritisk refleksjon i arbeidshverdagen.

I forhold til arbeid med kvalitetsforbedring med den trinnvise prosessen sa en deltager: *«... det er nødvendig med god planlegging, og selv med god planlegging tar KBP lang tid» (A 1).* I tillegg til god planlegging av arbeidet med KBP, måtte det også være avsatt nok tid og

ressurser, noe noen deltagere beskrev som utfordrende: «*Opplever at lederne er positive, men ikke er villige til å sette av ekstra tid til at ressursgruppen kan jobbe*» (C3).

Andre hadde erfart at den kunnskapsbaserte arbeidsformen var mindre krevende enn når arbeidet var godt planlagt: «*Jeg som ikke har erfaring med dette var litt betenkt med tanke på at det sikkert var mye arbeid med å lese artikler, det var mye mindre jobb enn antatt da vi fordelte artikler*» (A5).

For å etablere en kunnskapsbasert arbeidsform uttrykte flere viktigheten av å ha KBP på dagsorden i enheten. Noen beskrev hvordan de brukte eksisterende møtearenaer fra «*daglige 10 minutters drypp*» med fokus på KBP til mer systematiske opplegg på fag- og personalmøter: «*...vi har det (KBP) oppe på personalmøter regelmessig og arbeidet i gruppene etterspørres*» (A6). Travelhet og uforutsigbare hverdager ble beskrevet som en utfordring: «*Pasienten kommer alltid først, tid til å lese artikler og lære KBP er ikke sidestilt med pasientarbeid*» (A2). Tidspresset gjorde og at noen erfarte at det kunne være vanskelig å få tid veiledning og svar på spørsmål i situasjoner der de hadde behov for det. Andre savnet å ha mer tid til fagdiskusjoner og undervisning, en uttrykte det slik: «*Før var det mer fokus på det, men nå har vi ikke lenger tid til å sette oss ned, å tenke - - det er nesten irriterende hvis folk kommer og innbyr til faglig spørsmål og diskusjoner*» (Int 2).

Flere andre utfordringer ble nevnt. Ustabil personalsituasjon med høy turnover og bruk av vikarer var krevende: «*Vi trenger mer stabilitet, så vi kan få mer tid til oppdatering*» (D4). En annen utfordring som ble beskrevet var tilgangen til elektroniske kunnskapskilder: «*..all kunnskapen som ligger i databasene må bli raskere og lettere tilgjengelig slik at det ikke tar*

*45 min å slå opp en prosedyre» (B4). Noen oppga at det var tidkrevende og vanskelig både å lete etter og lese relevant litteratur, og nevner fagsykepleiere og leger som lettere tilgjengelige kunnskapskilder: «Lite tid i hverdagen til å sjekke ut og finne nyeste forskning innen enkelte ting. Prigsitt det fagutviklingssykepleier og leger deler» (D3).*

## DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å avdekke faktorer av betydning for implementering av KBP på sykehus gjennom å undersøke helsepersonells erfaringer med denne arbeidsformen. I det følgende diskuteres studiens hovedfunn.

I studien framkom en tydelig enighet om at lederen har et hovedansvar for systematisk arbeid med kvalitet og utvikling i organisasjonen. Hvordan lederen forholder seg til kunnskapsbasert praksis fremheves som avgjørende, ettersom lederen angir tonen i arbeidsmiljøet og legger til rette for og skaper forutsetninger som bidrar til at de ansatte sammen med lederen lykkes med implementering av KBP (2, 12, 14, 16, 17, 19). Deltagerne i denne studien trakk spesielt fram lederens ansvar for å planlegge og tilrettelegge for KBP i arbeidshverdagen. Et avgjørende forhold for å lykkes med å jobbe kunnskapsbasert var at KBP var satt på dagsorden. Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid måtte følges opp med forpliktende planer, ansvarsfordeling og tidsfrister, samtidig som det var viktig å ha fokus over tid på KBP i den daglige praksisen. Flere andre studier beskriver dette som viktige forutsetninger for implementering av KBP (19, 21, 23, 31). At kunnskapsbasert praksis settes på dagsorden syntes å medvirke til refleksjon, kritisk holdning og bevissthet omkring bruk av ulike kilder til kunnskap i det daglige arbeidet hos deltagerne i denne studien. I tillegg til

lederens funksjon fremhevet deltagerne i denne studien også betydningen av å ha faglige ressurspersoner som pådrivere i KBP-arbeidet, slik flere andre studier beskriver som en viktig faktor for å lykkes med implementering av KBP (2, 9, 13, 15, 17, 18, 20, 32).

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og samarbeid ble fremhevet av deltagerne i denne studien som en forutsetning for å våge å stille spørsmål ved praksis og diskutere med kollegaer. I arbeidet med å implementere KBP som arbeidsform er det derfor grunn til å anta at det å legge til rette for et slikt arbeidsmiljø vil være et nødvendig grunnlag for å kunne få til en dreining mot mer kunnskapsbasert praksis. Betydningen av et arbeidsmiljø preget av åpenhet og samarbeid understrekes også i andre studier som viktige faktorer for å lykkes med å innføre KBP (12, 16, 17, 21). Å vektlegge støtte både for den enkelte, relasjonen mellom dem og det å jobbe sammen kan bidra til å skape og utvikle et slikt miljø (17, 31). Rolfe og Freshwater (33) fremhever at kritisk refleksjon har avgjørende betydning for fremveksten av faglig kunnskap og profesjonell utvikling. En slik systematisk tilnærming til praksis kan hjelpe helsepersonell til å ta viktige avgjørelser og på denne måten kan KBP fungere som rammeverk for kritisk granskning av egen praksis, og representere en måte å integrere forskning og erfaring på.

Funn fra denne studien viste hvordan deltagerne brukte ulike kunnskapskilder for å finne svar på faglige problemstillinger. I systematisk kvalitetsforbedringsarbeid på enhetene med den trinnvise modellen for KBP fremgikk det at deltagerne søkte, vurderte og anvendte forskningsresultater. I arbeidshverdagen beskrev de imidlertid at de hovedsakelig benyttet erfarne kollegaer som kilde til kunnskap. Dette er i tråd med andre studier om at «human

resources» er ofte er foretrukket som kilde til kunnskap i praksis (20, 34). Å spørre en erfaren kollega kan si noe om tillit til den andres erfaringskunnskap og det kan sees på som en anerkjennelse av erfaringskunnskap som en viktig del av klinisk praksis. Dette er ikke tilstrekkelig i forhold til kravet om kunnskapsbasert praksis som stilles av helsemyndighetene (8). Selv om funnene i denne studien tydet på at det var en økt bevissthet i forhold til ulike kunnskapskilder, gjaldt dette først og fremst erfarings- og forskningsbasert kunnskap. Både pasient- og brukerrettighetsloven (35) og helsepersonelloven (36) legger føringer for hvordan pasienten skal medvirke, men det er det få funn i denne studien som direkte trekker pasienten frem som en viktig kunnskapskilde og medvirker, slik også Austvoll-Dahlgren og Johansen (37) påpeker.

For å sikre en kunnskapsbasert helsetjeneste anbefales det i sentrale føringer og i ulike studier at alle helseprofesjonsutøvere bør ha en basiskompetanse innen KBP for å kunne reflektere over og stille kritiske spørsmål til klinisk praksis (11, 19, 32). Deltagerne i denne studien beskrev ulike grader av kompetanse blant kollegaer i sine enheter og pekte på nødvendigheten av å ha noen med spesiell KBP-kompetanse som faglige ressurspersoner i tillegg til at alle burde ha basiskompetanse. Dette støttes av flere studier som påpeker at for å benytte KBP i systematisk forbedringsarbeid kan det være tilstrekkelig at noen i hver enhet har spisskompetanse (13, 19, 38, 39). I implementering av KBP som holdning til fagutøvelse og som arbeidsform, vil det være viktig å stille krav om og styrke både basis- og spisskompetanse. Hvis en skal lykkes med å skape en kultur og varig endring med KBP som arbeidsform er det viktig at alle i enheten har kunnskap om hva KBP innebærer (24). Dette

handler igjen om kvalitetssikring og virksomhetsutvikling som berører hele organisasjonen og at satsning på KBP bør gjenspeiles på alle nivåer i organisasjonen.

Mangel på tid ble trukket frem som en utfordring av deltagerne i denne studien. Flere andre studier peker også på tids- og arbeidspress som en hovedutfordring for å innføre en praksis som er kunnskapsbasert (12, 19-21). KBP som trinnvis systematisk metode for forbedringsarbeid er omfattende. Å finne kunnskapsbaserte kilder krever tid og innen enkelte områder mangler forskningsbasert kunnskap, slik også deltagerne i denne studien påpekte. Til tross for positiv holdning til KBP pekte deltagerne på at en travel hverdag med pasientarbeid gjorde at det var vanskelig å finne tid til å reflektere, stille spørsmål og diskutere faglige problemer, og dette vanskeliggjør en kunnskapsbasert arbeidsform. På samme måte har andre studier vist at en positiv holdning til og økt fokus på KBP ikke nødvendigvis lar seg omsette til endring av praksis (12, 19, 20).

I likhet med andre studier viser våre resultater at det er krevende å innføre KBP som arbeidsform. Deltagerne våre har også beskrevet mange av de samme faktorene som skal til for å få til dette; lederforankring, faglige pådrivere, tilstrekkelig kompetanse om KBP, lokal tilpasning av tiltak forankret i en plan for implementering (11-13, 15, 24). Funn fra denne studien antyder at KBP kan forstås både som en holdning til fagutøvelse og som en systematisk metode for kvalitetsforbedringsarbeid. Dette skillet gjør også Scurlock-Evans et.al. (20), hvor KBP beskrives både som et prinsipp for å finne og bruke det beste kunnskapsgrunnlaget og som en trinnvis metode. En slik oppfatning av KBP vil kunne bidra til at arbeid med implementering, i tillegg til områder som tradisjonelt anbefales, blir rettet

mot å utvikle et arbeidsmiljø preget av åpenhet og samarbeid rundt faglige spørsmål. Vår studie viste at for å lykkes med implementering av KBP kreves det ledere og ansatte som har en positiv holdning til utviklings- og kvalitetsforbedringsarbeid. Ledere som motiverer og inspirerer og følger opp kan skape forutsetningene i organisasjonen for at de ansatte skal lykkes og det vil lette implementeringen av KBP hvis disse faktorene er tilstede.

### Metodiske og etiske overveielser

En kvalitativ tilnærming var hensiktsmessig for å utforske et område som det mangler entydige forskningsresultater for. Brevmetoden er beskrevet som godt egnet til å innhente kvalitative data og den gir forskerne rask tilgang til data. Samtidig kreves det at deltagerne tar seg tid til brevskrivningen og det anbefales å møte og forberede deltagerne godt på forhånd om studien og hensikt med brevskrivningen (27, 28). I forhold til antall ansatte ved de fire enhetene, var deltagelsen relativt lav. Vi vet heller ikke hvem som har svart, om det er de med spesiell kompetanse eller interesse for KBP. Selv om deltagerne i denne studien ble informert på forhånd, var det trolig ikke tilstrekkelig til å rekruttere til bred deltagelse. De fire enhetene var preget av høyt arbeidstempo, vaktordninger og travelhet. Det blir da spesielt viktig å forberede personalet nøye på denne metoden, delta på møter i avdelingen, være tilgjengelig og følge opp de ansatte jevnlig med informasjon om studien for å nå flest mulig. Det lave deltagerantallet kan også skyldes at KBP ikke er implementert i praksis og at det derfor ikke følte relevant eller aktuelt å delta i studien. Kulturanalyse blant helsepersonell er en relativ ny tilnærming og kan ha en verdi i seg selv. Den er i tråd med Rolfe (40) som anbefaler å drive praksisbasert forskning for å utvikle praksis og teori ut fra praktikerne selv. Rolfe argumenterer med at forskningen innen helsefag og sykepleie har fjernet seg fra sin opprinnelige hensikt som var å utvikle god sykepleie og behandling for

pasientene til å bli en hensikt i seg selv. Gjennom kulturanalysen blir praktikernes stemmer utgangspunkt for forskning og viser retning for hva som trengs å utvikles i praksis for å styrke profesjonene.

Analysearbeidet ble gjort i samarbeid mellom forskerne, hvorav den ene forskeren var seniorforsker med mange års erfaring. Forskernes ulike fagbakgrunn og erfaring fra både høgskole og sykehus, sammen med den systematisk kritiske refleksjonen, har trolig bidratt til å styrke påliteligheten i funn og fortolkninger. Resultatene belyses med sitater for å øke transparens og troverdighet slik at leseren skal kunne følge forskernes resonnement. Det kunne styrket studiens troverdighet ytterligere dersom funnene hadde vært presentert og diskutert med de fire enhetene. Selv om resultater fra en kvalitativ studie ikke kan generaliseres, er det grunn til å tro at funnene i denne studien kan være gjenkjennbare og gyldige for andre, også fordi mye er sammenfallende med funn fra tidligere forskning,

## KONKLUSJON

Denne studien viser at for å lykkes med implementering av kunnskapsbasert praksis er det viktig å ha en leder med positiv holdning som motiverer ansatte og skaper forutsetninger for utviklingsarbeid. Når en slik holdning preger arbeidsmiljøet understøtter det åpenhet og samarbeid, og dette gjør det mulig å stille spørsmål, dele erfaring og reflektere over praksis. KBP må være satt på dagsorden og her har lederen en nøkkelrolle både som tilrettelegger, pådriver og oppfølger. I tillegg er det nødvendig med faglige pådrivere som har spesiell kompetanse innen KBP. Det kreves et samspill mellom disse faktorene for at implementeringen og utviklingsarbeidet skal lykkes. I det aktuelle samarbeidsprosjektet mellom sykehus og høgskole vil resultatene fra denne studien danne grunnlag for videre

implementering av KBP som arbeidsform. Dette for å styrke kvaliteten i praksis og den profesjonelle utviklingen og å bidra til å videreutvikle praksisplassen som læringsarena. I videre forskning på implementering av KBP vil det kunne være klargjørende å ha fokus på en utvidet forståelse av KBP, både som trinnvis modell og som holdning til faget.

### **Takk**

Takk til deltagende enheter og alle ansatte som deltok i studien og gjorde den mulig. Takk til våre arbeidsgivere på sykehuset og i høgskolen som har muliggjort gjennomføring av denne studien.

### **Forskernes bidrag**

Datainnsamling, analyse og tolkning av data ble utført av NN, NN og NN, med NN som hovedansvarlig for prosessen. NN, som veileder, var hovedansvarlig for studiens design og utforming av artikkelen i samarbeid med resten av teamet.

### **Finansiering**

Studien mottok økonomisk støtte gjennom samarbeidsmidler fra NN. I tillegg har NN og NN bidratt med en egenandel i prosjektet. De ansatte fikk skrive brevene i sin arbeidstid

### **Referanser**

1. Flottorp S, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Nor Epidemiol.* 2013;23(2):187-96. doi: <http://dx.doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>.
2. Hauck S, Winsett RP, Kuric J. Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *J Adv Nurs.* 2013;69(3):664-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06053.x>.
3. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci.* 2012;7. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-58. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
5. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.* 2005;5(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>.
6. Nordtvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok.* 2. utg. Oslo: Akribes; 2012.
7. Vandvik PO, Eiring Ø. Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16-2011. Oslo: Nasjonalt

- kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig på:  
[www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/foretaksprosjektet-mot-kunnskapsbasert-praksis-i-spesialisthelsetjenesten](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/foretaksprosjektet-mot-kunnskapsbasert-praksis-i-spesialisthelsetjenesten).
8. Helse- og omsorgsdepartementet. HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Rapport 2014. Tilgjengelig på:  
<https://regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>.
  9. Snibsøer AK, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. Sykepleien Forskning. 2012;7(3):234-41. doi:  
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0129>.
  10. Ormstad SS, Underdal H. Informasjonskilder for kunnskapsbasert praksis. Nor Epidemiol. 2013;23(2):221-4. doi: <http://dx.doi.org/10.5324/nje.v23i2.1648>
  11. Hecht L, Buhse S, Meyer G. Effectiveness of training in evidence-based medicine skills for healthcare professionals: a systematic review. BMC Med Educ. 2016;16(1):103. doi:
  12. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning. 2011(2):160-7. doi:  
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098>.
  13. Tacia L, Biskupski K, Pheley A, Lehto RH. Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. Clin Nurs Stud. 2015;3(2):90-6. doi:  
<http://dx.doi.org/10.5430/cns.v3n2p90>.
  14. Reichenpfader U, Carlkjord S, Nilsen P. Leadership in evidence-based practice: a systematic review. Leadersh Health Serv. 2015;28(4):298-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/LHS-08-2014-0061>.
  15. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(8):Cd000125. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub4>.
  16. Sandström B, Borglin G, Nilsson R, Willman A. Promoting the implementation of evidence-based practice: A literature review focusing on the role of nursing leadership. Worldviews Evid Based Nurs. 2011;8(4):212-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x>.
  17. González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):227. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-227>.
  18. Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M, McDonnell A, Tod A, Nolan M. Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. J Adv Nurs. 2011;67(5):1079-90. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x>.
  19. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2014;13(1):8. doi:  
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>.
  20. Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-based practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. Physiotherapy. 2014;100(3):208-19. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001>.
  21. Rycroft-Malone J, Seers K, Chandler J, Hawkes CA, Crichton N, Allen C, et al. The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: implications for the development of the PARIHS framework. Implement Sci. 2013;8. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-8-28>.
  22. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225-30. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1).

23. Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care. NHS Quality Improvement Scotland, 2009. Tilgjengelig på: [www.healthcareimprovementscotland.org/previous\\_resources/hta\\_report/a\\_systematic\\_narrative\\_review.aspx](http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/a_systematic_narrative_review.aspx).
24. Aasekjær K, Waehle HV, Ciliska D, Nordtvedt MW, Hjälmhult E. Management involvement—a decisive condition when implementing evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2016;13(1):32-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12141>.
25. Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(3):CD005470. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005470>.
26. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
27. Berg G. *Skolekultur : nøkkelen til skolens utvikling*. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1999. Tilgjengelig på: [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2009032404029](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009032404029)
28. Hilli Y, Melender HL. Developing preceptorship through action research: Part 1. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(3):470-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12169>.
29. Hilli Y, Melender HL. Developing preceptorship through action research: Part 2. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(3):478-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12216>.
30. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects [Helsinkideklarasjonen]. 1964 (sist revidert 2013). Tilgjengelig på: [www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/).
31. Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID. Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010;7(2):76-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00186.x>.
32. Young T, Rohwer A, Volmink J, Clarke M. What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One.* 2014;9(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0086706>.
33. Rolfe G, Jasper M, Freshwater D. *Critical reflection in practice*. 2. utg. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2011.
34. Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L. Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implement Sci.* 2011;6. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-1>.
35. Pasient- og brukerrettighetsloven. 2001. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 1999-07-02-63. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.
36. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
37. Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Nor Epidemiol.* 2013;23(2):225-31. doi: <http://dx.doi.org/10.5324/nje.v23i2.1649>.
38. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care: not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *BMJ.* 2000;320(7240):954-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7240.954>.
39. Straus S, Haynes RB. Managing evidence-based knowledge: The need for reliable, relevant and readable resources. *Can Med Assoc J.* 2009;180(9):942-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.081697>.
40. Rolfe G. Exercising the nursing imagination: putting values and scholarship back into research. *J Res Nurs.* 2016;21(7):517-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1744987116667441>.