



Masteroppgave

Masterstudium i rehabilitering og habilitering
August 2020

Helsepersonells erfaringer med K2A som kunnskapstranslasjonsverktøy i forbindelse med implementering av høyintensiv gangtrening for slagpasienter

En kvalitativ studie av en implementeringsprosess i et feministisk perspektiv

Kandidatnavn: 700

Emnekode: MAREH 5900

Antall ord: 24891

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

1 INNHOLD

FORORD.....	5
SAMMENDRAG	6
ABSTRACT	7
2 INNLEDNING	8
2.1 Beskrivelse av HITS-prosjektet.....	9
2.2 K2A modellen for kunnskapstranslasjon i HITS prosjektet.....	11
2.3 Tidligere forskning	13
2.4 Studiens relevans	15
2.5 Begrunnelse for valg av tema	16
2.6 Hensikt og forskningsspørsmål	17
2.7 Oppgavens struktur.....	17
3 OPPGAVENS TEORETISKE PERSPEKTIVER	18
3.1 Kunnskapstranslasjon og gapet mellom forskning og praksis.....	18
3.2 Kunnskap og profesjon.....	20
3.3 Kunnskapsutvikling i et feministisk perspektiv	23
4 METODOLOGI	26
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	27
4.2 Fokusgruppe intervjuer.....	28
4.3 Begrunnelse for valg av fokusgruppe intervju som forskningsmetode	29
4.4 Utvalg	29
4.5 Begrunnelse for utvalgskriterier	29
4.6 Intervjuguide	29
4.7 Gjennomføring av fokusgrupper	30
4.8 Dokumentasjon av fokusgruppeintervjuene	31
4.9 Kvalitativ analyse	31
4.10 Analyse av fokusgruppeintervjuer.....	32
4.11 Reliabilitet og validitet	39
4.12 Ethiske vurderinger	39
4.13 Min forforståelse	40
5 PRESENTASJON AV FUNN.....	44
5.1 Erfaringer med HITS som ny behandlingsmetode	44
5.2 Erfaringer i implementeringsprosessen	51
6 DRØFTING AV RESULTATER.....	59

6.1	Aktivt deltagende, praktisk kunnskap og samspill som viktige komponenter i HITS	59
6.2	Resultat, trygghet og intra-aksjon som viktige deler i en implementeringsprosess	65
6.3	Metodiske overveielser.....	70
6.4	Forskningsetiske refleksjoner	74
7	KONKLUSJON.....	76
7.1	Implikasjoner for praksis.....	79
7.2	Forskningmessige implikasjoner	80
8	LITTERATUR	82
9	TABELLER.....	88
10	VEDLEGG.....	90
10.1	Vedlegg 1 – K2A - Modell for kunnskapstranslasjon	91
10.2	Vedlegg 2 – Masterprosjektet HITS, Del 1	92
10.3	Vedlegg 3 – Resultat av implementeringsprosessen av HITS.....	96
10.4	Vedlegg 4 – Litteratursøk.....	97
10.5	Vedlegg 5 – RKR's Kunnskapsoppsummering, høyintensiv gangtrening for slagpasienter ..	98
10.6	Vedlegg 6 – Intervjuguider for fokusgruppeintervjuer.....	103
10.7	Vedlegg 7 – Samtykkeskjema	104
10.8	Vedlegg 8 – Pasienters erfaringer.....	105

FORORD

Jeg vil takke mine kollegaer som har deltatt i studien samt min arbeidsgiver og Fysiofondet, som har gjort det mulig for meg å kunne gjennomføre mine studier og denne masteroppgaven.

Jeg har fått den beste veiledningen og læringsforutsetninger man kan tenke seg av mine veiledere ved OsloMet. Spesielt takk til førsteamanuensis Marte Feiring og førstelektor Siri Tessem som har gitt meg konstruktiv veiledning gjennom skriveprosessen av masteroppgaven, samt var med som medhørere under fokusgruppeintervjuene.

Veiledningen av Jennifer Moore PT, DHSc, NCS ved RKR har gjort det mulig for meg å se løsninger for gjennomføring og resultat fremstilling i HITS prosjektet. Dette har gitt meg mye kunnskap og innsikt i arbeidet med kunnskapstranslasjon. Takk Jenni for at du er inspirerende, støttende og deler med meg av din enorme kunnskap!

Jeg vil også takke min familie som har støttet meg gjennom prosessen med oppmuntring og selvstendighet da jeg har «trukket meg inn i Masterboblen og vært utilgjengelig og kanskje litt kort i kommentarene;) Både mann og barn har sett meg oppløftet og nedbrutt av ny lærdom og forståelser som skal formidles i tekst og akademisk struktur. Helt siden jeg var barn har min familie støttet og oppmuntret ny kunnskap, nøyaktighet og arbeid. Min far oppsummerte alltid dagen med å spørre Hva har du lært i dag Anna? Dette mantra følger meg gjennom livet og gir en verdi til både små og store innsikter. Studiene ved OsloMet og denne masteroppgaven har gitt meg mye ny kunnskap som jeg tar med meg videre i denne filosofien.

Studien handler om kunnskapstranslasjon, erfaringskunnskap og intraaksjonen mellom det teoretiske og det praktiske. Kan praktisk kunnskap læres teoretisk? Kanskje ikke, men teori kan kanskje hjelpe oss at bli bedre praktikere? Filosof Harald Grimen har sagt; “Hverken teori eller praksis er bare en ting” (Grimen 2008), og Gilbert Ryle beskriver at vi besitter både teoretisk og praktisk kunnskap som at: «knowing that» and «knowing how» (Ryle, 1963)

Jeg merket at forståelsen for materialet som ble forsket på endret seg gjennom forskningsprosessen. Jeg fikk gjennom analysen mere innsikt i kunnskap om det jeg forsket på og egen kunnskap om meg selv som forsker. Jeg vil si at jeg har lært mye om tolkning og fremstilling av resultat og å skrive frem det som tilhører essensen i studien. Det er lett å fanges i kunnskapsutvikling og nye innfallsvinkler i det man holder på med.

Karen Barad og hennes feministiske teorier var for meg spennende å ta inn i studien. Den frigjørende filosofien gjør at man både trekker innover og utover. Alt blir ikke så konformt og regid og tanken kan få lov til å stille seg åpen for nye innsikter og muligheter for læring. Den nye lærdommen om intraaksjonisme og samspill synes jeg er givende å ta inn i min videre utvikling av meg i min profesjon. Jeg tillater med å stille spørsmålet: Kan pasienten agere som en katalysator og en aktiv medspiller i prosessen med implementering av kunnskap?

God fornøyelse med lesingen av min masteroppgave!

Håper vi kan diskutere og filosofere sammen ved anledning!

Anna Apelman

08.08.2020

SAMMENDRAG



OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Institutt for fysioterapi
Fakultet for helsevitenskap

Navn: Anna Apelman

Dato: 08.08.2020

Tittel og undertittel:

Helsepersonells erfaringer med K2A som kunnskapstranslasjonsverktøy i forbindelse med implementering av høyintensiv gangtrening for slagpasienter

En kvalitativ studie av en implementeringsprosess i et feministisk perspektiv

Bakgrunn

Kunnskapstranslasjon handler om å minimere «Kunnskap-praksis gapet». Utfra voksende evidens om at høyintensiv gangtrening i rehabilitering etter slag er anbefalt, men ikke fullt implementert i praksis i Norge, ble formål for kunnskapstranslasjon i dette prosjektet den kunnskapsbaserte intervensjonen, HITS (høyintensiv variert, gangtrening for slagpasienter).

Hensikt

Masterstudien hensikt er å studere helsepersonells erfaringer med en implementeringsprosess der K2A brukes som modell for kunnskapstranslasjon. Forskningsspørsmålet for denne studien er: Hvilke erfaringer har helsepersonell med implementeringen av høyintensiv gangtrening hos slagpasienter, ved hjelp av verktøy for kunnskapstranslasjon, K2A?

Teoretisk grunnlag

Studiens teoretiske forankring er knyttet til tre ulike perspektiv, kunnskapstranslasjon og gapet mellom forskning og praksis, profesjoners kunnskapsbase hos helsepersonell i relasjon til kunnskapsbasert praksis, kunnskaputvikling sett i et feministisk perspektiv.

Metode

Studien har et kvalitativt perspektiv der metoden er intervju, designet er fokusgruppe og analysen er tematisk analyse ifølge Braun and Clark (Braun and Clarke 2006).

Funn

Studien viser på at det er viktig med struktur, ledelse og resultatfokusering i en implementeringsprosess, samt at K2A har bidratt til forståelse av prosessen. Funn i studien viser videre at implementeringen av HITS, har foregått i interaksjon mellom teori og praksis. Et av funnene i studien var at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen ble videreutviklet. Videre viser funn i studien på at det er viktig med inter- og intra-aksjon for et vellykket resultat i treningsmetoden HITS.


Konklusjon

Studien viser at K2A modellen fungerer i praksis og at den har vært nyttig for implementeringsprosjektet, under forutsetning at det finnes noen som leder og samspiller med de som skal implementere den nye kunnskapen samt at resultat, trygghet og intra-aksjon er viktige deler i en implementeringsprosess.

Nøkkelord: K2A, kunnskapstranslasjon, høy intensiv gangtrening for slagpasienter, samskaping, intra-aksjon, profesjons kunnskap

Antall ord: 24891

ABSTRACT

	OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY STORBYUNIVERSITETET <small>Institutt for fysioterapi Fakultet for helsevitenskap</small>
Name: Anna Apelman	Dato: 08.08.2020
Title and subtitle:	
Health professionals' experiences with K2A as a knowledge translation tool in implementation of high-intensity gait training for stroke patients	
A qualitative study of the process of implementation in a feminist perspective	
Background	
<p>Knowledge translation is about minimizing the gap between what we know from research and what we actually do in health services. There is growing evidence that high-intensity walking training in post-stroke rehabilitation is recommended, but not fully implemented as it regards to the Norwegian practice. The purpose of knowledge translation in this project became the knowledge-based intervention, HITS (high-intensity varied, walking training for stroke patients).</p>	
Purpose	
<p>The purpose of this master's thesis is to study the experience of healthcare professionals in an implementation process where K2A is used as a model for knowledge translation. The research question formulated for this study is the following: What experiences do healthcare professionals have with the implementation of high-intensity walking training in stroke patients, using knowledge translation tools, K2A?</p>	
Theoretical basis	
<p>The theoretical anchoring of the study is linked to three different perspectives, knowledge translation and the gap between research and practice, the practical knowledge among health professionals in relation to knowledge-based practice, and knowledge development seen from a feminist perspective.</p>	
Method	
<p>The study adopts a qualitative perspective and the design is focus group interviews and thematic analysis according to Braun and Clark (Braun and Clarke 2006).</p>	
Findings	
<p>The study also shows that it is important to have structure, management and focus on results in an implementation process, and that K2A has contributed to an understanding of the process. Findings show that knowledge and results are related to each other, (theory is found integrated in practice), and that results are important for creating new knowledge. One finding of the study was that the practical and experience-based knowledge was further developed. Furthermore, findings show that inter- and intra-action for a successful result in the training method HITS is important.</p>	
Conclusion	
<p>The study shows that the K2A model is given descriptions of working in practice and that it has been useful for the implementation project in this study, provided that there is someone who leads and interacts with those who will implement the new knowledge. This study also shows that results, security and intra-action may be important factors as a prerequisite for good outcome when implementing new knowledge.</p>	
<p>Keywords: K2A, Knowledge translation, high intensive walking training for stroke patients, co-creation, intra-action, professional knowledge</p>	
<p>Words: 24891</p>	

2 INNLEDNING

Kunnskapstranslasjon innenfor helsetjenesten handler om å eliminere gapet mellom forskning/ evidens og klinisk praksis. Forskning har vist at 30-40 % av pasientene ikke får evidensbasert behandling og at 20-25% av pasientene får helsetjenester som ikke trengs eller er potensielt farlige (Graham, et al. 2006; Janzen, et al. 2016; Lynch, et al. 2018; McGlynn, et al. 2003; Moore, et al. 2017). I vårt samfunn produseres ny forskning/evidens konstant, som kan bidra til effektive tiltak, dersom den brukes i pasientbehandling. Befolkningen vil ikke kunne profittere på ny kunnskap, hvis ikke forskningsfunn/evidens brukes i planlegging av helsetjenester og i direkte pasientbehandling (Eccles, et al. 2005; Moore, et al. 2017).

Kunnskapsbasert praksis er et innarbeidet begrep i Norge som kombinerer forskningsevidens, pasientens verdier og klinisk erfaring i behandlingsvalg. Kunnskapstranslasjon bygger på kunnskapsbasert praksis, men det har vist seg at å endre praksis ofte er en omfattende prosess, og at det er behov for metoder som sikrer vellykket implementering. Kunnskapstranslasjon eller KT er en koordinert prosess med aktiviteter for å få til varige endringer i helsepraksis. Gjennom samarbeid blir forskning og kunnskapsutvikling styrket. Sluttbrukere av forskning (pasienter, helseledere, klinikere) engasjeres i å utvikle relevante forskningsspørsmål og i forskningsprosessen (Berg et al 2016).

Etter årtusenskiftet har det vokst fram flere fagmiljøer og fagtidsskrift som er opptatt av hvordan ny forskningsbasert kunnskap kan føre til bedre behandling for pasientene, og hvordan denne kunnskapen skal implementeres. De engelske betegnelse på disse fagområdene er mange: implementation science, knowledge transfer, knowledgeexchange, knowledge broking og knowledge translation, for å nevne noen. Begrepene er delvis overlappende, men i floraen av nye uttrykk er det også viktige nyanser. Fellestrekket er like fullt at de alle er opptatt av forhold som hemmer og fremmer innføringen av ny kunnskap i klinisk praksis.

I 2016 initierte RKR (Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering) et kunnskapstranslansjonsprosjekt, med mål om å påskynde ny kunnskap inn i klinisk praksis. Prosjektet omfattet kvalitetsmessig og standardisert bruk av måleverktøy og intervensjoner innenfor rehabiliterings tjenestene i Helse Sør-Øst Regionen (HSØ), forbedret effekt av behandling og

utvikling av et nettverk av fagfolk med spesiell kompetanse i translasjonen av kunnskap til handling og implementering basert på "Kunnskap til Handling" modellen (Berg 2016), (se Vedlegg 1). Prosjektet hadde to hovedaktiviteter; 1. Utvikling av en database med kunnskapsoppsummeringer for både nye terapier og standardiserte måleverktøy og tester, og 2. Utdanne et nettverk av kunnskapseksperter og kunnskapsambassadører til hjelp i bruk av kunnskapsoppsummeringer i rehabiliterings tjenester i HSØ. En første kunnskapsekspertgruppe ble startet opp i 2016.

2018 initierte RKR ytterligere et prosjekt med hensikt å identifisere eventuelle gap mellom praksis og anbefalingene i Nasjonale retningslinjene for rehabilitering og behandling av hjerneslagpasienter i HSØ (Helse Sør Øst). Dette prosjektet samt min delaktighet i arbeidet med den første gruppen med kunnskapseksperter, har inspirert meg til denne studien med hensikt å følge implementeringsprosessen til en av de anbefalingene i retningslinjen i praksis. De nasjonale retningslinjene for slagrehabilitering anbefaler blant annet oppgavespesifikk trening for å gjenvinne gangfunksjon etter et hjerneslag (Helsedirektoratet 21.12.2017).

Som «Kunnskapsekspert» med interesse for kunnskapstranslasjon, gap mellom teori og praksis og mekanismer for endring, har jeg valgt å sette søkelys på kvalitative aspekter og erfaringer som helsepersonell har i en implementeringsprosess i denne masterstudien. Utfra voksende evidens om at høyintensiv gangtrening i rehabilitering etter slag er anbefalt, men ikke fullt implementert i praksis i Norge, ble formål for kunnskapstranslasjon i dette prosjektet den kunnskapsbaserte intervensjonen, HITS (høyintensiv variert, gangtrening for slagpasienter).

2.1 BESKRIVELSE AV HITS-PROSJEKTET

Studien handler om kunnskapstranslasjon og implementering av treningsintervensjonen HITS, «Høy Intensiv gangTrening for Slagpasienter». HITS ble implementert i klinikken ved Unicare Bakke i Halden under 2019, med K2A (Knowledge to Action) som modell for planlegging, innhenting av kunnskap, oppfølging i prosessen, samt vurdering av resultater og endring av praksis.

Unicare Bakke i Halden er en institusjon i spesialisthelsetjenesten som tilbyr spesialisert tverrfaglig rehabilitering for blant annet slagpasienter. Implementeringsprosjektet ble ledet av Anna Apelman, masterstudent, men også teamleder for det tverrfaglige teamet som arbeider med slagrehabilitering på Unicare Bakke. Helsepersonell i teamet var behandlere av pasienter samt informanter og kunnskapsbærere i implementeringsprosessen av en ny behandlingsintervensjon.

Forskningsprosjektet hadde i sin helhet 5 overgripende mål:

- Implementere «Høy Intensiv gang-Trening for Slagpasienter/HITS», ved hjelp av prosessen skissert i K2A modellen.
- Identifisere barrierer og hva som skal til for å tilrettelegge bruk av gangtrening med høy intensitet i klinisk praksis.
- Identifisere helsepersonells vurderinger av implementeringsprosessen.
- Identifisering av helsepersonells erfaringer knyttet til bruk av verktøy for kunnskapstranslasjon, her K2A.
- Identifisering av helsepersonells oppfatninger knyttet til trening med høy intensitet for pasienter med hjerneslag.

Forskningsprosjektet rommer 2 delprosjekter:

1. Hovedprosjektet i studien var: Implementering av treningsintervensjonen «Høy Intensiv gang Trening for Slagpasienter» (HITS). Delprosjekt 1 er den praktiske delen i prosjektet og beskrives her kort for å vise formålet for kunnskapstranslasjon og hvordan dette prosjektet var organisert og gjennomført. Prosjektet er dokumentert og beskrevet etter hver fase i sirkelen for handling i K2A-modellen (se Vedlegg 2+3).

2. Masterprosjektet er en beskrivelse av prosessen rundt implementeringen av HITS med K2A- modellen. Masteroppgaven tar utgangspunkt i det kvalitative og det erfaringsbaserte i implementeringsprosessen av HITS som metode. Delprosjekt 2, danner grunnlaget for den kvalitative studien med å beskrive helsepersonells erfaringer i prosessen rundt implementeringen av HITS ved hjelp av K2A-modellen.

2.2 K2A MODELLEN FOR KUNNSKAPSTRANSLASJON I HITS PROSJEKTET

Kompleksiteten i kunnskapstranslasjon (KT) er stor (Lynch, et al. 2018). Det er derfor hensiktsmessig å bruke et rammeverk som for eksempel K2A-modellen. Jeg beskriver her i dette kapittel hvordan modellen er brukt i dette prosjektet.

Det finnes flere teoretiske modeller for kunnskapstranslasjon. Ian Graham og kollegaer, har utviklet en modell for kunnskapstranslasjon tilpasset bruk i praksis. Modellen fikk navnet K2A («Knowledge-to-action»), også kalt K2A-modellen (Graham, et al. 2006). I Norge kalles den ofte «Kunnskap til handling»-modellen. Jeg har valgt å bruke benevnningen K2A i denne oppgaven.

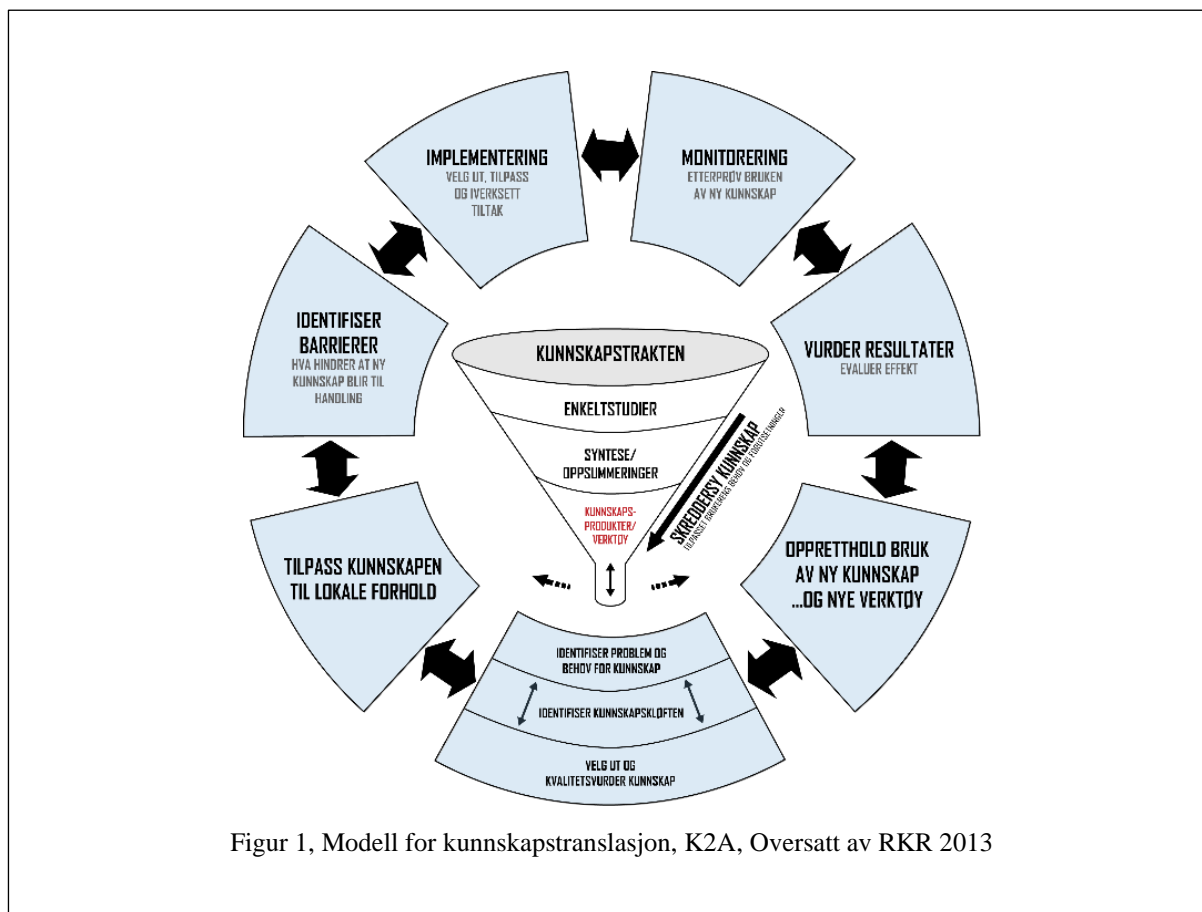
K2A er en modell som viser hvordan kunnskap kan føres til handling i en strukturert form. Modellen består av to deler. I midten av modellen ser vi kunnskapstrakten som handler om å syntetisere og oppsummere kunnskap så at den passer og kan appliseres til rett kontekst. Sirkelen rundt viser de ulike fasene i implementeringsprosessen med å bruke evidensbasert kunnskap i klinikken.

Del 1; KUNNSKAPSTRAKTEN, som viser hvordan kunnskapen syntetiseres og valideres for å tilpasses settingen som den skal brukes i. Kunnskapen består av forskningsevidens fra enkeltstudier, synteser og systematiske kunnskapsoppsummeringer. Kunnskapen skreddersys for å tilpasses klinisk bruk. Sluttproduktet i trakten kalles for kunnskapsprodukter eller verktøy (Graham, et al. 2006).

Del 2; HANDLINGSSIRKELEN, den aktive delen illustrerer overføring og applisering av kunnskap omsatt i handling. Modellen viser implementeringsprosessen i KT i 7 faser som anses bidra til at kunnskapen adapteres. Fasene er dynamiske og kan influere hverandre og bidra til at ny kunnskap genereres tilbake til nye kunnskapsgenererende prosesser i kunnskapstrakten (Graham, et al. 2006).

K2A-modellen er oversatt og illustrert for å tilpasses norske forhold av RKR i 2013 (se Figur 1). En videre forklaring av at det er en modell som inneholder to deler er at denne modellen bygger på et integrert syn på forskning (Berg 2016). K2A er modellen som er valgt av RKR

som teoretisk forankring og modell for KT i deres satsning på felles verktøy for kunnskapstranslasjon i HSØ. Det er på grunnlag av dette som jeg også har valgt K2A som kunnskapstranslasjonsmodell for strukturert implementering og omsetting av kunnskap til handling i denne studien.



K2A modellen gir den teoretiske rammen for studiens og prosjektets fremdrift. Modellen er også styrende for utforming og dokumentering av arbeidsrutiner, praktiske tilpasninger i gjennomførings prosessen, samt løfter frem viktigheten av å måle effekten av en kunnskapsbasert praksis i delprosjekt 1, som var presentert innledningsvis.

Denne studien setter søkelys på erfaringer som helsepersonell har med implementeringen av HITS. Dette plasserer seg i K2A-modellens andre del, Handlingssirkelen. Studien setter søkelyset på erfaringer i Fase 3 (Identifisering av barrierer og hindringer), og Fase 6 (Vurdering av resultater), i K2A modellen. Disse fasene vil være i forkant av samt etter implementering og testperiode i den praktiske delen av prosjektet.

I denne studien og sett i relasjon til K2A-modellens første del, Kunnskapstrakten, så er kunnskapssynteser og kunnskapsoppsummering beskrevet i Nasjonale Retningslinjer for

behandling og rehabilitering ved hjerneslag. I tillegg til disse anbefalingene i Retningslinjene, er kompletterende forskning på effekt av intensiv gangtrening, som beskrives videre i avsnitt 2.3, med på å definere kunnskapsgrunnlaget for implementering av ny kunnskap i praksis relatert til HITS prosjektet i studien. Sammen med lokale praktiske arbeidsverktøy er RKR's Kunnskapsoppsummering for Høy intensiv gangtrening for slagpasienter valgt som kunnskapsprodukt eller verktøy for implementering av HITS i klinikken (se Vedlegg 2+5).

2.3 TIDLIGERE FORSKNING

Å gjenvinne gangfunksjon og mobilitet etter hjerneslag er et viktig, tidlig mål for mange hjerneslagpasienter. Muligheten for å oppnå vanlig gangfunksjon avhenger både av omfanget og lokalisasjonen av hjerneslaget. Mange hjerneslagpasienter (80-95 %) gjenvinner noe gangfunksjon, men de fleste av disse går med redusert funksjon som lav hastighet og kort rekkevidde, og har behov for hjelpemidler for å ivareta egen sikkerhet (Katz, et al. 2009). Grad av gangfunksjon har klar sammenheng med hvor pasienten blir utskrevet til, institusjon eller hjem, samt videre helsestatus og deltakelse i samfunnet (Lord and Rochester 2005; Ryan, et al. 2000; West, et al. 2013).

Variasjonen av utfall etter et hjerneslag er stor. Vanlige funksjonsbortfall i forhold til gangfunksjon er svakhet i benmuskulatur, pareser, spastisitet, nedsatt koordinasjon og balanse. Nedsatt gangevne relateres til nedsatt ganghastighet, spatiotemporale asymmetrier, ineffektivitet i gangmønster og nedsatt aktivitet i daglig liv (Hornby, et al. 2016).

Høyintensiv gangtrening som intervensjon for å gjenvinne gangfunksjon og selvstendighet etter et hjerneslag har vist gode resultater dersom intensiteten og variasjonen er tilstrekkelig (Hornby, et al. 2019). Omfanget av oppgavespesifikk gangtrening som blir gjort under rehabilitering etter slag påvirker gang- og forflytningsevne i stor grad. Forskningen viser at økt dosering i intensitet og variasjon er kritisk viktige elementer i treningen. Hornby et al viser i sin studie at høy intensitet og variasjon i "stepping practice", øker ganghastighet og gangdistanse for slagpasienter (Hornby, et al. 2019). De viser videre også at med denne doseringen av gangtrening så forbedres også symmetrien i gangen og gangevne generelt, som i sig innebærer forbedret balanse og sikkerhet i forflytning (Hornby, et al. 2019). Nylig viste en studie i Norge at høyintensiv «stepping training» under inneliggende

rehabiliteringsopphold gav signifikant bedre gangkapasitet og hastighet samt bedre balanse hos slagpasienter jamført med konvensjonell fysioterapi (Moore, et al. 2019).

I Retningslinje for slagbehandling, anbefaling 4.3.3 og 4.3.4, (trening med høy intensitet av gangfunksjon og/eller balanse og oppgavespesifikk trening), viser trender mot at trening med høy intensitet kan øke gangfunksjon og ADL-funksjon sammenlignet med trening med lav intensitet, samt at treningen skal være oppgavespesifikk (Helsedirektoratet 21.12.2017). Disse anbefalingene kompletteres med annen forskning fra de to siste tiårene som viser at store mengder gangtrening ("stepping practice") kan bedre gangfunksjonen for hjerneslagpasienter betydelig (Holleran, et al. 2014; Moore, et al. 2010), samt at repeterende gangtrening ("stepping training") som utføres med moderat til høy intensitet er blitt vist å ha signifikant bedre resultater enn konvensjonell fysioterapi (Hornby, et al. 2011; Macko, et al. 2005; Schmidt and Lee 2013). I tillegg viser andre studier at intensiv gangtrening kan være særlig viktig i den første tiden etter hjerneslaget, og den kan forsterke effekten av funksjonsfremgangen (Krakauer, et al. 2012; Moon, et al. 2017).

Nyere data viser at oppgavespesifikk gangtrening under økt kardiovaskulær belastning og intensitet kan være utslagsgivende for maksimal gjenvinning av gangkapasitet for overlevende etter hjerneslag (Moore, et al. 2019). Gangtreningen som tilbys skal være oppgavespesifikk, altså at man trener på å gå, høyintensiv med krav på intensitet og aerobisk utfordring samt inkludere variasjon i oppgaver og miljø (Hornby, et al. 2019; Hornby, et al. 2015; Hornby, et al. 2020). Gangtrening bedrer gangfunksjon, men har også overføringsverdi til ikke-gangrelaterte oppgaver (non-locomotor tasks) så som forflytning, styrke og balanse (Hornby, et al. 2015; Straube, et al. 2014; Veerbeek, et al. 2014). Studier viser at variert gangtrening fører til større forbedringer i gangfunksjon enn kun gangtrening fremover på tredemølle. Variasjonen kan være gange i flere retninger, med hinder og i trapp. Denne variasjonen fører til feil og behov for kompensering som i sin tur fremmer læring og neuroplasticitet i det sentrale nervesystemet (Holleran, et al. 2014; Hornby, et al. 2015; Shumway-Cook and Woollacott 2012).

I denne studien er den samlede forskningsevidensen for høy intensiv gangtrening etter slag, samlet i en kunnskapsintervensjon, en kunnskapsoppsummering, som veileder teorien inn i praksis gjennom å bruke FITT-prinsippet for å dosere treningen i HITS, (Se Vedlegg 4). FITT

står for (Frekvens, Intensitet, Tid, Type), og er en anbefalt evidensbasert metode å bruke innenfor kunnskapstranslasjon og rehabilitering (Moore, et al. 2017). Videre inneholder denne oppsummeringen veiledning i hvordan pasienten skal testes samt referanseverdier for pasienter i denne populasjonen, som kan bidra til evaluering av effekt og resultater.

2.4 STUDIENS RELEVANS

Som komplement til tidligere veldokumenterte resultater med bruk av K2A som modell for kunnskapstranslasjon, omfattende kvantitativ dokumentasjon på at høyintensiv gangtrening etter slag kan anbefales, samt utførlige beskrivelser av hvordan treningen skal utføres og gjennomføres i praksis, var jeg interessert i å gi et bidrag i dokumentasjonen av de kvalitative aspektene med å bruke metoden HITS.

Med hjelp av medisinsk bibliotekar gjorde jeg et søk i databaser for å finne tidligere studier som var gjort innenfor den samme tematikken som denne studien har. Søkekriteriene som vi brukte var; stroke, knowledge translation, K2A, model* or framework. Dette søket resulterte i 2116 treff i Medline og Cinahl, samme søk gav ingen treff Academic Search Ultimate eller SweMed. Med utgangspunkt i disse 2116 resultater ble eksklusjonskriterier som «upper-limb», «disability» og «community based» lagt til. Dette gjordes for å spisse søket til tematikken i denne studien. Ingen studie matchet 100% med søkekriteriene som vi valgt, ingen handlet om høyintensiv gangtrening og K2A. Vi fant 17 studier i Cinahl, og 39 studier i Medline, som hadde brukt K2A som modell for KT innenfor slagrehabilitering. De 56 studiene handlet om effekt og bruk av kunnskapstranslasjon i forbindelse med slagbehandling og rehabilitering i ulike settinger og ulike behandlings metoder, for eksempel kognitiv rehabilitering, bruk av måleinstrumenter, E-læringssystemer, evaluering av KBP, utvikling av rammeverk for KBP osv. Søkeshistorikken kan ses i Vedlegg 4.

Jeg mener at studien er relevant som komplement til annen forskning som finnes innenfor de samme temaene som denne studien har. Dette påstår jeg på grunn av at det finnes studier som viser til erfaringer innenfor kunnskapstranslasjon med bruk av f.eks. K2A, men ikke i relasjon til høy intensiv gangtrening for slagpasienter. Samtidig finnes det heller ikke studier som beskriver spesifikt fysioterapeuters erfaringer i en implementerings prosess vha K2A (Knowledge to Action), som modell for kunnskapstranslasjon.

2.5 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA

Kunnskapstranslasjon handler om å minimere gapet mellom det vi vet fra forskning og det vi faktisk gjør i helsetjenestene (Moore, et al. 2017). Lynch et al beskriver at faktisk bare 2,5% av publisert forskning innenfor slagrehabilitering beskriver hvordan kunnskapen i forskningen skal brukes i praksis (Lynch, et al. 2018). Dette «Kunnskap-praksis gapet» innebærer at brukere av helsetjenestene risikerer å møte en praksis som ikke er kunnskapsbasert. At en helsetjeneste er kunnskapsbasert vil si at den er i tråd med den mest oppdaterte kunnskapen på feltet. Dette er viktig for at behandlingen som gis blir den beste for pasienten og at bl.a. ny kunnskap kommer pasienten til gode. Helsepersonell lærer seg prinsipper for livslang læring ved universitet og høyskoler, med mål om at de etter endt utdanning er endringsvillige og i stand til å holde seg oppdatert. Utfordringen er å få til det i praksis i en vanlig arbeidshverdag. Med bakgrunn i min profesjonsutøvelse som fysioterapeut gjennom mange år på sykehus og i rehabiliteringsinstitusjon, samt arbeid med ledelse er dette refleksjoner som jeg har gjort meg:

- Helsepersonell erfarer stadig at de får nye oppgaver, og at de samtidig skal jobbe kunnskapsbasert. Hvordan påvirkes deres innstilling til en slik hverdag og at nye prosjekter og metoder skal innføres? Erfares mange hindringer eller motstand i slike prosesser?
- Er kunnskap om endringsmekanismer og kompetanse på hvordan mennesker adapterer og bruker ny kunnskap like viktige som den faktiske forskningsevidensen? Hvor læres denne kunnskapen? Kan en metode for kunnskapstranslasjon bidra til at ny kunnskap tas i bruk i praksis og at den kommer pasienten til gode?

Det finnes dokumentasjon på at kunnskapstranslasjon er effektivt, nyttig og kostnadsbesparende (Janzen, et al. 2016; Moore, et al. 2017). Slik evidens er ofte av kvantitativ art og målt med tall og effektmål. Mitt mål med denne studien er å belyse hvordan praktisk arbeid med å minimere kunnskap-praksis gapet erfarer utfra et kvalitativt perspektiv. Jeg er også opptatt av det som mennesker opplever i endringsprosesser og hva som skal til for å overvinne barrierer for endring.

2.6 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

I denne studien var intervensjonen HITS, høyintensiv gangtrening for slagpasienter, formål for implementering. Masterstudiets hensikt er å studere helsepersonells erfaring i en implementeringsprosess der K2A brukes som modell for kunnskapstranslasjon, og forskningsspørsmålet i relasjon til dette er formulert som følger:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med implementeringen av høyintensiv gangtrening hos slagpasienter, ved hjelp av verktøy for kunnskapstranslasjon, K2A?

2.7 OPPGAVENS STRUKTUR

Med bakgrunn i innledende teori og forankring av studien til tidligere forskning og kunnskapsprosjekter i samfunnet, redegjørelse for forskningens tilnærming samt konkretisering av hensikt og forskningsspørsmål for studien, vil jeg i det følgende presentere mitt teoretiske perspektiv for studien. I metodekapitlet redegjøres for mitt vitenskapsteoretiske ståsted, mine metodiske valg, studiens informanter, analysen og refleksjoner rundt analyseprosessen, min rolle som forsker, samt etiske aspekter. Utgangspunktet for analysen relateres til studiens hensikt og forskningsspørsmål, samt teoretisk ståsted. Så presenteres studiens funn, som i diskusjonsdelen drøftes opp mot teorigrunnet og erfaringsbasert kunnskap. Til sist vil en oppsummering presenteres i konklusjonsdelen, før jeg avslutningsvis vil si noe om forskningens kunnskapsbidrag og veien videre.

3 OPPGAVENS TEORETISKE PERSPEKTIVER

Denne studien vil ta et kvalitativt forskningsperspektiv med et hermeneutisk utgangspunkt for kunnskapsutvikling med beskrivelser av virkeligheten via persepsjon, intensjonalitet og fortolkning. Samtale som kommunikasjonsform vil være det som formidler kunnskap i denne studien. Samtalen er grunnleggende og kanskje den mest gyldige formen for kunnskapsutvikling vi kjenner til. De kjente filosofene Sokrates, Aristoteles og Platon brukte spørsmål og dialog som en grunnleggende metode for å beskrive og tolke verden i en vitenskapelig sammenheng. Kanskje også kunnskapstranslasjon kan relateres til at det begynner med samtale og kommunikasjon, hvordan kunnskap overføres fra en til en annen eller fra et miljø til et annet? Samtalen er også det naturlige utgangspunktet for det kvalitative forskningsintervjuet som er forskningsmetoden i denne studien.

Jeg har valgt å knytte studiens teoretiske forankring til tre ulike perspektiv. Det første er perspektivet er kunnskapstranslasjon og gapet mellom forskning og praksis, det andre er teori om profesjoners kunnskapsbase hos helsepersonell i relasjon til kunnskapsbasert praksis og det tredje perspektivet er kunnskapsutvikling sett i et feministisk perspektiv.

3.1 KUNNSKAPSTRANSLASJON OG GAPET MELLOM FORSKNING OG PRAKSIS

Slik definerer Ian Graham, Canadian Institute of Health Research begrepet kunnskapstranslasjon:

«Knowledge Translation - a dynamic and iterative process that includes synthesis, dissemination, exchange and ethically-sound application of knowledge to improve the health of people, provide more effective health services and products and strengthen the health care system. » (Graham et al, 2006)

Kunnskapstranslasjons prosesser kan beskrives som at klinikere og forskere identifiserer relevante kliniske problemstillinger og avdekker behov for ny kunnskap i den kliniske hverdagen i en kunnskapsbasert praksis. Essensen handler om å identifisere om det finnes et gap mellom den behandlingen pasienter mottar, og de metodene som oppsummert forskning viser har best effekt og hvordan disse kan brukes i praksis.

Et økende antall forskere, politikere, helseforetak og personal støtter kunnskapstranslasjon som konsept, og som kommer til uttrykk i mange forskjellige former. Graham, Tetroe og Strauss' forskergruppe beskriver det som at kunnskapstranslasjon kan sies å stamme fra to forskjellige paradigmer (Bowen, Sara og Graham, Ian 2013, kap 1.2).

Det ene paradigmet, med biomedisinske røtter, ser på kunnskapstranslasjon mer som kunnskapsoverføring. I dette paradigmet ses evidensen på som at forskere legger føringer på hva som er evidens og at brukere av forskningen er subjekt for evidensen og de som skal samarbeide slik at forskningen når sin effekt. Utfordringen kan være at forskningen ikke er tilpasset klinikken eller de som ønsker bruke den. Ved denne type forskning eller i dette paradigmet vil kunnskapstranslasjon bidra til å tilpasse forskningen til praktisk bruk og gi føringer på hvordan resultater kan brukes i praksis (Bowen 2013).

Det andre paradigmet har røtter i det sosialvitenskaplige, og representerer det delaktige synet på kunnskap og evidens. Her ses kunnskapsproduksjon på som at den blir til i et samskapende mellom forskere og klinikere eller brukere av kunnskapen. De bruker «shared decision making» som plattform for forskning, og ser på hverandre som likeverdige partnere. Fokus for kunnskapstranslasjon i dette paradigmet er å øke implementeringen av forskningen gjennom bedre kvalitet og relevans for evidensen (Bowen 2013).

Innenfor kunnskapstranslasjon er gapet mellom forskning og praksis et avgjørende element som har betydning for om disse to forenes i klinisk praksis. I det biomedisinske kunnskapsoverførings paradigmet beskrives det at kunnskapen kan «pushes inn» i klinikken av forskere samt at klinikere kan «trekke inn» ny kunnskap i klinikken. Synet på kunnskapsoverføring er diskutert i relasjon til kunnskapsbasert praksis, og hvordan kliniske retningslinjer adapteres og brukes. Det er ofte at kunnskapen som ligger til grunn i disse sammenhenger ikke appliseres i praksis. Det savnes ofte inkludering av klinikere i en tidlig fase da retningslinjer og forskningsresultater produseres. I dette paradigmet ses kunnskapsgapet på som en glipp i kunnskapstranslasjon. I det sosialvitenskaplige og samskapende paradigmet ses kunnskapsgapet mer på som en feil i kunnskapsproduksjonen. Det kan være at forskningsresultater ikke er tilstrekkelig definerte eller at de ikke treffer det som er prioriterte problemstillinger i klinikken eller for dem som bygger opp helsetjenester.

K2A-modellen, som brukes i denne studien, er et resultat av et samarbeid mellom forskningsmiljøer innenfor kunnskapstranslasjon i Canada. De ønsket å forene de to paradigmene i en integrert modell for kunnskapstranslasjon. Målet var å sette fokus på å forbedre forskningen så at den er viktig for de som skal bruke den og at forskningen produseres i samråd med klinikken nær utøvende praksis. Dette «tredje paradigmet» benevner gapet mellom forskning og praksis som «Kunnskap til Handling gapet» (Bowen 2013).

3.2 KUNNSKAP OG PROFESJON

Denne oppgaven handler om translasjon av kunnskap i en kunnskapsbasert praksis. Mitt fokus er å belyse og sette ord på erfaringer og kunnskapen som helsepersonell besitter og bruker i relasjon til oppgavens hensikt og forskningsspørsmål. I dette kapitlet vil jeg presentere noen teoretiske aspekter av kunnskap hos helsepersonell og hvordan den kan ses på i relasjon til kunnskapsbasert praksis (KBP).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) eller Evidence-based-medicin (EBM) har sin historie i utvikling av systematiske forskningsoppsummeringer fra MC Master Universitetet på 1980-tallet. De jobbet for å systematisere evidensbasert kunnskap i metaanalyser og oversiktsartikler (Greenhalgh, et al. 2014; Helsebiblioteket 2018). Forskningstradisjonen innenfor helsetjenesten var på den tiden påvirket av et positivistisk kunnskapsideal, som i stor grad fokuserte på de ontologiske spørsmålene med et biomedisinsk syn på mennesket og naturvitenskapelige metoder (Aadland 2011). Størst evidens og status tilhørte forskningsresultater fra store RCT studier. Dette hadde sin årsak i at man ønsket å finne evidens og behandlingsmetoder som kunne forhindre skade og feil behandling innenfor medisinen og forskningen (Dahl-Michelsen and Groven 2018).

Goldenberg beskriver at EBM sies å stå for et paradigmeskifte i medisinsk utdanning og utøving med et økt interesse og entusiasme for forskning som ikke har vært observert siden positivismens dager (Goldenberg 2006). Hun beskriver videre at evidensbegrepet i EBM har vært problematisert og debattert innenfor vitenskapelig filosofi. Post-positivistiske filosofer med fenomenologiske og hermeneutiske perspektiver har kritisert det positivistiske fakta-begrepet som den eneste forståelsen av vitenskapelig evidens (Aadland 2011). Positivistisk eliminasjon av komplekse sosiale sammenhenger, kultur, miljø og de subjektive erfaringene

og kunnskapene kan ses på som objektiv og empirisk, men denne reduksjonisme gir ikke rom for at mennesker ikke er bare en kropp, men et menneske satt i en sammenheng (Goldenberg 2006).

Epistemologi er filosofen om kunnskap og rommer en langvarig diskusjon om hva kunnskap er og hvordan den videreutvikles. Kunnskap er et stort tema i denne studien og omtales i mange sammenhenger og former. Fremst vil den erfaringsbaserte og den praktiske kunnskapen hos helsepersonell være i fokus. Helsepersonell er mennesker som jobber med mennesker og da vil alltid erfaringer, tolkninger og komplekse sammenhenger være tilstede. Innenfor den hermeneutiske filosofien er fortolkning sentralt, hvordan forstå og tolke omgivelsene sine. Aadland skriver at det er på bakgrunn av denne forståelsen som er oppnådd som vi velger å handle (Aadland 2011). I hermeneutisk forstand er alle fordommer bevisste eller ubevisste, positive eller negative. Fordommer skapes gjennom erfaringer og kulturell (setting)ramme eller forståelse. Det handler om tanker, ideer, vurderinger og verdier som samles i en induktiv prosess (Aadland 2011).

Profesjonell yrkesutøvelse er basert på både vitenskapelig kunnskap og erfaringsbasert praksis. Profesjonsutøvelse innenfor autoriserte yrker innebærer å forvalte vitenskapelig kunnskap i sitt yrkesutførende (Grimen 2008). Teoretisk bygger helsefagene på kjemi, fysikk, biologi, psykologi m.m. og har videre som formål å behandle, forebygge, diagnostisere m.m. Helsefagene har også formål utenfor seg selv og er derfor heteroteliske (står i disse verdiers tjeneste) (Grimen 2008). Helsefagene skal utføres til folks beste og bidra til kunnskapsutvikling. Verdivalg, etikk og moral vil alltid gjøre seg gjeldende i helsetjenesten og praksisdimensjonen i yrkesutøvelsen innebærer ikke bare anvendelse av kunnskap, men således også avgjørelser av moralsk, etisk og juridisk skjønn. For dette kreves kunnskaper og ferdigheter og kunnskapsbasisen er mangfoldig. Helsepersonell må videre ha ferdigheter og kunnskaper for å kunne kommunisere med pasientene, forstå deres livssituasjon og ha kunnskap om faktorer som kan påvirke helse, sykdom og bedring. Mange av disse faktorene er av sosial og kulturell art og komplekse sammensetninger (Grimen 2008). Det finnes mange beskrivelser av praktisk kunnskap; taus kunnskap, ferdighetskunnskap, personligkunnskap, vanemessig kunnskap, hverdagskunnskap, handlingskunnskap mfl (Grimen 2008). Praktisk kunnskap kjennetegnes av at kunnskapens form og innhold ikke kan skilles fra individene som har den eller fra de situasjonene hvor den blir lært og anvendt. Kunnskapen er indeksiell,

dvs at den peker på noe, for eksempel kunnskapsbæreren eller brukssituasjonen. Kunnskapen kan også indekseres, graderes, som sterk eller svak. Praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn (Grimen 2008).

Det forutsettes at helsepersonell i dag jobber etter prinsipper for kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis består av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap samt i hvilken setting helsetjenesten gis. Formålet for Kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget for helsearbeidere samt å stimulere til reflektert og forskningsbasert bruk av kunnskap. Det kan gjelde i enkeltsituasjoner, ved pasientinformasjon til grupper eller ved utforming av prosedyrer på en arbeidsplass og i nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket 2018). I denne studien er den erfaringsbaserte kunnskapen i fokus i form av at det er helsepersonells erfaringer og kunnskap i en implementeringsprosess, som danner grunnlag for ny kunnskap i studien. (Indirekte kan også den forskningsbaserte kunnskapen som HITS bygger på sies inkludert.) Den erfaringsbaserte kunnskapen er både praktisk og teoretisk og består av bl.a. kliniske ferdigheter, samhandling og kommunikasjonsevner som helsepersonell besitter (Helsebiblioteket 2018).

I et historisk perspektiv forklarer Grimen to klassiske modeller for å forstå forholdet mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Den første, og den eldste, betrakter praktisk kunnskap som bruk av teori. Teoretisk kunnskap blir da primær, praksis er omsatt teori. (KBP var en utvikling av dette kunnskapssynet.) Den andre modellen baserer kunnskapen på underlag av praksis. Praktisk kunnskap blir da primær. Teori springer ut fra praktisk kunnskap og kan forstås som en type artikulering av praksis (Grimen 2008). Begge disse forståelsesmodellene har fått kritikk for å være ufullstendige i å identifisere primærkilder for kunnskap. Hverken teori eller praksis er bare én ting (Grimen 2008). Disse forståelsesmodellene kan ligge til grunn for forståelsen av kunnskapsbasert praksis, men de gir ikke et helhetlig bilde av hvordan helsetjenester skal utformes i dag.

Disse linjære forståelsesmodellene av teori og praksis, kan ses på som dualistiske og sette verdier opp mot hverandre. Hvis teori og praksis forklares på denne måten, vill det alltid utøves en ubalanse og et maktspill mellom ulike kunnskaper. Et slikt kunnskapssyn ville definere den kunnskapsbaserte praksismodellen som en Hierarkisk modell, der elementene rangeres. I en slik modell forklares ikke samspill eller interaksjon. Med de to

forklaringsmodellene gis ikke brukermedvirkning eller brukerkunnskap en tydelig anerkjennelse som kunnskap, det gjør heller ikke miljø og kontekst. Disse forklaringsmodellene kan ligge til grunn for dagens forståelse av kunnskapsbasert praksis, men ikke forklare hvordan helsetjenester skal utformes i dag, men de viser at kunnskap kan være både teoretisk og praktisk.

3.3 KUNNSKAPSUTVIKLING I ET FEMINISTISK PERSPEKTIV

En utvikling av disse beskrivelser av teori og praksis som mere linjere kunnskapshierarkier utformer modellen for kunnskapsbasert praksis til å bli mer sirkulær, der man ser at kunnskap leder til kunnskap. Inspirert av Karen Barad`s feministiske teorier om at alt har en innvirkende kraft i samspill med andre, argumenterer Michelsen og Groven for at vi skal se på kunnskapsbasert praksis som et fenomen som blir til gjennom et antall intra-aktive prosesser (Dahl-Michelsen and Groven 2018). De er opptatt av hvordan den beste forskningsbaserte kunnskapen sammen med helsepersonells kliniske erfaring og ekspertise og pasientens eller brukerens verdier og preferanser som kunnskap kan samskape fenomenet kunnskapsbasert praksis. De fremhever kunnskapsbasert praksis som bevisst, tydelig og klok bruk av evidensbasert forskning i valg av behandling eller annet for den enkelte pasienten og det settes spørsmål om hvordan de sirkulære komponentene skal interagere.

Denne studien tar utgangspunkt i erfaringer som helsepersonell har i en kunnskapstranslasjonsprosess der praktisk og teoretisk kunnskap forventes å endres gjennom prosessen. Studien setter søkelys på hvordan K2A oppleves som kunnskapstranslasjonsverktøy og hvordan HITS oppleves å bruke i praksis. Utfra et intra-aktionistisk perspektiv kan ny kunnskap antas genereres i prosessen via en kvalitativ tilnærming i denne studien. Det er erfaringskunnskapen som danner grunnlag for ny kunnskap om HITS som metode og hvordan den utøves i praksis.

I denne studien har jeg valgt å inspireres av Karen Barad`s teorier om kunnskapsutvikling for å bringe frem de kvalitative aspektene i en implementeringsprosess i lys av hennes nytenkende vitenskapssyn, som en motpol til tidligere kvantitativforskning som fokuserer på effekt og resultat.

Karen Barad posisjonerer seg innenfor et feministisk post-humanistisk vitenskapssyn. Hun teoretiserer et moderne syn på epistemologi, ontologi og etikk. Hun bruker begreper som: «Agential realism», «Intra-action» og «Becoming», som sentrale fenomener i hennes paradigme (Barad 2007). Innenfor samfunnsvitenskapen er «Agency» definert som enkeltpersoners evne til å handle selvstendig og å gjøre sine egne frie valg. Det individuelle mandatet i denne sammenhengen handler om hva vi gjør, hvem vi er eller hvordan vi omstiller oss i intraaktiv samhandling. Karen Barad's «Agential realisme» relateres til at ingen relasjoner er forutsigbare uten de er effekten av intra-aksjoner der fenomen er avhengig av hva som observeres (Barad 2007). For eksempel så ses semantiske deler som diskursive enheter i praksis, som jeg også vil bringe inn i denne studien. Metoden i denne studien er fokusgruppe intervjuer, der samtale og kommunikasjon transkribes til tekst som fortolkes. De vil her utgjøre de diskursive enhetene. Min ambisjon er å finne eksempler og empirinære fremstillinger som kan føres videre i en intraaktionistisk/hermeneutisk fortolkning der meningsbærende enheter ses på som «Becoming Knowledge».

Ifølge Karen Barads teori om agensiell realisme, består universet av fenomener, som er "*the ontological inseparability of intra-acting agencies*" (Barad 2007). Intra-action, en neologisme introdusert av Barad, signaliserer en viktig utfordring for naturvitenskapen og metafysikken, (altså det mest påtagelige). For Barad går ikke fenomener eller gjenstander foran deres interaksjon, hun beskriver det som at "objekter" dukker opp gjennom bestemte samhandlinger (Barad 2007). Barad gir oss en ny måte å tenke på forholdene våre, tingene våre, det som betyr noe, naturen og diskursene. Hun tar fenomenet «Inter-action», samhandling, videre til at vi skal se det som «Intra-action», å skape noe sammen. Hun vil utfordre oss i det intraaktive perspektivet i å se at vår måte å gjøre ting på endrer seg, transformerer eller dukker opp. Eksempel: "ikke alle inter-agerer med Corona-viruset, men vi alle intra-agerer med Corona-fenomenet", og i det perspektivet er vi alle ansvarlige for interaksjonen, diskursene, sakene og vårt subjektive ståsted. Interaksjon avleder ansvar mens intra-aksjon fordeler ansvar mellom de aktive partene, samtidig som ansvaret og resultatet ikke eksisterer hver for seg, men kommer frem i forholdet i samhandlingene.

Når vi tenker i termer av intra-aksjon, gir vi opp årsak-virkningsforholdene, subjekt-objekt forhold og individuelle aspekter. I dette perspektivet er ikke etikk og rettferdighet forhåndsbestemt, men alltid dynamisk og i endring samt eksplorerende. Intra-aksjon er ikke

bundet til tid, grenser eller forpliktelser og i den forstanden så hjelper det oss til å samhandle simultant. Jeg har i denne oppgaven valgt å knytte Barads perspektiver til å utfylle Grimens dualistiske modeller innenfor kunnskapsbasert praksis for å belyse at det finnes en mangfoldig relasjon mellom teori og praksis. Jeg vil bruke disse perspektivene inn i drøftingen og fremstillingen av resultater samt mulige implikasjoner videre.

4 METODOLOGI

Denne studien handler om erfaringer som helsepersonell har i en kunnskapstranslasjonsprosess der HITS implementeres som intervensjon. Jeg har valgt å ta et kvalitativt perspektiv der erfaringene løftes frem via fokusgruppe intervjuer og tematisk analyse. Jeg beskriver innledningsvis teoretisk bakgrunn for metodevalget og min forforståelse relatert til dette prosjektet. Deretter beskrives utvalg, gjennomføring, analyse og funn, samt etiske aspekter og studiens validitet og reliabilitet til sist i dette kapittel. Drøfting av funn, metode og videre implikasjoner presenteres i påfølgende kapittel.

Som beskrevet i det innledende teorikapitlet tar denne studien utgangspunkt i interesse for erfaringsutveksling, deling av kunnskap og hvordan kunnskap hos helsepersonell utvikler seg. Fundamentet i studien er å se på samtalen som en kunnskapsproduserende aktivitet og tolkning av innholdet vil gjøres med en hermeneutisk tilnærming.

Samtale kan bli til kunnskapsproduserende aktivitet dersom de blir formalisert i intervjuer innenfor kvalitativ forskning. Innom hermeneutikken studeres tolkning av tekster. Begrepene samtale og tekst er sentrale i den hermeneutiske tradisjonen og man legger vekt ved fortolkerens forkunnskap om en teksts innhold. Forskerens kunnskapssyn har betydning for hvordan man innhenter data, og for hvilke data som innhentes og skapes (Kvale, et al. 2015). Meningsfulle fenomener er hermeneutikkens domene, og handler om menneskelige aktiviteter i seg eller resultater og produkter av dem. Dessuten anses normer, regler, verdier og forestillinger (kulturelle forhold), være med i regulering av menneskelige aktiviteter og medskaper til hva som produseres og hvordan det produseres (Thornquist 2003). Denne studien tar for seg av erfaringer som deles under fokusgruppe intervjuer og analysen vil fokusere på fortolkning og leting etter fenomener og meningsbærende innhold som kan relateres til forskningsspørsmålet. Prosessen med å lete etter forståelsen av det vi forstår, kan forstås ved beskrivelse av den hermeneutiske sirkel, eller spiral, som betegner at for å forstå noe som har mening (en tekst, en historie, et bilde, en handling) må vi alltid i fortolkningen av enkelthetene gå ut fra en viss «forhåndsforståelse» av helheten som detaljene hører hjemme i. Den forståelse vi dermed oppnår av delene, virker så tilbake på forståelsen av helheten og så videre (Thornquist 2003). Aadland skriver at det er på bakgrunn av denne forståelsen som er oppnådd som vi velger å handle (Aadland 2011).

4.1 VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED

Denne studien vil være forankret i en hermeneutisk vitenskapsteoretisk tradisjon innen humanvitenskapen. Utover en hermeneutisk forankring, vil også et feministisk post-humanistisk blikk, inspirert av Barads teorier om agency og intra-aksjon, brukes for å løfte diskusjonen vedrørende samskapning i drøftingsdelen.

Humanvitenskapen har fokusert på kvaliteter ved tilværelsen og forståelsen av hvordan vi kan tenke og oppføre oss mot hverandre. Det som skiller vitenskapelig kunnskap fra andre former av kunnskap, er måten vi får kunnskapen på. Hverdagslig kunnskap innhentes gjennom erfaring, men begrenses ut fra vår forståelseshorisont. Vitenskapelig kunnskap får vi gjennom å drøfte erfaringer opp mot teori ved hjelp av en definert metode. Vitenskapelig kunnskap skal være generell, det vil si at den skal kunne gjelde for et flertall av lignende fenomener og situasjoner. Kunnskapen skal kunne etterprøves og den samme kunnskapen skal kunne finnes av forskjellige forskere (Aadland 2011).

Hermeneutikk er fortolkningskunst eller forståelselære, særlig av bibelske og filosofiske tekster, men også av alle andre budskap. Teorisettet har navn etter Hermes, gudenes budbringer i gresk mytologi og guddom blant annet for kommunikasjon. Hermeneutikk brukes også om selve handlingen å fortolke en tekst for å skape mening ut av denne. Det kan også kalles fortolkningskunst eller forståelselære. Den hermeneutiske sirkel eller spiral forklarer ikke bare leting etter forståelse, men er også en dialektisk metode som beskriver «dialogen» som genererer forståelse i en sirkulær bevegelse der fortolkning og erfaring leder til konklusjoner eller teser og ny kunnskap. Forståelsen bygges ut i et kontinuerlig samspill mellom forforståelse og erfaringstolkninger i en subjekt-subjekt-relasjon (Aadland 2011). Denne metoden brukes i forskning, men kan også brukes som en teoretisk forståelse av kommunikasjon i f.eks. helsetjenesten. I denne studien har jeg valgt å se på kommunikasjon som at den skjer i en sirkulær form og i relasjon, (interaksjon) med andre betydninger. I hermeneutisk forståelse kan denne kommunikasjonsformen ses på som systemisk/relasjonell. Fokuset er på at deltakerne i samtalen er aktive og at det er fokus på relasjoner og miljø. Kommunikasjonens form og innhold ses også på som at de som deltar lærer i en prosess med å tolke og forstå innhold i deler og i helheter (Janzen, et al. 2016).

Innenfor hermeneutikken brukes ordet forståelseshorisont, som begrep for våre uomgjengelige og historisk betingede forforståelser og fordommer. Kunnskap om egen forståelseshorisont og egne fordommer er viktig i erfaringskunnskapssirkelen i kunnskapsbasert praksis (Grimen 2008). For min forskning betyr dette at en grundig redegjørelse av min rolle som forsker, for min forforståelse og refleksive prosess blir essensiell. Dette vil redegjøres for i avsnitt 4.13, og reflekteres rundt på nytt etter resultater og drøfting er presentert.

4.2 FOKUSGRUPPE INTERVJUER

Med utgangspunkt i prosjektets formål er det ønskelig å få frem fortellinger om helsepersonells erfaringer i implementeringsprosessen av en ny behandlingsmetode. For å ivareta dette er det i denne studien anvendt et fokusgruppedesign. Morgan (2012) beskriver to typer av forskning basert på fokusgrupper: conversation-oriented som legger vekt på hvordan ting blir sagt, altså interaksjonen, og content-oriented som omhandler hva som ble sagt, altså innholdet (Morgan 2012). Med formålet om å belyse helsepersonells erfaringer, vil sistnevnte, content-oriented være i fokus i denne studien og intervjuguidene utformes etter det som Morgan omtaler som «Traditional funnel-style inteveiws» (Morgan 2012). Det vil si at intervjuene kan ses på som halvstrukturerte ble utformet med åpne spørsmål som utgangspunkt, men med muligheter for at spørsmålene kan spisses mot det som forskeren ønsker å fokusere på underveis i intervjuet. Intervjuspørsmålenes innledende åpne utforming gir muligheter for respondentene til å uttrykke seg fritt og ikke med ja og nei svar ifølge Morgan (Morgan 2012). Formatet med «Traditional funnel-style inteveiws» egner seg spesielt da forskningen har som mål å lære mer om hva informantene har å si i en direkte form (Morgan 2012), som passer sammen med målsetningen i denne studien.

Planleggingen og gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene i denne studien tar utgangspunkt i anbefalinger i at fokusgruppeintervjuet bør ha en varighet på ca. 90 min, (Malterud, 2012) og ha som målsetting å skape en velvillig og åpen atmosfære, der deltakerne trygt kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter (Kvale, et al. 2015). Morgan (2012) anvender i den forbindelse begrepet «Sharing and comparing», altså dele og sammenligne, og påpeker at dette begrepet er en fundamental del av interaksjonen i fokusgruppen og en av denne metodens styrker (Morgan 2012). Ambisjonen som forsker i

denne settingen, var å skape et diskusjonsklima uten å bidra til en konsensus i diskusjonen eller skape polariteter.

4.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV FOKUSGRUPPE INTERVJU SOM FORSKNINGSMETODE

Hensikten med fokusgruppe intervjuet er å legge til rette for erfaringsvekslinger. I denne studien kjenner deltakerne hverandre fra før. Det kan medvirke til å lette flyten i samtalen og legge til rette for best mulig utbytte av fokusgruppen. Deltakerne i studien var samlet til diskusjon med en ambisjon om at samhandlingen i gruppen skal få frem andre slags fortellinger enn dem som vanligvis vil komme frem i individuelle intervjuer (Malterud 2012).

4.4 UTVALG

Helsepersonell (1 sykepleier, 4 fysioterapeuter og 1 ergoterapeut (2 menn og 4 kvinner) som jobber med slagpasienter på Unicare Bakke var informanter. Deres erfaring fra arbeid med rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade var varierende og med stort spenn (2 måneder til 42 år). Alle foruten en (som var ny i teamet) har jobbet i samme team i over 5 år. Med utgangspunkt i Malteruds anbefalinger om størrelsen på en fokusgruppe, vil utvalget samstemme med anbefalt størrelse, dvs 5-8 deltagere (Malterud 2012).

4.5 BEGRUNNELSE FOR UTVALGSKRITERIER

Teamet som arbeider med slagpasienter på Unicare Bakke var de som behandlet og deltar i HITS-prosjektet (implementering av høyintensiv gangtrening for slagpasienter). De vil være de som sitter med erfaringskunnskapen med implementering av en ny behandlingsmetode og bruk av K2A som modell for kunnskapstranslasjon, som jeg ønsker å forske på i denne studien.

4.6 INTERVJUGUIDE

Det var utformet en kort intervjuguide utfra forskningsspørsmålene for hvert intervju. Malterud påpeker viktigheten av en kort intervjuguide, med eksempelvis 5-8 hovedspørsmål,

da for mange spørsmål fra moderator vil forringe datakvaliteten (Malterud 2012). Intervjuspørsmålene var åpne i tråd med en kvalitativ tilnærming (Kvale, et al. 2015). Intervjuspørsmålene var fokuserte på å være utformet i en åpen form med muligheter for respondentene å uttrykke seg fritt og ikke med ja og nei svar. Intervjuguidene kan ses i Vedlegg 6. Underveis i intervjuene produsertes det også noen spesifikke spørsmål som relaterte til spesifikke svar, som siden kunne diskuteres i en undersøkende setting som involverte flere gruppemedlemmer og mer utfyllende refleksjoner.

4.7 GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPER

Planleggingen og gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene i denne studien tar utgangspunkt i anbefalinger så som at fokusgruppeintervjuet bør ha en varighet på ca. 90 min, (Malterud, 2012) og ha som målsetting å skape en velvillig og åpen atmosfære, der deltakerne trygt kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter ihht (Kvale, et al. 2015). Morgan anvender i den forbindelse begrepet «Sharing and comparing», altså dele og sammenligne, og påpeker at dette begrepet er en fundamental del av interaksjonen i fokusgruppen og en av denne metodens styrker (Morgan 2012).

Informantene hadde i forkant av intervjuene fått K2A-modellen presentert og var kjent med de ulike stadiene i modellen. De to fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på tidspunkter som samsvarer med to stadier i K2A modellen, hhv «Identifisere barrierer» og «Vurdere resultater». Intervjuguiden til de to intervjuene var også utformet med fokus på disse fasene i implementeringsprosessen. Intervju 1 plasserer seg før implementering, i Fase 3 i modellen, og setter fokus på å identifisere hindringer og fasilitatorer. Intervju 2 ble gjennomført etter implementering, i Fase 6, og handler om å vurdere resultater. Som innledning til fokusgruppeintervjuet ble det anvendt et bilde på K2A modellen som utgangspunkt for diskusjon og refleksjon av prosessen med implementering av HITS (se Vedlegg 1). Det er tre måneder mellom intervju 1 og 2 og implementeringsperioden var mellom disse.

Kvale og Brinkmann beskriver at dersom forskeren inntar en posisjon som deltager, med en åpen tilnærming til temaet, hvor både informant og intervjuer er engasjert og blir berørt, medvirker hun/han til å skape ny kunnskap (Kvale, et al. 2015). Fokusgruppen i denne studien ble ledet av en moderator med ambisjon om å inneha en deltagende intervjustil med samskapning av kunnskap som hensikt. Gruppemoderatoren i denne studien er også

prosjektansvarlig for implementeringen av HITS samt leder for teamet som er utvalgt som informanter i intervjuene.

Det var benyttet opptaker (2 stk telefoner) under intervjuene og transkribering av teksten ble gjort i ettertid. (Se videre beskrivelse av håndtering av datamateriale under pkt 4.8 og 4.11) Under intervjuene var moderator i følge av en kollega (med mastergrad og erfaring i både fokusgrupper og tematisk analyse, som fungerte som sekretær) samt veiledere fra OsloMet. «Sekretæren» hadde til oppgave å sørge for at lydopptaker fungerer godt, legge praktisk til rette i intervjusituasjonen og ta notater som registrer hendelser som ikke så godt fanges opp i lydopptaket. Veilederne var tilstede for å kunne veilede under og i etterkant av intervjuene slik at gruppemoderatorens rolle som leder for teamet ikke ble i fokus fremfor den samskapende forskerrollen. Geografisk plassering av utførelsen av fokusgruppeintervjuet var på Unicare Bakke i Halden, da dette ble ansett som et praktisk sted for fokusgruppen å samles.

4.8 DOKUMENTASJON AV FOKUSGRUPPEINTERVJUENE

Det ble foretatt transkribering av intervjuene en uke etter gjennomføring. Moderator selv transkriberte fokusgruppeintervjuene uken etter opptakene ble gjort.

4.9 KVALITATIV ANALYSE

Forskerens teoretiske perspektiver og faglige og kulturelle bakgrunn er sentrale forutsetninger for fortolkninger og de spørsmålene som kan stilles til datamaterialet. I analysen stilles spørsmål om de valgte teoriene er gyldig for det som man undersøker, og om tolkningene følger logisk fra teorien. Dette er et uttrykk for den hermeneutiske dimensjonen. I denne studien er det valgt tematisk analyse ifølge Braun and Clarke (Braun and Clarke 2006). Metoden fungerer godt sammen med et hermeneutisk vitenskapssyn ved at man forsøker å se på informantenes opplevelse samtidig som man prøver å se helheten (Braun and Clarke 2006).

Tematisk analyse kan utføres i både realistisk og konstruksjonistiske paradigmer (Braun and Clarke 2006). Fra en epistemologisk synsvinkel vil analysen i denne studien ta et realistisk perspektiv, der beskrivelser, erfaringer, meninger fremstilles i en direkte form uten fokus på

språklig analyse (Braun and Clarke 2006). Den vil ha en semantisk tilnærming der temaene identifiseres på en konkret og direkte formulert måte, uten videre analyse om hva som eventuelt kan ligge bak et utsagn. Et tema representerer på en måte et mønster eller mening i datamaterialet samt fanger noe viktig i datamaterialet i relasjon til forskningsspørsmålet. Størrelsen (antall) på temaet er i relasjon til prevalens, teoretisk tematisk analyse er formet av forskerens teoretiske eller analytiske interesse for området som studeres (Braun and Clarke 2006). Tematisk analyse vil også utbrodere innholdet i motsetning til induktive metoder som fokuserer på å skrelle av og komme til kjernen i stoffet. Braun and Clarke beskriver det som at tematisk analyse produseres steg for steg ved at man leser og koder materialet frem og tilbake i flere omganger under analysen. Skrivning og refleksjoner bør også gjøres gjennom hele prosessen ifølge Braun and Clarke (Braun and Clarke 2006).

4.10 ANALYSE AV FOKUSGRUPPEINTERVJUER

Ifølge Leseth og Tellmann må forskeren alltid forholde seg til et teoretisk rammeverk som kan bidra til å tilføre analysen i kvalitativ forskning noe mer enn å være en gjengivelse av folks hverdagsbegreper og beskrivelser eller handlinger (Leseth and Tellmann 2018). Begreper beskrives som bindeleddet mellom forskerens datamateriale og det teoretiske rammeverket. Det finnes ulike tradisjoner på å bruke litteratur og teori i analyseprosessen. I denne analysen er det valgt å bruke teori i forkant av og i diskusjonsdelen der funnene drøftes opp imot teoretisk forankring.

Analyse kan ifølge Kvale og Brinkmann beskrives som det å dele noe opp i biter (Kvale, et al. 2015). I følge Leseth og Tellman er analyse ord og handlinger som oversettes implisitt og eksplisitt for at fenomener eller hendelser skal bli mer forståelige (Leseth and Tellmann 2018). I fokusgruppeintervjuet, er det ikke samme muligheter for å spørre nærmere om den enkelte deltakers utsagn og gjøre en dialogisk validering, som det er i et individintervju. Dataene fra et fokusgruppeintervju kan derfor bli noe mindre robuste enn ved enkeltintervju og egner seg ifølge Malterud derfor bedre til analyse på et deskriptivt nivå enn til mer fortolkende analyse (Malterud 2012).

I denne oppgaven er det valgt å analysere dataene med tematisk analyse ifølge Braun and Clarke (Braun and Clarke 2006). Analyseprosessen beskrives som en progresjon fra

beskrivelse av datamaterialet til at det har blitt organisert for å vise mønster med et semantisk innhold, til at det oppsummeres i en tolkning som teoretiserer og tydeliggjør mønster og mening i et større perspektiv (Braun and Clarke 2006).

Faser i tematisk analyse ifølge (Braun and Clarke 2006).

- Fase 1: Bli kjent med datamaterialet.
 - Transkribering og notater.
- Fase 2: Lete etter koder
 - Kode interessante fenomen/beskrivelser i hele datamaterialet.
- Fase 3: Søke etter temaer.
 - Samle koder og temaer og kategorisere dem.
- Fase 4: Revisjon av temaer.
 - Kontrollere om temaene samstemmer med kodene (nivå 1) og hele datasettet (nivå 2) og lage et tematisk kart over analysen.
- Fase 5: Definere og navngi temaer.
 - Lete etter hva som spesifiserer og utmerker hvert tema og hva det forteller og lage navn på temaene som definerer hva det handler om.
- Fase 6: Lage en rapport/Presentasjon av resultat.
 - Den siste muligheten for analyse. Valg av beskrivende, livgivende eksempler, siste analyse av valgte deler i materialet, relateres til forskningsspørsmålet og litteratur som til sist presenteres i rapporten, artikkelen eller oppgaven.

Jeg vil fremstille analysen trinn for trinn og beskrive analyseprosessen ifølge Braun and Clark (Braun and Clarke 2006), der datamaterialet ses på fra et mer deskriptivt nivå til mer fortolkende analyse, med refleksjoner og forklaringer underveis. Analysen vil settes i perspektiv til teori og implikasjoner videre i påfølgende kapittel.

Fase 1: Bli kjent med datamaterialet

En uke etter hvert intervju hadde jeg satt av helgen til å transkribere dem. Det ble gjort på kjøkkenet mitt i Lysekil, helt alene uten forstyrrelser. For meg var det viktig å sette av tid og full oppmerksomhet til denne prosessen. Hvert intervju varte 60 minutter og det tok cirka 12 timer å transkribere hvert og ett av dem. Det første intervjuet inneholdt 8015 ord og det andre

4354 ord. Prosessen med å transkribere gav meg et personlig forhold til datamaterialet og informasjonen som deles. Etter transkripsjonene av begge intervjuene var ferdig leste jeg dem flere ganger hver for seg og da begge var gjennomført, sammen med hverandre. Ved gjennomlesing av intervjuene skrev jeg notater og kommentarer samt at jeg lette etter fellestrekk eller fenomener i teksten. Ved dette tidspunkt var transkripsjonene kodet med initialer som markerte hvem som sa hva.

Min intensjon med denne studien var å fokusere på erfaringen som teammedlemmene hadde med implementeringsprosessen av HITS og bruken av K2A som modell for kunnskapstranslasjon. Det var altså ikke vesentlig om det var en fysioterapeut, sykepleier eller ergoterapeut som delte sin erfaring. Det var den personlige erfaringen i den tverrfaglige settingen som var viktig. Så etter gjentatte gjennomlesinger valgte jeg å anonymisere datamaterialet med å ta bort koder med initialer på hvem som hadde sagt hva under intervjuene. Dette gav meg et nytt forhold til datamaterialet igjen. Jeg opplevde at «informantenes stemmer» ikke ble så fremtredende og at det ble mere fokus på informasjon i datamaterialet.

Prosessen med å lese og kommentere gjentok seg ved flere ganger under en periode som varte noen måneder.

Fase 2: Lete etter koder

Etter å ha blitt kjent med datamaterialet brukte jeg fargekoder for å få en bedre oversikt og skape mer struktur på det tematiske innholdet i materialet, dvs. at intervjuene ble utforsket gjennom åpen tematisk koding (Braun and Clarke 2006). Jeg hadde som fokus å trekke ut erfaringsinnholdet i utsagnene til informantene. Denne måten å jobbe på innebar også lesning på tvers av de to intervjuene, og fargekodene skapte oversikt over informasjon som gjentok seg. I denne fasen ble «Trygghet og Usikkerhet» samt «Motstand og Entusiasme» fremtredende motsatspar samt «Kunnskap» som alenestående fra det første intervjuet og «Kunnskap, Stolthet, Motiverende, Konkret, Strukturert, Trygghet» fremtredende som en enhet fra det andre intervjuet.

For å se sammenhenger eller finne svar som kunne besvare forskningsspørsmålet, valgte jeg å sette datamaterialet sammen etter strukturen som fantes i intervjuguidene. Dette grepet i analyseprosessen gav meg en mulighet for å kategorisere og systematisere samt trekke ut essenser i hvert av intervjuene og samtidig se om den var noe fellestrekk mellom dem. For å samle all informasjon i intervjuene satte jeg dem inn i tabeller strukturert etter intervjuguidene. Det gjorde det lettere å kunne flytte informasjon og sette den sammen på mange forskjellige måter. Informasjonen fra de to intervjuene var analysert på tvers, men aldri blandet sammen da dette ville forringet kvaliteten og tydeliggjort endring i opplevelser og erfaringer i en implementeringsprosess.

Med materialet inndelt i grupperinger i henhold til spørsmålene i intervjuene stilte jeg følgende spørsmål til innholdet: Hvilke koder kan jeg se ved første inntrykk? Temaer? Hvordan henger det sammen? Hva handler dette om? Jeg satte også dette opp som en tabell der det var mulig å se på materialet samlet og i en sammenligning av de to intervjuene. Etter å ha sett på materialet i relasjon til spørsmålene så slo jeg sammen analysen i kolonnen for «Hva handler dette om?», i en felleskolonne for hvert intervju. Jeg gikk igjennom mine konklusjoner og sammenstilte dem med mine egne ord for å føre informasjonen videre i prosessen. Denne måten å jobbe med materialet gav meg et dypdykk i hvert spørsmål og fokusområde i studien. Etter denne sorteringen var ting litt mer tydelig, og jeg hadde fått en pekepinn på hvilken tematikk som var sentral og kunne “stå seg” med tanke på å belyse forskningsspørsmålet.

Fase 3: Søke etter temaer.

Etter kategoriseringen var gjort startet arbeidet med analysen i forhold til tematisk inndeling med forskningsspørsmålet i bakhodet. Jeg lette etter sammenhenger og fellestrekk i de to første kontinuumen, «Trygghet og Usikkerhet» samt «Motstand og Entusiasme» og «Kunnskap» som fellesfenomen samt «Kunnskap, Stolthet, Motiverende, Konkret, Strukturert, Trygghet» fremtredende som en enhet fra det andre intervjuet.

Datamaterialet fra de to intervjuene bar preg av at fokusgruppe intervjuene var tilpasset til å fange erfaringer før og etter implementeringsperioden i prosjektet. Det var vanskelig å finne igjen motsatsparene fra de første intervjuet i det andre intervjuet. Det første intervjuet var før

implementeringen av HITS og det er kanskje forventet å finne «Trygghet og Usikkerhet» samt «Motstand og Entusiasme» her.

«Trygghet og Usikkerhet» handlet i stor grad om egen kompetanse til å utføre treningsmetoden i praksis og hvordan metoden skulle mottas av andre kollegaer og pasienter. Det handlet også om pasientens sikkerhet i en utfordrende treningsmetode.

«Motstand og Entusiasme» handlet om egen kunnskap og egne verdier som ble utfordret av nye innfallsvinkler på hvordan praksisen skulle utføres samt entusiasme og uttrykk for å ta inn nye ting i en hverdag som var kjent. Det som jeg fant, kunne være fellesnevner for motsatsparene og det som var fremtredende i det andre intervjuet var gleden og motivasjonen i å gjøre noe sammen og at det var forankret i kunnskap som var «akseptert».

«Kunnskap» var et gjennomgående fenomen gjennom hele analysen av de to intervjuene. Det var også forventet å finne da dette prosjektet og denne studien handler om kunnskapstranslasjon.

Fase 4: Revisjon av temaer.

Jeg jobbet videre med å sammenstille en tematisk oversikt over datamaterialet. I tredje fase satt jeg igjen med 2 motsatspar, et fellesfenomen og 5 kategorier som tredde frem som en enhet. Det jeg nå ønsket var å spisse disse hovedkategoriene, og velge ut deler som var dekkende for dem, og som samtidig representerte meningsinnholdet i utsagnene som hørte hjemme under hver av dem og som ledet mot svar på forskningsspørsmålet.

Etter at datamaterialet var bearbeidet og knadd frem og tilbake arbeidet jeg med å samle dem i temaer beskrevet med et ord. Jeg opplevde at det var krevende å samle så mye nyansert informasjon i et ord, men prosessen er nyttig for den driver analysen til å trekke frem essenser som kan bidra til økt kunnskap. Det er kanskje her som man føler at man er i midten av den hermeneutiske spiralen der man leter etter meningsfulle fenomener og kunnskapen genereres av fortolkning og forståelse.

Underveis i denne prosessen fikk jeg en trygghet i å samle kategoriene fra de to intervjuene sammen i fem felles temaer som kunne si noe om erfaringer som var felles fra de to intervjuene. Temaene jeg satt igjen med etter dette var; Kunnskap, Resultat, Usikkerhet, Trygghet og Motivasjon. I denne fasen av analysen ble kontinuumet «Motstand og Entusiasme» mindre fremtredende som fenomener som kunne gjenspeile informasjon fra de to intervjuene. Analyseprosessen og bearbeidningen av materialet gjorde at disse fenomener ble mer innlemmet i temaene Usikkerhet, Trygghet og Motivasjon. Videre fant jeg temaer og informasjon som var identifisert og relatert for hindringer og forutsetninger for implementering av HITS, men disse kunne ikke relateres til erfaringsbeskrivelser i relasjon til forskningsspørsmålet i studien og ble derfor nedprioritert videre i analysen.

Fase 5: Definere og navngi temaer.

Jeg har valgt å presentere temaer som kunne være felles for denne studien i en tabell, (se Tabell 1). Tabellen beskriver antall deler i materialet som kunne kategoriseres under hvert tema og endringsstørrelsen for hvert og et av dem. Det var noen ganger vanskelig å fordele informasjonen rettferdig på grunn av at de innholdt informasjon som kunne tolkes på forskjellige måter, men jeg prøvde å se etter hva som var mest karakteristisk. Sett i relasjon til studiens hensikt om å beskrive erfaringer med implementering av HITS og bruk av K2A, beskriver jeg hvert og et tema for seg og hvordan jeg tolket størrelsen og endringene i to faser av fortolkning, i de forskjellige temaene. Endringene i de forskjellige temaene kan tolkes utfra at frekvensen av et tema symboliserer endring i erfaringer eller opplevelse av det. Det er tre måneder mellom intervju 1 og 2 og implementeringsperioden var mellom disse. Den videre analysen fortsatte gjennom å lete etter informasjon, setninger eller utsagn som jeg følte gjenspeilet kjernen i utsagnene fra informantene i de forskjellige temaene. Temaene og utvalgte sitater presenteres videre i fase 6, presentasjon av resultater.

Fase 6: Presentasjon av resultat

Når benevning av temaer var ferdigstilt og datamaterialet sortert, begynte skriveprosessen og sammenstillingen av analysen i denne fasen. I første omgang ble valget å sette sammen resultater i analysen i en sammenstilling som gir et bilde av hvilke erfaringer som ble beskrevet i begge fasene av implementeringsprosessen samt erfaringer spesifikt rettet mot

forskningsspørsmålet der både intervensjonen HITS og kunnskapstranslasjonen vha K2A var formål for forskningen i denne studien.

Rapporten for denne del av analysen presenteres i Tabell 2 (se Tabell 2). Tabellen er tenkt å synliggjøre konklusjoner i analysen og gi et bilde av erfaringene i de to ulike fasene i K2A modellen som var tenkt i denne studien. Denne tabellen inneholder også de tidligere beskrevne tolkningene av de valgte temaene som var fremtredende i materialet.

Ut fra konklusjoner i analysen som resulterte i Tabell 2, som viser erfaringer i to faser av implementeringsprosessen valgte jeg ta prosessen videre med å gjøre en samlet beskrivelse av erfaringene som kan besvare forskningsspørsmålet i Tabell 3 (se Tabell 3). Sammenstillingen er min fortolkning av transkripsjonen og sitater i datamaterialet som har utviklet seg gjennom hele analyseprosessen. Denne siste vrien på analyseprosessen skapte mulighet for å kunne fortolke teksten enda en gang i hermeneutisk forståelseshorisont i relasjon til forskningsspørsmålet.

Til sist var det også viktig i denne fasen å velge ut hvilke sitater og utdrag fra intervjuene jeg skulle bruke og skape en sammenbindende tekst som både var erfaringsnær, men som også løftet meningsinnholdet i det informantene delte under intervjuene. Jeg ønsket at utdragene jeg valgte skulle representere helheten av meningsinnholdet i intervjuene - så godt som mulig. Den sammenbindende teksten ble dels beskrivende og dels også tatt videre i erfaringsnær fremstilling av meningsinnhold. Jeg har prøvd å løfte frem både positive og negative aspekter av metoden og modellen. Jeg har ikke fokusert på resultat og suksess uten mer ønsket å fremføre essenser i erfaringer fra materialet. Hensikten med denne fremstillingen var rettet mot besvarelsen av forskningsspørsmålet, der hensikten var å fange erfaringene fra implementeringsprosjektet samlet. Fremstilling av funnene i studien presenteres i kapittel 5.

Selv om de tidligere trinnene (1-5) i analyseprosessen krevde tid og flere runder, så var det dette trinnet (6) som tok mest energi og som krevde mye av meg som forsker. Videre var skriveprosessen utrolig spennende for egen forståelse av hvordan høyintensiv gangtrening erfares i praksis og hva som kreves for å få det til i en klinisk hverdag. Arbeidet gjennom hele analysen har gitt meg som forsker og leder av implementeringsprosessen større innsikt i hva som var viktige faktorer for endringsarbeidet som følger i en slik prosess. Transkribering og

tolkning av tekst i mange lag gav nye innsikter og mange nye refleksjoner kom til etter hvert som jeg skrev og tolket.

4.11 RELIABILITET OG VALIDITET

I kvalitativ forskning kan begrepene validitet og reliabilitet også få mer hverdagslige uttrykk som troverdighet, tilforlatelighet, sikkerhet og bekreftbarhet (Kvale, et al. 2015). I denne studien har jeg valgt å bruke begrepene validitet og reliabilitet.

Jeg har beskrevet analysen trinn for trinn ihht ifølge Braun and Clark (Braun and Clarke 2006), med en åpen beskrivelse av tolkninger og fremgangsmåte underveis i prosessen så at leseren kan forstå hvordan konklusjoner og resultat presenteres for å kunne bruke dem videre i academia og praksis. Studien relateres til tidligere forskning og videre så foreslås fremtidige bidrag i forskning og praktiske implikasjoner. Jeg vil utdype refleksjonen om validitet, reliabilitet og metodiske valg for studien, og reflektere rundt hvordan de har hatt en innvirkning på forskningsresultatene i diskusjonsdelen.

4.12 ETISKE VURDERINGER

Jeg har gått gjennom «Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag», laget av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (NEM 2010), og har tatt følgende til betraktning av studien som aktualiserer betenkeligheter av etisk karakter.

Informantene har signert et skriftlig informert samtykke i henhold til NSD (Norsk senter for forskningsdata), sine gjeldende retningslinjer (NSD 2019). Det vil si at deltagelsen er frivillig og at utformingen av samtykke skjemaet er tydelig og klart formulert. Samtykkeskjemaet var signert med navn av informantene på papir. Det informerte samtykket inneholder informasjon til deltakerne om prosjektets formål og om mulige fordeler eller ulemper med å være med i forskningsprosjektet i henhold til Fangens anbefalinger (Fangen, 2010) (Se Vedlegg 6).

Av hensyn til konfidensialiteten ble lydopptakene og transkripsjonene oppbevart forsvarlig innlåst og slettet ved studiets avslutning. Intervjupersonene ble aidentifisert ved andre

gjennomlesing av transkripsjonen og beholdt som utsagn/data materiale. Dataene var da også aidentifisert i henhold til yrkestilhørighet.

I sammenheng med beskrivelser av etiske vurderinger ønsker jeg å være tydelig i beskrivelsen av min relasjon og rolle i denne studien. I tillegg til å være student og den som gjennomfører studien, jobber jeg som teamleder for det teamet som skal implementere en ny arbeidsmetode. Jeg har tatt til etterretning at det å forske på egen arbeidsplass kan ha etiske aspekter. Jeg har forholdt meg til retningslinjer for dette beskrevet av NSD (Norsk Senter for forskningsdata) (NSD 2019). Deltagelsen i studien har vært frivillig og signert med samtykke. Under intervjuene var det bare innhentet informasjon som var relevant for forskningsspørsmålet. Opplysninger som kommet frem i forbindelse med forskning har ikke vært blandet med annen informasjon som rører arbeidet med pasienter og har heller ikke konfrontert taushetsplikt. Erfaringer i samband med pasientbehandling er beskrevet som hendelser og ikke knyttet til enkeltpersoner.

Som et ledd i å balansere forholdet med å forske på egen arbeidsplass deltok min veileder/lektor Siri Tessem og første amanuensis Marte Feiring ved OsloMet under intervjuene. Dette opplevde jeg skapte en trygghet i at det fantes en objektivitet med under intervjuene. Det gjorde også «Sekretærens» nærvær og veiledning.

4.13 MIN FORFORSTÅELSE

Med bakgrunn i min profesjonsutøvelse som fysioterapeut gjennom mange år på sykehus og i rehabiliteringsinstitusjon, interesse for kunnskapstranslasjon, samt arbeid med ledelse er mitt mål med denne studien er å belyse hvordan praktisk arbeid med å minimere kunnskap-praksis gapet erfares utfra et kvalitativt perspektiv. Min interesse fanges videre av det som mennesker opplever i endringsprosesser og hva som skal til for å overvinne barrierer for endring, samt filosofiske spørsmål som; Er kunnskap og kompetanse på hvordan mennesker adapterer og bruker ny kunnskap like viktige som den faktiske forskningsevidensen? Opplevs det at en metode for kunnskapstranslasjon bidrar til at ny kunnskap tas i bruk i praksis og at den kommer pasienten til gode?

Forforståelsen preger forskerens fokus i innhenting og tolkningen av materialet. Det er derfor viktig å være klar over på hvilke måter den kan få betydning i et forskningsarbeid. Malterud fremhever viktigheten av å være kjent med og åpen om sin egen forforståelse før det settes i gang med fokusgruppeintervjuer (Malterud 2012). Det anbefales i den sammenheng at forskeren skriver ned forforståelsen sin, slik at denne ikke senere i studiet forveksles med det forskeren tror studiet har funnet ut av samtidig kan det medvirke til å gjøre forskeren bevisst på egne fordommer (Fangen 2010). Kvale og Brinkmann kaller det å være subjektiv om egen objektivitet (Kvale, et al. 2015).

Denne studien tar for seg av erfaringer som deles under fokusgruppe intervjuer og analysen av dette vil sette søkelys på fortolkning og leting etter fenomener og meningsbærende innhold som kan relateres til forskningsspørsmålet. Kunnskap om egen forståelseshorisont og egne fordommer er viktig i kunnskapsbasert praksis (Grimen 2008). For min forskning betyr dette at det kommer frem en beskrivelse av min rolle som forsker og at min forforståelse og refleksive prosess blir synlig i presentasjonen.

I denne studien ønsker jeg å presentere analyseprosessen og påfølgende resultat i en direkte form, uten direkte tolkning i hvordan erfaringene ble presentert under intervjuene samt at resultatene blir erfaringsnære og direkte. I forbindelse med fokusgruppe intervjuene vil jeg beskrive min forforståelse som, at jeg var bevisst egen kunnskap om forskning og evidens som ligger til grunn for implementering i dette prosjektet, HITS. Jeg hadde over tid tilegnet meg kunnskap om anbefalingene i Nasjonal retningslinjer for behandling og rehabilitering for slagpasienter, samt kompletterende forskning på høy intensiv spesifikk gangtrening som metode for rehabilitering av slagpasienter. Dette ses på som en tilgang og hjelp i implementeringsprosessen da jeg lett kan vise til referanser og tilgjengelig evidens for behandlingsmetoden. Jeg hadde også kunnskap og erfaring av kunnskapstranslasjonsmetoder gjennom RKR's Kunnskapstranslasjonsprosjekt i forskjellige former samt kunnskap om at det finnes gap mellom forskningsanbefalinger og klinisk praksis innenfor helsetjenesten, også for slagpasienter. Dette kan også være en fordel da vi skal implementere en ny behandlingsmetode med mange involverte kollegaer. Det kan også ses på som en ulempe å besitte denne kunnskap i innhenting av data og analyse prosess. Jeg med min forforståelse kan komme i fare for å tette kunnskapsgap under fokusgruppe intervjuene samtidig som jeg ser etter tetting av kunnskapsgap i analysen. Min forforståelse var videre at jeg var innstilt på at

det kunne finnes kunnskapsgap, menneskelige hensyn, adferd og annet som påvirker en implementeringsprosess i dette prosjektet også, basert på tidligere erfaringer og teori.

I min rolle som forsker og den som holdt intervjuene ønsker jeg å fremholde at jeg som fysioterapeut ikke har egen klinisk erfaring med trening av slagpasienter. Jeg har jobbet som kollega til dem som trener slagpasienter, men ikke hatt personlig ansvar for dem selv. Jeg har lang erfaring med tverrfaglig rehabilitering på spesialisthelsetjeneste nivå og også jobbet på sykehus i til sammen 24 år. Jeg har utdanning som veileder i Livsstyrketrening som baseres på konfluentpedagogikk, gestaltterapi, fenomenologi og oppmerksomt nærvær. Denne erfaringen vil jeg i under fokusgruppe intervjuene si kan være både en fordel og en hindring i å se andre løsninger og metoder for gjennomføring av HITS. Eksempel på det kan være at jeg ikke har personlig erfaring med denne type trening av pasientene og derfor ikke spør om eller kommer med mine erfaringer under intervjuet samt at jeg heller ikke ser alle hindringer som kan finnes, samtidig som jeg kan stille nysgjerrige oppfølgende spørsmål som kan bidra til en reflekterende prosess. De som er informanter i studien, har på andre siden lang erfaring med å behandle slagpasienter men er ikke de som har initiert implementeringen av en ny behandlingsmetode. Dette motsatsforholdet i erfaringskunnskap, kan i min forståelse ha bidratt til en dynamisk situasjon med en bred sammensetting av erfaringer og minimering av eventuelle ubalanser i maktforhold.

Fangen mener at en forforståelse vil endre seg etter hvert som forskeren tilegner seg kunnskap om emnet (Fangen 2010). Dette er spesielt viktig, da det under kravet om refleksivitet i kvalitativ forskning ligger en erkjennelse av at nøytrale objektive observasjoner ikke er mulige, og at all forskning vil være preget av, og dermed begrenset av forskerens posisjon og perspektiver. Forforståelsen av hvilken effekt forskeren har på sin egen forskning, er derfor et sentralt redskap, for forskeren så vel som for den fremtidige leser. Å forske på eget praksisfelt kan være en ressurs, men det kan også svekke det kritiske blikket (Leseth and Tellmann 2018). Dette var jeg som forsker, kollega, fysioterapeut og leder oppmerksom på i gjennomføringen og tolkningen av fokusgruppe intervjuene. Jeg hadde allerede i prosjektbeskrivelsen av studien arbeidet og formulert min forforståelse i dette kunnskapstranslasjonsprosjektet og spisset formuleringen ytterligere før intervjuene og analysen var gjennomført. Jeg jobbet også med egen forforståelse gjennom hele prosjektet og analyseprosessen. Min ambisjon var å bringe frem erfaringsnære beskrivelser i materialet,

men i de fasene i analysen som krever tolkning og fortolkning så er det umulig å ikke forme materialet med sin egen måte å se det på. Fremstillingen av analysen og funn er et resultat av dette.

5 PRESENTASJON AV FUNN

Her presenteres studiens funn i relasjon til forskningsspørsmålet som er å studere helsepersonells erfaringer med implementering av HITS og bruk av Knowledge to Action, K2A, som modell for kunnskapstranslasjon. Ambisjonen min er å skrive dem frem i denne teksten belyst med sitater fra fokusgruppeintervjuene.

Fokusgruppeintervjuene er gjennomført ved to faser i implementeringsprosjektet, den første før implementering og den andre etter.

Studiens funn fremstilles i to deler, en omhandler temaet «ny behandlingsmetode, behandlingsresultat», deretter handler det om «erfaringer i prosessen med implementering av HITS ved hjelp av verktøy for kunnskapstranslasjon». Som beskrevet foran var informantenes utsagn «avpersonifisert» og derfor kan ikke sitatene som presenteres utover i denne delen knyttes direkte til fagperson/informant, men må ses på som felles for teamet som er intervjuet, de knyttes dog til intervjusituasjonen. I noen av sitatene er profesjonens faglige bakgrunn fremtredende og da vil jeg nevne de. Jeg vil også bruke han og hun i fremstillingen. Resultatene må ses på som at de er produserte i en tverrfaglig sammenheng og at de er sammenstilt av meg som forsker i analyseprosessens alle trinn.

5.1 ERFARINGER MED HITS SOM NY BEHANDLINGSMETODE

Denne delen handler om hvordan helsepersonell opplever å bruke HITS, høy intensiv gangtrening for slagpasienter i praksis, som en «ny behandlingsmetode» og hvordan resultater av denne behandlingen ser ut og erfares i denne studien.

I relasjon til at denne studien handler om å implementere «ny forskning/evidens/kunnskap og behandlingsmetode» i praksis, viste det seg også i analysen at temaet kunnskap var gjennomgående i denne studien. Temaet kunnskap er sammensatt. I teoridelen beskrives kunnskap som blant annet; evidens, erfaring og sunn eller moralsk fornuft, dette kunne også relateres i funnene i studien. Funn i studien viser videre til at også pasientens mål, forutsetninger og ønsker for behandlingen er vesentlig for hvordan kunnskapen om HITS

brukes i praksis. I relasjon til teoretisk bakgrunn og funn i studien drøftes her temaet kunnskap i tre dimensjoner; evidens, erfaring og resultat for den enkelte pasient.

Analysen viser at helsepersonell møtte den nye forskningen/evidensen og treningsmetoden med en sunn skepsis til at den skulle kunne revolusjonere alt og at det virket enkelt fremstilt til hva de skulle utføre i praksis. Det handlet om tiltro til en ny behandlingsmetode og adaptere den i praksis sammen med kunnskap om tidligere erfaring og behandlingsmetoder, samt hvordan pasienter ville respondere på den nye treningsmetoden.

En fagperson sier dette om den nye behandlingsmetoden før implementering, i det første intervjuet:

«Kunnskapsgrunnlaget har vi tro på, teorigrunnlaget, vi har tro på det, og det føles stabilt å stå på.» Samtidig viser en annen person, som er fysioterapeut, til at det også var tidligere metoder som ganganalyse som de ikke lenger skulle gjøre på samme måte:

Man gir litt slipp på det der med ganganalyse og sånn, men samtidig så er det veldig godt at man gjør det ikke helt! Man har allikevel øynene litt på svingfase, standfase ... der du ser at det trengs å fasilitere en funksjon så skal vi det. Så det synes jeg var litt godt for da tenkte jeg at da trenger du en fysioterapeut! det er ikke bare å bare trene utholdenhetstrening. du må ha fysioterapeutisk blikk, du må kunne se og du må kunne tenke mer en høy puls, det handler ikke bare om høy puls ...

Her demonstrerer terapeuten at hun er fornøyd med at hun fortsatt skal bruke den tillærte kunnskapen og begrepe om sving- og standfase. Samtidig framhever hun det fysioterapeutiske blikket som er noe de har med seg fra før.

HITS er en aktiv treningsmetode. For at metoden skal velges riktig for den enkelte pasienten må det finnes forutsetninger for trening samt at pasientens motivasjon og mål om å forbedre gangevnen er til stede. Metoden må velges i samråd med pasienten. I intervju 1, før implementering av HITS, var brukerinformasjon et tema som en forutsetning for samvalg. I den forbindelsen var det diskutert at det var viktig at det fantes informasjon til pasientene om den nye metoden. En person beskriver dette slik: *«Viktig at vi informerer pasienten med noe informasjons material som de får fra oss. At de blir godt informert og at de føler seg trygge og at de vet hva treningen innebærer.*

En annen uttrykker følgende

... det kan være at man er litt ivrig i starten men at vi hjelper hverandre å tenke på det at vi ser hva pasienten faktisk vil og at vi bruker tester for å se om dette ikke har effekt...ok hva gjør vi da? Når tester ikke viser etter en uke for eksempel at det er noen forbedring...vi prøver en uke til så som det er beskrevet, også har de ikke effekt...da er det kanskje ikke dette de skal gjøre... da kanskje vi skal teste noe annet, ikke sant. Der må vi følge med i timen. Så kan det også finnes latens før effekten kommer....»

En tredje fagperson framhever nødvendigheten at alt helsepersonell på huset er med på å motivere pasientene.

«jeg tenker igjen på det her med resten av huset, at de blir involvert for det kan være, som jeg sa at noen sier til pasienten.. skal du virkelig trene sånn? At det kan være en sånn barriere som gjør at de trekker seg.»

Samspillet mellom teori, fagpersoner og pasienten er nødvendig for at metoden skal velges riktig. Disse sitatene kan relateres til at teori/evidens, helsepersonells erfaring samt brukerens preferanse/erfaring er med på å skape eller utøve en kunnskapsbasert praksis.

Før innføring av høyintensiv gangtreing (HITS) delte fagpersonene sin usikkerhet om pasientene ville tåle treningsmengden og samtidig klare å følge andre tiltak i rehabiliteringen. Dette sier en av dem: *«det er mange som konkurrerer om tiden....men jeg tenker i tverrfaglig møter, så får vi ta å koordinere det, men at vi bør være litt ekstra påpasselige ved HITS, jeg vet ikke hva som har blitt gjort der inne i treningssalen».*

Hun sier i tillegg:

også for det tverrfaglige teamet rundt da, når vi skulle starte med det så tenkte jeg, oi da er det 5 dager i uken og nå har jeg skjønt at det er 3 dager i uken eller mer. I forhold til deres timeplan ... så jeg trenger nokk kanskje å vite så ikke ergoterapi, logoped, sosionom, psykolog...det må være rom for når de skal hvile..

HITS er en intensiv treningsform som krever at man trener med en viss belastning av aerobisk kapasitet og med så stor mengde steg og variasjon som mulig under økten. Fysioterapeuten har en sentral rolle i treningsmetoden, men her var den implementert som et tverrfaglig tiltak der alle i teamet er involverte, inklusive pasienten. Det fremkom også at å ha ansvaret for pasienten i fellesskap skapte trygghet. Slagpasienter har ofte et komplekst rehabiliterings

behov med mange målsetninger. Følgende var tatt opp som en problemstilling under det første intervjuet:

Hva dersom pasienten har flere mål med rehabiliteringen? HITS skal velges da de virkelig ønsker å bedre gangfunksjon. Men vi opplever ofte at de ønsker både det og det og det.... Dette blir med på å samle dem til et mål da. Det er noe med å tydeliggjøre det også. Men egentlig ønsker vi å gjøre det med alt, men det er noe med det....jeg kan i hvert fall kjenne på det.

Denne studien handler om å implementere ny forskning/evidens i praksis. Intervju 2 plasserer seg etter implementeringen av HITS der teamet har erfaring med å bruke HITS i klinikken. Den erfaringsbaserte kunnskapen om HITS beskrives både som individuelle erfaringer og erfaringer sammen med kollegaer og pasienter.

I intervju 2 forelå flere erfaringer med HITS trening i henhold til programmet. I analysen av de to intervjuene fremkom det ingen erfaringer med at HITS trening hadde hindret andre tiltak eller hadde påvirket pasientenes kapasitet til andre aktiviteter etter testperioden. Dette sier en av personene: «Jeg synes det er kjempeinteressant å se at de tåler så mye!»

En sykepleier sa etter å ha sett noen av pasientene trene i testperioden i implementeringsprosjektet:

Jeg fikk virkelig (trekker pusten!) Ah! Går det an?! å trene dem så hardt?? Og det var liksom utfordrende på mange plan det her at de skulle gå sidelengs og de skulle samtidig opp i puls så at det skulle være intensivt da. jeg tenker også på det her at vi kanskje må spre det utenfor slaggruppen sånn at de andre får forståelse for det er mange som møter pasientene under større tid enn hva vi gjør og som kan fange opp at pasienten er sliten (medhold) og jeg tror ikke at de kan sette seg inn i hvor hardt de trener da...

Hun tilføyer:

... men det er jo litt morsomt å se disse gamle damene og herrene som sikkert ikke har trent så hardt på mange, mange år i gangen med svetten rinnende, og jeg tenkte på dagpasienten som sa at «dere bruker vel ikke disse apparatene så mye?»og jeg tenkte bare vent å se.....vi skal nokk få deg opp i puls!

En annen fagperson som ikke er fysioterapeut, sier i samme intervju:

.....jo når jeg tenker tilbake på når vi satt her sist så tenkte jeg da at det skal trenes så mye og hvordan skal jeg og mine tiltak komme inn på timeplan og alt det der, og at pasientene kan ha flere mål og det, men det har ikke vært noen problemer. Jeg synes det har fungert helt fint. Det er klart at pasientene vet ikke om noe annet, det er få pasienter i HITS som har vært her før. Så de fleste er nye. Jeg tenker at det har fungert bedre enn forventet.

Dette sitatet sier noe om at det er lettere å beskrive at pasientene tåler treningsmengden når man faktisk har praktisk erfaring med det selv. Usikkerheten som fremkom før implementering av HITS, om hvordan pasientene ville tåle å trene så intensivt som metoden tilsier samtidig som de kanskje hadde andre rehabiliteringsmål, kan benevnes som et kunnskaps gap mellom evidens/teori og praktisk erfaring/kunnskap.

HITS beskrives som en kompleks intervensjon med mye utstyr og formaliteter rundt. Den beskrives også som en aktiv intervensjon der både fysioterapeut og pasient må være aktive og deltagende for at den skal kunne gjennomføres. Man må tilpasse og dosere treningen til pasienten konstant. Det krever kunnskap, ressurser og vilje, men også at terapeuten er til stede med hele seg under treningen. Raske resultater motiverer både pasienter og personal. Resultatene og prestasjonene gir også en mestringsopplevelse og muligheter for endret selvbilde hos pasienten. En av fysioterapeutene beskriver i intervju 2, sine erfaringer med å tilpasse treningen til pasientene så her:

Det er jo veldig forskjell på pasientene også da, noen føler jeg at jeg trener best med når jeg har dem på mølla, der jeg kan styre tempo og utfordre dem der, mens andre kommer best opp hvis jeg utfordrer dem i trappetrening, har på ryggsekk og holder dem igjen når dem skal gå..

En annen kollega tilføyde:

det er veldig varierende. Og det synes jeg var litt spennende da, at ingen er lik, jeg kan ikke bare sette alle på mølla og tenke at nå kommer dem opp i puls og det har vært en fin erfaring å få med seg at man må teste ut hvem av pasientene som kommer opp i puls på mølla og se at neste pasient ikke gjør det, selv om man gjør det ganske likt...

En tredje kollega beskrev det slik i det samme intervjuet: «*det er varierende hva som fungerer...for noen var det å gå sideveis det som var mest anstrengende og var veldig pulshøyende.....*»

For å se resultater i av trening med HITS så testes pasienten i forskjellige tester som evaluerer forflytningsevne, gange og balanse. Noen av testene er Sit to Stand (STS) og Berg Balance Score (BBS). I forhold til om pasientene hadde profitert på treningen sa en av fysioterapeutene dette om testingen i intervju 2:

Jeg har sett utfra resultatene når de er ferdig, at det bedrer jo faktisk både balanse, kondisjon og styrke. Den ene pasienten jeg hadde testet STS 8ggr når han kom og 21ggr når han dro, og da hadde jeg bare kjørt HITS på han. Det var veldig god bedring. Han hadde jo grei balanse og lå på 49 på BBS når han kom og hadde 56 når han reiste. Han gikk med rullator når han kom og går nå tur ned til vannet og opp igjen uten noen hjelpemidler, og når vi var halvveis så var han hjemme på perm og merket at han hadde blitt så mye bedre på kort tid. Han følte det selv og.

Temaet «behandlingsresultat» kom opp som et tidlig tema under intervjuene. Forekomsten av forskningsbaserte resultater og gevinster med metoden kunne bidra til å trygge helsepersonell som skulle implementere HITS. Det viste seg også viktig å kunne se behandlingsresultater underveis i hver treningsøkt sammen med pasienten.

Dette sa en terapeut om behandlings resultatet under intervju 2: «*Å se resultat er motiverende og stimulerende men samtidig krevende.*»

En annen terapeut utdypet dette slik;

Jeg hadde med en av pasientene ned på kjøpesentret, hun hadde som mål å kunne gå på et kjøpesenter. Fra å ha siddet i rullestol så gikk hun i alle butikker og var over alt! Det var etter jeg hadde trent HITS med henne i 4 uker. Det var veldig gøy!

Treningsmetoden går ut på at man skal trene i et spesielt pulsintervall og at treningen skal varieres og være oppgavespesifikk. Monitorering av dette skjer via puls, belastningsregistrering og gjennom protokoll. Terapeuten og pasienten får direkte tilbakemelding på om treningen var dosert riktig. Erfaringer med behandlingen og resultater i treningen ble beskrevet av en fysioterapeut på følgende måte under intervju 2: «*Jeg har testet*

treningen på en pasient og jeg merker at pasienten gleder seg til og skulle få tilbakemelding på – hvilken sone er jeg i nå?». Her beskrives et samspill med pasienten i trening og målsetning som er spennende i min mening.

Jeg kunne lese ut av materialet at det var motiverende for helsepersonell å delta i prosjektet og kunne se rask fremgang hos pasienter i trå med kunnskapsgrunnlaget. De hadde også erfaringer med at positive testresultater stimulerer pasienter og deres mestringsfølelse.

I intervju 2 fortalte en person at hun hadde observert pasienter som snakket med hverandre og fortalte: *«Pasienter sitter og skryter til andre pasienter og jeg merker at det motiverer pasienten».* Hun fortalte videre at hun tolket det som at: *«det booster selvbildet (hos pasienten), at kunne si at de har prestert godt».*

En kollega tilføyde:

«Det må jo ha noe med kondisjon å gjøre, men også selvbilde å gjøre. De har hatt et slag og har blitt sittende og har ikke tron på seg selv og så plutselig så merker dem at de kan trene så mye og det kan gi en opptur bare det. «

En annen fysioterapeut delte sine erfaringer med å trene pasientene i HITS i intervju 2:

Jeg synes det har vært veldig morsomt å trene pasienter på denne måten. Det er spennende å følge med på.. og motiverende å få opp pulsenbare.. Yes! Nå kom de opp! Samtidig ser du at pasientene også synes det er gøy da og mange av dem jeg har trent HITS med merker ganske fort bedring og det tror jeg motiverer dem til å fortsette.

OPPSUMMERING

HITS beskrives som en kompleks intervensjon med mye utstyr og formaliteter rundt. Den beskrives også som en aktiv intervensjon der både fysioterapeut og pasient må være aktive og deltagende for at den skal kunne gjennomføres. Man må tilpasse og dosere treningen til pasienten konstant. Det krever kunnskap, ressurser og vilje, men også at terapeuten er til stede med hele seg under treningen.

Kunnskap om og erfaring med HITS ser annerledes ut i de to fasene i prosessen. Den praktiske kunnskapen med den nye metoden hos helsepersonell beskrives med mindre usikkerhet i det andre intervjuet. Beskrivelsene og erfaringene er klinikknære der personal og pasient utøver metoden i praksis. Videre kan man også se hvordan kunnskap endres gjennom implementeringsprosjektet. Eksempel på dette kan være beskrivelsen av hvordan erfaringsbasertkunnskap endres gjennom implementeringsprosjektet. Usikkerheten som fremkom før implementering av HITS, om hvordan pasientene ville tåle å trene så intensivt som metoden tilsier samtidig som de kanskje hadde andre rehabiliteringsmål, kan benevnes som et kunnskapsgap mellom evidens/teori og praktisk erfaring/kunnskap. Det som beskrives som kunnskaps gap i intervju 1 er tettet i intervju 2 og erstattes med erfaringsbasert kunnskap. Gjennom analysen og resultatsammenstillingen kan man trekke slutningen om at kunnskaps gapet er minimert eller fortettet. Den praktiske kunnskapen hos helsepersonell er i dette tilfelle endret eller økt. Man kan også se det som at evidens og praksis fremstår som integrert.

Studien viser erfaringer med at positive testresultater stimulerer pasienter og deres mestringsfølelse. Resultatene og prestasjonene tolkes å gi forutsetninger for mestringsopplevelse og muligheter for endret selvbilde hos pasienten. Raske resultater motiverer ikke bare pasienter, men også personal. Funn i studiens temaer resultat og motivasjon viser at det var stimulerende for helse personell å kunne se rask fremgang hos pasienter i trå med kunnskapsgrunnlaget. Objektivitet og samspill i fremgang skapte motivasjon. Videre beskrives et samspill med pasienten i trening og målsetning som er spennende. Helsepersonell beskriver metoden og behandlingsresultater gjennom erfaringer de gjort sammen med pasienten.

5.2 ERFARINGER I IMPLEMENTERINGSPROSESSEN

Jeg vil her presentere erfaringene å gi et kvalitativt innblikk i opplevelsen med å bruke Knowledge to Action-modellen for kunnskapstranslasjonsprosessen med implementering av HITS. I intervjuene beskriver fagpersonene sine erfaringer og opplevelser generelt gjennom implementeringsprosjektet samt gir erfaringsnære beskrivelser i opplevelsen av å bruke modellen og treningsmetoden i praksis.

Studien viser at Knowledge to Action-modellen som prosjekt- og kunnskapstranslasjonsmodell, kan skape struktur og delaktighet samt at den bidrar til refleksjon over egen praksis og fagutøvelse. En av personene i intervju 1 sa følgende:

«her blir det en struktur rundt det da... så jeg synes ja, det er mere at vi resonerer samtidig og spesielt når man gjør det så konkret som i den modellen (hun viser til Knowledge to Action-modellen) så det er bra. Eller det opplever jeg...»

En annen tilføyde; *«Morsomt! Morsomt å prøve noe nytt. Noe som er forankret i kunnskap ...*

Beskrivelser av kunnskapstranslasjonsprosessen og Knowledge to Action-modellen er ifølge intervjupersonene overveiende konkrete. Modellen for kunnskapstranslasjon som er valgt i denne studien får beskrivelser av å fungere i praksis og at den har skapt trygghet samt vært nyttig for implementeringsprosjektet, under forutsetning at det finnes noen som leder og samspiller med de som skal implementere den nye kunnskapen. Teamets erfaringer viser at modellen må brukes aktivt og kunnskapstranslasjonen må ledes for at slike prosjekter skal bli vellykket. En person uttrykker det slik under intervju 2:

Vi har brukt modeller som dette før her i andre prosjekter og det tror jeg har gitt struktur, men det er også viktig at det er en (nå du) som leder prosjektet og som kan være en pådriver enn at vi alle hadde sittet og holt på med delt ansvar. Det vil jeg si er avgjørende at det er noen som holder i det og hører på frustrasjoner med enda har fokuset fremover. Jeg kunne tenkt meg at vi var mere der nå (viser til fase 6, resultater) men jeg har ikke sett noen grafer eller noe sånt jeg, det hadde vært artig. Se og evaluere det.

Kunnskapstranslasjon handler om å minimere gapet mellom forskning og praksis. I denne studien beskrives en utvikling av praktisk ferdighet og en tilpasning av HITS til lokale forutsetninger med bruk og veiledning av Knowledge to Action-modellen som viktige elementer for implementering. Et sitat fra intervju 2, etter implementeringsfasen, kan fortelle noe om det. En fagperson sier: *« at vi har kunnet tilpasse metoden til oss her på Bakke. Det ble presentert et utkast på en måte og opplevelsen var da at det kan vi ikke kjøpe den rett opp og ned men vi har forandret den litt.»*

Gjennom prosjektets struktur og bruk av Knowledge to Action-modellen settes det fokus på hva som hindrer og hva som fasiliterer implementering. Analysen viser at det som kan identifiseres som erfaringsbaserte barrierer og samtidig forutsetninger for implementering av HITS i fase 3 er: utstyr/ressurser, struktur, samt alt helsepersonells (hele husets) bidrag. Konkret handler dette om at man blir kjent med nytt utstyr og at det er tilgjengelig når det trengs, at det er tilgang på treningsfasiliteter og personal for å kunne gjennomføre treningen i henhold til programmet samt at det er kunnskap, forståelse og aksept for den nye metoden av andre kollegaer på arbeidsplassen.

I det første intervjuet beskriver en av fysioterapeutene, at intensiv gangtrening er noe de har drevet med tidligere, og at det nye er utstyret utgjør en mulighet for å trene pasienter på en ny måte i HITS. Takoppheng med seler til pasienten gjør at de kan trene trygt med en høyere hastighet på tredemølla og ellers i gangutfordringer. Han sa det slik:

Vi har jo drevet med intensiv gangtrening før men da har vi ikke hatt det samme utstyret og slike ting, og heller ikke sikkerhet med tanke på det med sele opphenget over tredemølla, som gir oss helt andre muligheter enn det vi hadde før, da. Det å kunne pushe de mye hardere og ikke bare stole på ren muskelkraft hvis det skulle være noe ..

En annen terapeut supplerte det med at: «, det blir mye utstyr og om vi har utstyr nokk, hvordan gjør vi?»

En tredje kollega uttrykker også sin usikkerhet i om det finnes tilstrekkelig med ressurser tilgjengelig og om det vil la seg gjøre å få til det som er anbefalt i doseringen av treningsintensiteten:

Vi har ofte sånn at vi skal ta vare på hverandres pasienter når det er sykdom, så ...vi har sett det som en utfordring for det at på mange av pasientene må man ha tilgang på nettopp takskinne, men det kommer helt an på hvem vi har inne da. så det kan være ting som gjør at man ikke får til det som står i anbefalingen...3-4 ganger i uken, så og så mange minutter.

Neste sitat fra intervju 2, viser at utstyr kan være både en hindring og en forutsetning for bruk av HITS som treningsmetode. En av fysioterapeutene beskriver, hva som hindret henne fra å

kunne trene sammen med pasienten som det var tenkt: «*det er mest sånn utstyrs ting som jeg synes har vært ulemper innimellom, når du trenger noe og så er det opptatt.....*»

Temaene usikkerhet og trygghet var utover utstyr og ressurser blant annet knyttet til problemstillinger relatert til om det ville bli konflikter mellom ulike faginteresser eller pasientens ønsker og behov samt tillit til egen kunnskap. Usikkerheten handlet blant annet om å utfordres i nye situasjoner, som for eksempel at fysioterapeuten skal håndtere tekniske remedier og øke sin praktiske ferdighet samt å velge metoden i samråd med pasienten. Endring i adferd kan møtes med skepsis og motstand og det fans også uttrykk for dette i det første intervjuet. En fysioterapeut følte initialt motstand og press på å innføre metoden. Hun beskrev sin skepsis til at metoden hadde store overføringsverdier til både balanse og forflytning og at man ikke trengte å trene på dette i det hele tatt utover det som er beskrevet i HITS metoden. Hun var redd for å ikke ivareta pasientens verdier og behov godt nok og hun beskrev det slik i intervju 1:

Jeg følte det først, jeg kom inn med masse motstand..... også kjente jeg at dette må du gjøre og du får bedre balanse og alt blir bedre og det er overførbart til alt, så tenker jeg at jeg må ha litt verdier for pasienten. og det synes jeg....da ble jeg veldig provosert kjente jeg...eller engasjert... men når du begynner å kikke litt i det så kan du velge å...det er ikke det det sier at vi skal glemme alt det andre, men det er veldig viktig altså! At vi husker på det for det kan fort bli sånn. Så vi må være veldig bevisst på det som utøvende fysioterapeut og vi her og at det ikke bare handler om å få de på en mølle å gå å bare gå og gå. Det skal føles meningsfylt og få til det.

Flere eksempel på situasjoner som ble nevnt med uttrykk for usikkerhet, var at som helsepersonell skal man kunne stå innenfor metoden som foreslås for pasienten og kunne forklare hva den innebærer. Man skal forholde seg til at pasientene skal trene med en høy belastning på aerobisk kapasitet og at det skal være forsvarlig. Her var det først og fremst usikkerhet på egen ferdighet og pasientens trygghet som var i fokus. Det fantes også usikkerhet i forhold til ressursbruk og tilgang på fasiliteter i den utstrekning man trengte det.

Dette sier en av terapeutene i intervju 1: «*Så jeg tenker at her må jeg liksom bli mindre usikker og få mere erfaring igjen, det holder ikke bare med det forskningen sier, det handler mere om min rolle som gir ...*»

Ferdighet identifiseres som en opplevd hindring i å kunne bruke HITS. Pasientene trener på en mye høyere hastighet og intensitet i HITS. En av fysioterapeutene omtaler erfaringer med usikkerhet i praktisk ferdighet i intervju 2 slik:

men der tenker jeg også at det er en vei å gå som fysioterapeut da..i den her rollen og presse dem opp i puls, og at man trenger litt erfaring, faktisk, med en del av pasientene så er det noe med det å at når man har testet ut et tiltak over en stund så er man bedre til å kunne treffe pasienten med rett dose da, og rett tilpassing raskere så jeg kjenner at en er litt sånn uerfaren, selv om man er vant til å trene gange så er det liksom annerledes allikevel.

Samtidig uttrykker en kollega at den nye høyintensive behandlingen er konkret og strukturert at det er lettere å følge med og overvåke pasientene.

«dette er så konkret og så strukturert, som gjør at vi kan monitorere på en annen måte og vet hvor vi skal, men samtidig så har jeg opplevd det da at det er litt utfordrende med enkelte pasienter og da tenker jeg - og hvordan skal vi få til det?»

En annen sa dette i det andre intervjuet:

Jeg tenkte først når du spurte, kanskje at vi legger mindre fokus ved det medisinske her men samtidig så tenker jeg at nei, det gjør vi ikke fordi, vi har dette skjemaet som vi skal fylle ut med pasienten før for å fange opp bidiagnoser som kan påvirke pasientens sikkerhet, vi har også noen kriterier for når de er aktuelle så kanskje vi til og med går inn i det mer nå enn vi har gjort. Og vi monitorer dem med blodtrykk mye mer enn vi gjør ellers. Så det blir på en måte enda mer analysert utfra deres medisinske ryggsekk en hva det har vært til nå.

I studien kan aspektet utrygghet – trygghet ses følge hverandre, samt at økt kunnskap og opplevelse av kontroll og trygghet kan påvirke kontinuumet utrygghet-trygghet. Et av funnene som kan tolkes in i temaene trygghet-utrygghet er utviklingen av praktisk ferdighet. Funn viser at i denne studien er erfaring og praktisk ferdighet en stor del av forutsetningene for utøvelse av HITS i praksis og at dette endres gjennom erfaring.

OPPSUMMERING

Beskrivelser av kunnskapstranslasjonsprosessen og Knowledge to Action-modellen er ifølge studien overveiende konkrete. Teamets erfaringer viser at modellen må brukes aktivt og kunnskapstranslasjonen må ledes for at slike prosjekter skal bli vellykket. Funn viser at Knowledge to Action-modellen som prosjekt- og kunnskapstranslasjonsmodell, kan skape struktur og delaktighet samt at den bidrar til refleksjon over egen praksis og fagutøvelse. Gjennom prosjektet og analysen kunne funn også vise at Knowledge to Action modellen og strukturen i implementeringsprosjektet setter fokus på hva som hindrer og hva som fasiliterer implementering.

Usikkerhet var et stort tema i forkant av implementering av en ny metode i denne studien, men i intervju 2 var det færre sitat/erfaringer om usikkerhet. Temaene usikkerhet og trygghet handlet blant annet om å utfordres i nye situasjoner, som for eksempel at fysioterapeuten skal håndtere tekniske remedier og øke sin praktiske ferdighet. Endring i adferd kan møtes med skepsis og motstand og det fans også uttrykk for dette i det første intervjuet. Andre eksempel på situasjoner som ble nevnt med uttrykk for usikkerhet, var at som helsepersonell skal man kunne stå innenfor metoden som foreslås for pasienten og kunne forklare hva den innebærer. Man skal også forholde seg til at pasientene skal trene med en høy belastning på aerobisk kapasitet og at det skal være forsvarlig. Her var det først og fremst usikkerhet på egen ferdighet og pasientens trygghet som var i fokus. Det fantes også usikkerhet i forhold til ressursbruk og tilgang på fasiliteter i den utstrekning man trengte det. En annen problemstilling knyttet til usikkerhet var om det ville bli konflikter mellom ulike faginteresser eller pasientens ønsker og behov. Funnene i studien kunne ikke vise på at dette var tilfelle.

Fysioterapeutene formidlet at nytt utstyr som sikret pasientene under den høyintensive treningen var en forutsetning. Det var viktig for tryggheten at det fans sikkerhetsutstyr i form av taksinner og blodtrykksapparaturl tilgjengelig under trening. Et annet moment var at annet helsepersonell måtte stå opp om treningen og bistå i å informere og motivere pasientene, mens et tredje viktig poeng var at de kunne koble den nye behandlingsmetoden med tidligere erfaringer om gangtrening.

Temaet trygghet, handlet om at metoden som skulle implementeres følte trygt og at kunnskapsgrunnlaget var bra, samt at det var appellerende til anerkjent kunnskap fra før. Det uttrykkes også at det opplevdes trygt at det var beskrivelser og arbeidsinstrukser tilgjengelige for hvordan inkludering, trening og testing skulle foregå i praksis. Prosjektets struktur og oppfølging ved hjelp av Knowledge to Action-modellen, opplevdes som trygt og stimulerende å delta i. Erfaringene er både relaterte til egen person, men også relatert til gruppen som jobber sammen og arbeidsplassen som de tilhører. Modellen beskrives som klinikknær og brukbar samt at den trekker frem resultat og effekt av både implementering og formålet for implementeringen. Fagpersonene hadde erfaringer med at Knowledge to Action-modellen bidro til struktur og refleksjon, dette samsvarer med teorien om at sirkelen rundt skal veilede bruken av evidensbasert kunnskap i praksis (Graham, et al. 2006). Det var også positive erfaringer med at teamet skulle gjennomføre dette til sammen.

Temaene kunnskap, resultat, usikkerhet, trygghet og motivasjon i denne studien ses på som felles for både HITS som metode og Knowledge to Action som modell for kunnskapstranslasjon. De kan ikke svare på forskningsspørsmålet i studien som alenestående ord, men sammen med beskrivelsene av dybden i hvert tema kan de si noe om erfaringer og opplevelser generelt gjennom implementeringsprosjektet og gi erfaringsnære beskrivelser i opplevelsen av å bruke HITS som treningsmetode i praksis. Beskrivelsene sammen med sitatene kan bidra til å skape et kvalitativt innblikk i hvordan denne treningen tar seg ut i samspill med pasienter og med kollegaer og hvordan opplevelsen var å bruke Knowledge to Action som modell.

Kunnskap om og erfaring med HITS ser annerledes ut de to fasene i prosessen. Den praktiske kunnskapen med den nye metoden hos helsepersonell beskrives med mindre utsikkerhet i det andre intervjuet. Beskrivelsene og erfaringene er klinikknære der personal og pasient utøver metoden i praksis. Man kan også se det som at evidens og det som erfares i praksis fremstår som integrert, eller at alle tre elementene i kunnskapsbasert praksis er i spill og kunnskapene ser ut å være syntetisert.

Ytterligere et funn i studien er de klinikknære beskrivelsene i bruk av HITS og treningsintervensjonen som innlemmet i praktisk erfaring og kunnskap fra før hos helsepersonell i studien. Samtidig som studien viser funn av nye erfaringer og beskrivelser av hvordan av treningen oppleves i samhandling med pasienten.

Hvis jeg skal trekke frem en sluttkonklusjon av analysen så vil jeg vil fremheve at jeg blir fanget av et aktivt samspill som blir beskrevet indirekte da helsepersonell beskriver treningsmetoden og hvilke erfaringer de har da de bruker den i praksis. Artikulering av forskning/evidens og praktisk ferdighet tolkes som integrert i samspillet med pasienten. Helsepersonell beskriver egen utførelse gjennom opplevelser fra pasientens ståsted. Dette kan tolkes som at kunnskapstranslasjonen og den kunnskapsbaserte praksisen fremstår som et fenomen av samskapning og intra-aksjon.

6 DRØFTING AV RESULTATER

I denne studien var målet å utforske hvilke erfaringer helsepersonell har med implementering av HITS, høy intensiv gangtrening for slagpasienter, ved bruk av verktøy for kunnskapstranslasjon, K2A. Fra å ha presentert resultatene i kapittel 5, vil jeg nå i denne delen av oppgaven presentere mine fortolkninger av funn og temaer i lys av valgt teori og egen kunnskap og erfaring.

Funnene i studien var fremstilt som to deler, en som omhandler tematikken «ny behandlingsmetode og behandlingsresultat», samt en annen tematikk som handler om «erfaringer i prosessen med implementering av HITS ved hjelp av verktøy for kunnskapstranslasjon». Min ambisjon var å trekke ut kjernetemaer i erfaringsbeskrivelsene fra analysen, for å her kunne trekke teorinære slutninger til funnene i denne studien og studiens bidrag videre.

6.1 AKTIVT DELTAGENDE, PRAKTISK KUNNSKAP OG SAMSPILL SOM VIKTIGE KOMPONENTER I HITS

Et funn i studien var at HITS beskrives som en kompleks intervensjon med mye utstyr og formaliteter rundt, og at den beskrives som en aktiv intervensjon der både fysioterapeut og pasient må være aktive og deltagende for at den skal kunne gjennomføres. Man må tilpasse og dosere treningen til pasienten konstant. Det krever kunnskap, ressurser og vilje, men også at terapeuten er til stede med hele seg under treningen. Analysen trekker frem klinikknære beskrivelser i bruk av HITS som ny treningsintervensjon.

Studien viser at helsepersonell tar utgangspunkt i egne erfaringer og beskrivelser av hvordan treningen oppleves i samhandling med pasienten, når de beskriver treningsmetoden og hvordan de bruker den i praksis. Samspillet blir beskrevet da helsepersonell deler erfaringer om HITS som treningsmetode. Det aktive samspillet var også trukket frem som et eget funn i analysen og framhevet som et fenomen. Et evidensbasert kunnskapsgrunnlag og praktisk ferdighet er integrert i beskrivelsene. Et par funn som kan eksemplifisere dette er hvordan fysioterapeutene beskriver at de doserer treningen og bruker objektive målinger og

testresultater i samhandling med pasientene samt hvordan kunnskap endres gjennom implementeringsprosjektet.

Kunnskap og erfaring med HITS ser annerledes ut i intervju 1 og 2. Det fremkom før implementering av HITS et eksempel i temaet usikkerhet, om hvordan pasientene ville tåle å trene så intensivt som metoden tilsier samtidig som de kanskje hadde andre rehabiliteringsmål. Denne usikkerheten kan symbolisere et kunnskapsgap mellom evidens/teori og praktisk erfaring/kunnskap. Gjennom analysen og resultatsammenstillingen kan man trekke slutningen om at motsetninger mellom teori og praksis er minimert eller fortettet. Det som beskrives som et kunnskapsgap i intervju 1 er tett i intervju 2 og erstattes med erfarings basert kunnskap. Det er fremfor alt den praktiske kunnskapen hos helsepersonell som er funnet endret eller økt. Funn kan tyde på at den praktiske kunnskapen var økt eller omformet etter testperioden i prosjektet. Man kan også se det som at evidens og praksis fremstår som integrert. Den økte kunnskapen kan også relateres til økt trygghet og mindre usikkerhet som var identifisert som hindringer for implementering. Den praktiske utførelsen i HITS er en behandlingsmetode for fysioterapeutprofesjonen. I denne sammenhengen hadde de som skulle omsette teoretisk kunnskap ut i ny praksis, mye erfaring fra før som kunne bygges på og omformes til nye ferdigheter og kunnskap.

I denne studien er Knowlegde to Action modellen brukt som verktøy for kunnskapstranslasjon sammen med andre kunnskapstranslasjons aktiviteter (se Vedlegg 2). Resultater i analysen viser at forskningsgrunnlaget var redegjort for og tilpasset den settingen den skulle implementeres til, det var også arbeidsinstrukser og utstyr. Funn viser til at det som var viktig i denne implementeringsprosessen var å omsette teori i praksis og øke praktisk kunnskap og ferdighet. Grimen forklarer at praktisk kunnskap kan ses på som omsatt teori (i et lineært forhold i en forenklet forståelse). Han beskriver videre at praktisk kunnskap kan i en videre forståelse forklares som kroppslig, individuell og at den læres gjennom praktisk utøvelse. Den er også indeksiell, altså tilknyttet en brukssituasjon og kunnskapsbæreren og den kan indekseres som sterk eller svak (Grimen 2008). Studiens omfang tar ikke for seg å videre gå inn på å definere om endringen kan indekseres som sterkere etter implementeringsprosessen, men å beskrive den praktiske kunnskapens egenskaper og rolle i utførelse av treningsmetoden.

I denne studien er formål for implementering og konteksten at det handler om hvordan HITS praktiseres og hvordan pasientene responderer på forskningsbaserte anbefalinger i «klinikken» på Unicare Bakke. Som beskrevet i oppgavens teoretiske bakgrunn så ønsket Graham, Tetroe og Strauss' forskerkollegium å skape en integrert modell for kunnskapstranslasjon, og resultatet var Knowlegde to Action modellen, K2A. Målet var å sette fokus på å forbedre forskningen så at den er relevant for de som skal bruke den, og at forskningen produseres i samarbeid med praksisfeltet (Bowen 2013). Kunnskapsgapet mellom teoretisk og praktisk kunnskap som var beskrevet tidligere, kan relateres til Graham, Tetroe og Strauss sosialvitenskaplige paradigme innenfor kunnskapstranslasjon på en slik måte at her kan kunnskapsproduksjon, eller fortetting av kunnskapsgapet, bli til i samproduksjon mellom forskere og klinikere eller brukere av kunnskapen (Bowen 2013). Kunnskapstranslasjon- og implementeringsforskning er enige om at det er komplekse intervensjoner som skal til for å samskape forskning og praksis som en enhet (Michie, et al. 2008). K2A modellen er en av modellene som kan fasilitere prosessen med å føre de to sammen. Graham et al (Graham, et al. 2006) beskriver at for å monitorere og kontrollere kunnskapen i kunnskapstranslasjon er det viktig å identifisere hva for slags kunnskap som er i fokus. De deler inn kunnskapen i tre typer; konseptuell (nivåer av kunnskap forstått som forståelse og attityder), instrumentell (bruk av kunnskap som praksis eller beteende), og strategisk (kunnskapen som styres av måloppnåelse) (Graham, et al. 2006). Videre fins det mange forskere som har beskrevet profesjonskunnskap, ikke bare i relasjon til profesjon, men som en generell forklaring av hva kunnskap er. Eksempelvis Aristoteles beskrivelser av kunnskap som inndelt i Episteme, Techne og Fronesis. Episteme var sett på som den sanne og teoretiske, demonstrative kunnskapen og modellen for det aksiomatiske vitenskapsidelalet (Grimen 2008). I denne studien viser funnene at erfaringsbaserte og den praktiske kunnskapen er i fokus. I tillegg til Grahams beskrivelser av denne type kunnskap som instrumentell, ville Aristoteles beskrevet den som en blanding av; Techne, kunnskapen om hvordan lage ting, og Fronesis, å kunne handle moralsk klokt. Endring av kunnskap i denne studien handlet mest om å øke praktisk ferdighet, det vil si, Techne eller instrumentell kunnskap. Konseptuell kunnskap, forståelse og attityder eller Fronesis, vil også kunne tenkes være samspillende i prosessen, men fokuset i drøftingen av funn vil være på den instrumentelle, praktiske kunnskapen.

Endring av klinisk praksis er krevende. Det er en myriade av faktorer som spiller inn i slike prosesser. Det handler om bla system, setting, personlige og profesjonelle hensyn, motivasjon

kapasitet og kunnskap (Lynch, et al. 2018). Hvis oppdatert forskning skal brukes systematisk i praksis kreves dedikerte strategier for å få det til (Lynch, et al. 2018). Det finnes aktive og passive strategier for kunnskapstranslasjon. De aktive har vist seg mere effektive ved implementering av retningslinjer (Janzen, et al. 2016). I sammenhenger med implementering av rehabiliteringsforskning for slagpasienter har bruk av modeller for kunnskapstranslasjon og multifasetterte intervensjoner med både sessioner av edukasjon og informasjon blandet med praktisk øvelse og kontinuerlige tilbakemeldinger samt ledelse vist positive resultater (Janzen, et al. 2016). I denne studien er K2A brukt som modell for kunnskapstranslasjon og de intervensjoner som var brukt samstemmer med referansen over og kan ses i Vedlegg 1+2. Videre har Susan Michie et al (Michie, et al. 2008), gjort en omfattende studie som systematiserer ulike teknikker for å endre adferd og yrkesutførende blant helsepersonell. I forhold til ferdigheter (praktisk, instrumentell kunnskap), er det en sterk anbefaling om å bruke; klare mål, monitorering, belønning, graderte oppgaver fra lett til vanskelig, praktisk øvelse, demonstrasjon av andre, lekser og praktisering i ulike settinger (Michie, et al. 2008). I dette prosjektet som handlet om å implementere HITS, så fantes de fleste av disse elementer med, se beskrivelse i henhold til alle fasene i K2A modellen i Vedlegg 2. Studien tar ikke for seg å gå nærmere inn på effekten og erfaringene med alle disse intervensjonene. Hensikten med å beskrive det her er å vise til at prosjektets struktur og intervensjoner har fulgt referanse og anbefalt teori. Som forsker i denne studien har jeg valgt å fokusere på funnet av den praktiske kunnskapens betydning for utøvelsen av HITS og kunnskapstranslasjonen mellom teori og praksis.

Studien viser at implementeringen av HITS, har foregått i interaksjon mellom teori og praksis. Et av funnene i studien var at den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen ble videreutviklet. I avsnittene over var denne praktiske kunnskapen beskrevet som instrumentell eller konseptuell samt at den kunne graderes. For å møte den teoretiske kunnskapen i dette prosjektet var forutsetningene at fysioterapeutene skulle både ha ferdigheter i praktisk utførelse av treningen (hvordan gjøre det), og ha omsorg for pasientens sikkerhet og verdier (handle moralsk klokt), samt at den kunne ses øke med erfaring.

Temaet usikkerhet i denne studien handlet i stor grad om å endre eller øke praktisk kunnskap og at det kunne møtes med motstand. Praktisk kunnskap er beskrevet som kroppslig, individuell og situasjonsbunden. Den er avleiret i innøvde kroppslige ferdigheter og

fortrolighet med omgivelsene og i mindre grad i språk. Man kan utøve praktisk kunnskap uten å si noe, men ikke uten at kroppen gjør noe. Denne kunnskapen omtales også som «taus kunnskap» (Grimen 2008). Kroppen kan jo ikke snakke med ord, men i et fenomenologisk perspektiv kan kroppen uttrykke seg via kroppslige uttrykk (eks uro og følelser) som senere kan få ord. Diskusjonene om taus kunnskap setter noen av de kunnskapsteoretiske problemene med praktisk kunnskap på spissen. Mennesker tenker og handler ofte på grunnlag av hva de tror, vet og kan. Diskusjonene om taus kunnskap fokuserer på hvordan vi tenker, erfarer, bedømmer og handler på grunnlag av viten som enten ikke er verbalt artikulert eller ikke kan artikuleres verbalt (Grimen 2008). Informantene i studien, har til sammen årevis av erfaring i sin profesjon og er vant til endringsprosesser og innlæring av ny kunnskap. Den motstand som var beskrevet kan teoretisk forklares ved at den enda ikke artikulerte kunnskapen er uviss og fremmed før man har prøvd det. Man må stole på egne ferdigheter og evner som skal komme i fremtidig utførte handlinger (Grimen 2008). Dette vil medføre et naturlig usikkerhetsmoment. Man kan ikke si noe sikkert om fremtiden bare anta og legge frem sine tanker om hvordan det vil bli. I denne studien var usikkerhets aspektet relatert til fremtid. Den tause kunnskapen og erfaringene som informantene delte viser noe om hva som opplevdes som motstand eller faremomenter ved endring i praksis. Funn i studien viser at etter implementering var det ingen usikkerhets aspekter i erfaringene som deltes. Mer bekreftelse på at det som var usikkert før implementering hadde blitt omformet og tatt en annen form.

Begrepet kunnskap betegner en familie av fenomener. Profesjoners kunnskapsgrunnlag kan studeres med fokus på samspillet og spenningene mellom teoretiske innsikter og praktisk kunnskap. Hverken teori eller praksis er bare en ting (Grimen 2008). Det vil være reduksjonistisk å forklare det i enkle modeller som at praktisk kunnskap er omsatt teori, men denne studien viser til funn at et av kunnskapsgapene var nettopp å omsette teori i praksis, altså øke praktisk ferdighet og praktisk kunnskap. Epistemologisk skulle man kunne si at den praktiske kunnskapen i et historisk perspektiv kan ses på som mindre verdt i relasjon til for eksempel rasjonelle deduktive vitenskapsidealer der alt måles og veies (Askheim 11.05.2017). Hvis den teoretiske epistemiske evidensen blir sett på som den viktigste kunnskapen vil ikke det passe inn for høyintensiv gangtrening for slagpasienter. Funn i denne studien kan vise til at dersom helsepersonell/fysioterapeuter ikke har tilstrekkelig praktisk kunnskap oppnås ikke ønskede resultater.

Videre viser funn i studien på at det er viktig med inter- og intra-aksjon for et vellykket resultat i treningsmetoden HITS. Innledningsvis var HITS beskrevet som en aktiv intervensjon der både fysioterapeut og pasient må være aktive og deltagende for at den skal kunne gjennomføres, samt at samhandlingen med pasienten var trukket frem som et fenomen. Så i tillegg til at teoretisk og erfaringsbasert praktisk kunnskap skal integreres i denne treningsmetoden så er samspillet og pasientens bidrag viktig å få med for et vellykket resultat i bruk av HITS. I senere tid har standpunkt epistemologien hatt en frigjørende eller forandrende ambisjon overfor det historisk eller sosialt gitte, og bidratt til å utvikle synet på erfaringsbasert kunnskap som likeverdig til teoretisk kunnskap (Askheim 11.05.2017). De frigjørende vitenskapene kan sies å tilhøre kritisk teori og kritisk samfunnsvitenskap (poststrukturalisme) (Solvang 2005). Innenfor disse vitenskapene har funksjonsnedsetting, normalitet, makt og maktmisbruk, brukermedvirkning og den enkelte individets rett til samvalg vært store temaer. Dette kunnskapsgrunnlaget har bidratt til at kunnskapsbasert praksis har erfaringsbasert og praktisk kunnskap, med som en viktig del i modellen for kunnskapsbasert praksis. Utfra dette sammenheng kan forståelsen av kunnskapsbasert praksis ses på i en harmonisk forklaringsmodell, der alle elementer samspiller og interagerer med hverandre og at de ulike delene i modellen er dynamiske og varierer i størrelse og innvirkning i forskjellige situasjoner (Grimen 2008). Kunnskapen om situert erfaringsbasert kunnskap, samspill og interaksjon som viktige deler i kunnskapsbasert praksis kan være viktig å ta med videre ved implementering av HITS-metoden i andre settinger.

Samskapende og intraaktive prosesser kan bli kunnskapsbasert praksis og ses på i en sirkulær form, der kunnskap leder til kunnskap ifølge Michelsen og Groven (Dahl-Michelsen and Groven 2018). De fremhever kunnskapsbasert praksis som medveten/bevisst, tydelig og klok bruk av evidensbasert forskning i valg av behandling eller annet for den enkelte pasienten (Dahl-Michelsen and Groven 2018). Funn i denne studien viser til samspill og omsorg for pasientens verdier og mål som viktige komponenter ved valget og gjennomføringen av HITS som treningsmetode.

6.2 RESULTAT, TRYGGHET OG INTRA-AKSJON SOM VIKTIGE DELER I EN IMPLEMENTERINGSPROSESS

Innenfor implementeringsforskning er det viktig å vurdere i hvilken grad intervensjonen eller programmet i implementeringen samstemmer med det som var intensjonen. En viktig faktor for at implementering skal bli vellykket er om de som deltar i prosjektet er mottakelige og engasjerte i prosessen (Carroll, et al. 2007). Informantene i denne studien uttrykker engasjement, viser aktivitet og deler erfaringer i fokusgruppeintervjuene. Det kommer til uttrykk i studiens temaer også. Et eksempel på dette kan være beskrivelsen av at de opplever det spennende å delta i prosjektet og at de er resultatorienterte både i innledningsfasen og etter testperioden samt i beskrivelser av treningen de har gjennomført sammen med pasientene. I denne studien var det ikke satt noen mål om å oppnå resultater av HITS, men mer se på de kvalitative aspektene i en implementeringsprosess.

Denne studien er kontekstuell i en tverrfaglig setting med felles mål og samarbeid rundt en implementeringsprosess. Prosjektet innebar en felles start på implementering av en ny metode og det kan ses på som at kunnskapsutviklingen hadde et felles kunnskapsgrunnlag, med samme referanser og utgangspunkt for alle som var med. Det vil også kunne ses på som at kunnskapen hos de som var deltagere i studien er heterogen, altså at kunnskapen er ulik hos hvert enkelt individ. Samlet sett kan dette ses på som en stor kunnskapsbase med mangefasettert kunnskap, som kan bli integrert i kunnskapsproduksjon igjennom prosjektet. Hvor sterk denne integrasjonen blir har sammenheng med graden delene henger sammen i et system (Grimen 2008). Her hang de sammen i et implementeringsprosjekt med styring og hjelp i Knowledge to Action modellen, K2A og var ledet av en prosjektleder. Dette var beskrevet som suksesskriterier i denne studien. Det kan relateres til tidligere funn innenfor kunnskapstranslasjonsforskning der kriterier som samarbeid, prosjektteam og engasjert lederskap var identifisert som positivt å etablere i kunnskapstranslasjonsprosjekt (Dogherty, et al. 2013).

Funn i denne studien kan tyde på at endring av praksis kan oppleves som provoserende og møtes med motstand samtidig som den også kan vise at menneskelig tilstedeværelse og ledelse er viktige faktorer for et godt resultat ved implementering av ny kunnskap. Studien viser også at K2A modellen ser ut til å fungere i praksis og at den har vært nyttig for

implementeringsprosjektet i denne studien, under forutsetning at det finnes noen som leder og samspiller med de som skal implementere den nye kunnskapen.

I fortolkningen av de samlede resultatene om studiens temaer kan «Kunnskap og Resultat» relateres til hverandre i beskrivelsen med at teori blir omsatt i praksis, og at resultater er viktig for å skape ny kunnskap. Det er en loop av samskapende aktivitet der aktivitet, ledelse og mandat kan ha betydning. Bowen og Graham beskriver at verktøy for kunnskapstranslasjon kan påvirke gapet mellom forskning og praksis. Nyttan kan måles i om de to forenes i klinisk praksis (Bowen 2013). I dette prosjektet var kunnskapen veiledet av K2A, som modell for kunnskapstranslasjon. Teoretisk gir K2A veiledning om planlegging, oppfølging og resultatorientering samt ambisjonen om å skape en struktur for ledelse. Erfaringer i denne studien kan bekrefte denne teorien i praksis. Informantene deler erfaringer med at det er viktig med struktur, ledelse og resultatfokusering under en implementeringsprosess samt at K2A har bidratt til forståelse av prosessen. Videre kan funn i studien vise til at modellen har bidratt til refleksjon og erfaringsutveksling for de som deltok i prosjektet samt at de har tiltro til modellen. K2A modellen kan ses på som intraaktiv dersom samspillet med pasienten også tas med i betraktning.

Temaet resultater var gjennomgående for hele prosessen med implementering av HITS. Under forberedelsene og gjennomgangen av forskningsgrunlaget var det etterspurt om effekter med HITS trening. Under gjennomføring og praktisk bruk av metoden var resultater relatert til den direkte treningssituasjonen og analyse av testresultater, med på å skape entusiasme og motivasjon for både personal og pasienter. I etterkant av implementeringen var resultater av selve implementeringen samt testresultater for pasientene interessante for helsepersonell. Pasientene var også interesserte i egen prestasjon og fremgang. Disse funnene viser igjen at resultat er et viktig element å få med i kunnskapstranslasjon. K2A modellen viser også på det i fase 6 (se Vedlegg 1).

Videre kan kontinuumet «Usikkerhet og Trygghet» fortelle at disse fenomenene er viktige aspekter å fange i en implementeringsprosess. I denne studien handlet dette mest om å omsette ny teori i det som krevde ganske avansert praktisk kunnskap og ferdighet. Fysioterapeuter skulle øke sin kunnskap og ferdighet i bruk av metoden i praksis. Indekseringen av den praktiske, instrumentelle kunnskapen skulle gå fra mindre til sterk,

definert i Grimens termer (Grimen 2008). Bruk av K2A modellen og aktive tiltak som er beskrevet i Vedlegg 2, samt samtale i fokusgruppeintervjuer var sannsynligvis viktige elementer for at kontinuumet kunne endre karakter gjennom prosjektet. Identifisering av hindringer og fremmede faktorer, samarbeid, bruk av tid og kommunikasjon var også antakeligvis med på å endre kontinuumet gjennom prosjektet. Tidligere studier viser også at kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervjuer kan identifisere hindringer og holdninger av betydning for vellykket implementering (Grimshaw, et al. 2012). Både trygghet og usikkerhet har størst fokus i forkant av implementering og endring av praksis i denne studien. Denne slutningen kan bidra til forståelse og planlegging av lignende kunnskapstranslasjons prosjekter i fremtiden. I dette prosjektet var fokusgruppe intervjuene en god setting for å drøfte og dele hva som oppleves som motstand og hindringer samt repetisjon og feedback i praktisk utførelse viktige elementer.

K2A er fremstilt som en dynamisk modell, men med relativt linjær struktur, med mål om at kunnskap skal implementeres i praksis. I min studie vil jeg ta denne forståelsen videre for å se på kunnskapsbasert praksis i en sirkulær/dynamisk form, der kunnskap leder til kunnskap via samskapende og intraaktive prosesser. Inspirert av Barad`s teorier om Intra-action, Agency og Becoming, så synes jeg det er spennende å se på kunnskapsutvikling som «Becoming through Intra-Action», altså at kunnskapen blir til i en samskaping av fenomener og diskurser. Det gir friere tøyler til å løfte frem kunnskap sett i relasjon til kunnskap som skapes i andre settinger med rasjonelle deduktive vitenskapsidealene. I dette perspektivet er ikke etikk og rettferdighet forhåndsbestemt, men alltid dynamisk og i endring samt eksplorerende.

I dette implementeringsprosjektet samskapte helsepersonell omsetting av teori i praksis i en tverrfaglig setting der opplevelsene av dette danner grunnlag for denne studien. Det kvalitative aspektet ved kunnskapstranslasjon og samskaping av kunnskap er løftet frem og beskrevet som erfaringer, både individuelle og i intra-aksjon med andre. Det presenterte seg et fenomen gjennom analysen i denne studien angående artikulering av teori og praktisk ferdighet som fremstår som integrert i samspillet med pasienten. Min tolkning er at helsepersonell beskriver egen utførelse gjennom opplevelser fra pasientens ståsted. Dette fenomen består av klinikknære beskrivelser av treningsintervensjonen som integrert i praktisk erfaring og kunnskap, som i sin tur skaper mening videre i form av refleksjon over samspill og relasjoner. Til tross for at pasientene ikke var til stede under fokusgruppe intervjuene ble

de intraaktive og samskapende i denne studien med deres indirekte deltagelse i kunnskapsutvikling videre. Fenomenet kan ses på som et eksempel på kunnskapsbasert praksis definert som intraaktiv og samskapende. Har dette samspill en viktig rolle i kunnskapsbasert praksis og kunnskapstranslasjon generelt? Dahl-Michelsen og Groven argumenterer for at vi skal se på kunnskapsbasert praksis som et fenomen som blir til gjennom et antall intra-aktive prosesser (Dahl-Michelsen and Groven 2018). Dette harmonerer med funn i denne studien som viser på samspill og omsorg for pasientens verdier og mål som viktige komponenter ved valget og gjennomføringen av HITS som treningsmetode.

Både i K2A som modell for kunnskapstranslasjon ifølge Graham, et al`s sosialvitenskaplige perspektiv, og Karen Barad`s feministisk inspirerte teori vedrørende evidensbasert kunnskap, fremhever at samspill har en innvirkende kraft og at det er kontekstuel hva som kommer i fokus (Bowen 2013; Dahl-Michelsen and Groven 2018). De ser på kunnskapsbasert praksis som et fenomen som blir til gjennom et antall interaktive prosesser. De er opptatt av hvordan den forskningsbaserte kunnskapen sammen med helsepersonells kliniske erfaring og ekspertise og pasientens eller brukerens verdier og preferanser som kunnskap, kan samskape fenomenet kunnskapsbasert praksis (Dahl-Michelsen and Groven 2018). I dette prosjektet samskapte teamet omsetting av teori i praksis i en tverrfaglig setting der opplevelsene av dette danner grunnlag for denne studien. Min tolkning er at helsepersonell beskriver egen utførelse gjennom opplevelser fra pasientens ståsted. Det oppstår et fenomen som består av klinikknære beskrivelser av treningsintervensjonen som integrert i praktisk erfaring og kunnskap, som i sin tur skaper mening videre i form av refleksjon over samspill og relasjoner. Til tross for at pasientene ikke var til stede under fokusgruppe intervjuene ble de intraaktive og samskapende i denne studien med deres indirekte deltagelse i kunnskapsutvikling videre.

Greenhalgh et al proklamerer at vi skal ta kunnskapsbasert praksis på alvor. De fremhever spesifikt at det er viktig at etiske hensyn tas i omsorgen for pasienten, at forskningskunnskapen er forståelig for både personal og pasient, at kunnskap går føre regler, at samvalg skjer i meningsfulle dialoger mellom personal og pasient, at det er en medmenneskelighet som preger relasjonen mellom personal og pasient samt at kunnskapsbasert praksis finnes tilgjengelig for folk flest på alle nivåer av helsetjenesten (Greenhalgh, et al. 2014). Hvis kunnskapsbasert praksis betraktes som et fenomen som er en

samskapende og sirkulær foreteelse, der alle til stede er aktive deltagere, kan dynamiske forhold skapes. Aktive deltagere som deler erfaringer og praktisk kunnskap på en likeverdig plattform, vil kunne forme kunnskapen, samt bidra til at etiske hensyn ivaretas i en kunnskapsbasert praksis. Etikken kommer inn som en rettesnor i valg og samspill. Den bidrar til valg og løsninger på dilemmaer som vi vil møte i fagutøvelsen. En viktig aspekt er dog at etikk og moral vil være til stede i alle deler i kunnskapsbasert praksis, men handling og utførelse av etisk og moralsk karakter vil tilfalle helseprofesjonene å ta ansvar for (Aadland 2011). I denne studien beskrev helsepersonell sine erfaringer med HITS via klinisk erfaring sammen med pasienter. Pasientenes erfaringer gav helsepersonell tilbakemeldinger og støtte i å tilpasse treningsmetoden til deres forutsetninger, mål og metodens krav. Funn i studien viser at en viktig del for å kunne praktisere samvalg, er at det finnes bra informasjon som kan deles med pasientene og at forskningen var klart formulert og tilpasset klinikken som den skulle brukes i.

Et sitat fra denne studien kan beskrive et intraaktivt samspill med teori, praktisk kunnskap og etiske hensyn og verdier for pasienten, sett fra helsepersonells ståsted:

..... og du får bedre balanse og alt blir bedre og det er overførbart til alt, så tenker jeg at jeg må ha litt verdier for pasienten. og det synes jeg da ble jeg veldig provosert kjente jeg...eller engasjert... men når du begynner å kikke litt i det så kan du velge å...metoden sier ikke at vi skal glemme alt det andre,det er veldig viktig altså! At vi husker på det for det kan fort bli sånn. Så vi må være veldig bevisst på det som utøvende fysioterapeut ... at det ikke bare handler om å få de på en mølle å gå å bare gå og gå. Det skal føles meningsfylt og få til det.

Pasienten er her i et tredje perspektiv pga studiens utforming, men i ordinær praksis hadde pasienten vært i et første perspektiv og selv kunnet bidra med sine meninger, kunnskap og erfaringer. Ta vare på erfaringsperspektivet i kunnskapsbasert praksis! Teoretisk, empirisk kunnskap kan ikke alltid overføres i direkte forstand til praksis, men i en etisk likeverdig relasjon med aktive deltagere så kan vi interagere til alles beste. Når vi som helsepersonell jobber og bruker teori og metoder i kunnskapsbasert praksis, kan vi se våre handlinger i lys av Barads teorier om, Intra-action, Agency og Becoming. Dette tankesettet kan hjelpe oss i å utvikle og forme gode helsetjenester basert på en samskapende og aktiv etisk plattform. Sammen med pasienten og den aktuelle kunnskapen former vi praksis og ny kunnskap.

Den hermeneutiske sirkel eller spiral er en modell som forklarer samspillet mellom subjektivt opplevd helhet og deler som studeres eller erfares. Det er en dialektisk metode som beskriver «dialogen» som skaper forståelse i en sirkulær bevegelse der fortolkning og erfaring leder til konklusjoner eller teser og ny kunnskap (Aadland 2011). Denne studien hadde som formål å studere helsepersonells erfaringer i en implementeringsprosess med bruk av verktøy for kunnskapstranslasjon. Min forhåpning er at studien kan bidra til en dialog videre der kunnskapen hos den som leser, kan brukes videre i en samskaping i hvordan kunnskapstranslasjon kan tilpasses klinikken, og at erfaringskunnskap og intraaksjon ses på som en viktig del i implementering av HITS som metode for gjenvinning av funksjon etter overlevelse av hjerneslag.

6.3 METODISKE OVERVEIELSER

I kvalitativ forskning kan begrepene validitet og reliabilitet også få mer hverdagslige uttrykk som troverdighet, tilforlatelighet, sikkerhet og bekreft barhet (Kvale, et al. 2015). I denne studien har jeg valgt å bruke begrepene validitet og reliabilitet.

Validitetsspørsmålet i kvalitativ forskning handler om å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Forskeren skal stille spørsmål om hva studien forteller noe om og i hvilken overførbarhet funnene har utover sammenhengen der studien er gjennomført. Som beskrevet tidligere er forskerens og hens forforståelse med på å forme resultatene. Det er derfor viktig å være refleksiv og åpen i forskningsprosessen og fremstillingen. Kommunikativ validitet er forskerens evne til å kommunisere hvordan hens forskning påvirker gyldigheten som kunnskapen får. Dette betyr at vi må beskrive gjennomføring m.m. på en måte som er forståelig for andre (Malterud 2012). I denne studien har jeg beskrevet analysen trinn for trinn ifølge Braun and Clark (Braun and Clarke 2006), med en åpen beskrivelse av tolkninger og fremgangsmåte underveis i prosessen så at leseren kan forstå hvordan konklusjoner og resultat presenteres. Gyldigheten av kunnskapen vi utvikler er avhengig om noen kan bruke den til noe (Malterud 2012). Kunnskapens brukbarhet kalles pragmatisk validitet (Kvale, et al. 2015) Denne studien tar utgangspunkt i de kvalitative erfaringene i implementeringsprosessen av HITS samt bruk av K2A. Jeg håper at dette kunnskapsbidrag kan informere og komplettere annen forskning som beskrevet i kapitel 1.4, Studiens relevans.

For å belyse erfaringene i en implementeringsprosess i min studie mener jeg det var riktig å velge en kvalitativ metode og ikke en kvantitativ metode. Ved å benytte kvalitativ metode i form av fokusgruppe design og tematisk analyse fikk jeg muligheten til å få gå i dybden på hvilke erfaringer som var til stede i en tverrfaglig setting, før og etter implementering, i henhold til forskningsspørsmålet i studien. Denne muligheten ville jeg ikke hatt i samme utstrekning, med en kvantitativ undersøkelse.

I denne studien var hensikten å studere erfaringsbeskrivelser i en tverrfaglig setting, og derfor ble fokusgruppe intervjuer valget av metode for datainnsamling. Fokusgruppeintervjuer er gruppesamtaler som egner seg godt for eksempel til å få frem erfaringer fra spesielle miljøer (Malterud, 2013). Metoden var tidsbesparende og kunnskapsproduserende i dette tilfellet. Min bedømming er at for eksempel individuelle intervjuer eller spørreskjemaer ikke hadde gitt samme resultat og betydelse for implementeringsresultatet heller. Disse metodene ville gitt helt annerledes resultat som sannsynligvis ikke hadde fremstått som tverrfaglige og tverrprofesjonelle. Fokusgruppene var aktive og kunnskapsgenererende. Individuelle intervjuer hadde trolig ikke vært like egnet da hensikten var å dele erfaringer og samskape ny kunnskap. Min egen refleksjon er at jeg legger merke til at man får en ny mulighet til å fange det som ble sagt under og etter transkribering. Som tidligere beskrevet under resultater var det løftet frem at det var viktig med ledelse gjennom implementeringsprosjektet. Bruk av kunnskapstranslasjonsverktøy og fokusgruppe intervju kan ha bidratt til en arena for uttrykk og erfaringsutveksling av frustrasjoner i endring av praksis.

Kvale og Brinkmann belyser ulike kvalitative metodetradisjoner som er relevante for det kvalitative intervjuet. Sentrale tradisjoner er hermeneutikk, fenomenologi og pragmatisme i tillegg til diskurs og dialektikk (Kvale, et al. 2015). Denne studien tar utgangspunkt i en Fenomenologisk-hermeneutisk filosofi som tar for seg av spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Et fenomenologisk ståsted var i denne studien utgangspunkt for gjennomføring av fokusgruppe intervjuer. Hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster. I dette tilfelle er tekstene fra transkribering av intervjuer.

I studien var det valgt en tematisk analyse ifølge Braun and Clarke (Braun and Clarke 2006). Valget av tematisk analyse var gjort med begrunnelse i å ville utbrodere resultatet i motsatt til

induktive metoder som fokuserer på å skrelle av og komme til kjernen i stoffet. Metoden fungerer godt sammen med et hermeneutisk vitenskapssyn ved at man forsøker å se på informantenes opplevelse samtidig som man prøver å se helheten (Braun and Clarke 2006). I teoretisk tematisk analyse drives forskeren av interesse for tematikken eller fokusområdet for forskningen og analysen tenderer å gi færre beskrivelser av det totale materialet og mere detaljerte deler av dataene (Braun and Clarke 2006). Denne studien kan ses i relasjon til dette da analysen inneholder beskrivelser av det totale materialet sett i både deler og som en helhet i relasjon til forskningsspørsmål og valgt teoretisk forankring. Kodingen og valg av temaer er gjort med en ambisjon om å utbrodere og finne fenomener eller diskurser som kan lede kunnskapen fremover i en hermeneutisk, feministisk fortolkning. En utfordring i analysen var å beskrive og sammenstille resultater som en helhet da hensikten med studien var å vise frem erfaringer med en ny behandlingsmetode, HITS, og en modell for kunnskapstranslasjon, K2A. Fremstillingen av analysen er derfor gjort i både sitater, tekst og tabell form og studiens funn presenteres som et utvalg som løftes videre i fortolkning og drøfting. Det var viktig for meg først å fremstille resultatene i en direkte form for å senere kunne fortolke dem med min forforståelse og valgt teori. Beskrivelsene og fremstillingen kan bidra til å bekrefte studiens validitet.

Innenfor den hermeneutiske tradisjonen anses det at forskerens teoretiske perspektiv samt faglige og kulturelle bakgrunn, er sentrale forutsetninger for fortolkninger og de spørsmålene som kan stilles til datamaterialet. Som et uttrykk for den hermeneutiske dimensjonen kan validiteten i studien øke hvis man i analysen og fremstillingen stiller spørsmål om de valgte teoriene er gyldig for det man undersøker og om tolkningene følger logisk fra teorien. Det er her valgt å knytte studiens teoretiske forankring til tre ulike perspektiv. Det første er Grahams teorier av Kunnskapstranslasjon, det andre er perspektivet på kunnskap og profesjon hos helsepersonell i relasjon til kunnskapsbasert praksis og kunnskapstranslasjon, det tredje perspektivet er Barads teorier om kunnskapsutvikling. Disse teorier brukes i drøftingen av funn sammen med kompletterende og argumenterende forskning med hensikt å nyansere og utforske videre perspektiver av studiens resultater og bidrag videre. Innledningsvis ble det også presentert forskning på gangtrening ved rehabilitering etter hjerneslag og implikasjoner for pasienter som får nytte av denne behandlingen samt K2A som modell for kunnskapstranslasjon generelt og spesielt relatert til dette prosjektet. Teorien som er knyttet til høyintensiv gangtrening for slag pasienter er fremstilt for å vise grunnlag for metoden som

implementeres i studien. Studiens kvalitative design og hensikt var ikke utformet for å utøve kritisk holdning til dette forskningsgrunnlaget. Det har blitt gjort i andre settinger i relasjon til effekt mm. Resultatene her beskriver mer erfaringer med metoden både av personal og pasienter.

De valgte teoriene for studien var for meg adekvate og brukbare inn i analysen og fremstillingen og tolkninger av resultater. Teorien om kunnskap innenfor kunnskapsbasert praksis og kunnskapstranslasjon kunne vinkles i mange perspektiver, men i denne studien ble fokuset den erfaringsbaserte eller den praktiske. Jeg har valgt å bruke mye av Harald Grimens forskning i oppgaven, fordi hans fremstillinger passet bra inn i studiens temaer og de appellerte til meg som forsker. I den teoretiske fremstillingen av kunnskapstranslasjon og K2A som modell er primærkildene og forskergruppen som utformet modellen trukket frem primært her. Jeg har ikke valgt å bruke plass i oppgaven til å kritisere deres modell eller teoretiske bakgrunn for den. Mitt perspektiv på kunnskapsbasert praksis i denne oppgaven har vært mot den senere tidens diskusjoner om sirkulære forhold og samskaping av kunnskapsbasert praksis. Dette er også i samsvar med Karen Barads feministiske teorier om intra-aksjon.

Innenfor hermeneutikken brukes ordet forståelseshorisont, som begrep for våre uomgjengelige og historisk betingede fordommer. Kunnskap om egen forståelseshorisont og egne fordommer er viktig i erfaringskunnskaps-sirkelen i kunnskapsbasert praksis (Grimen 2008). En viktig dimensjon i bedømmingen av studiens gyldighet og pålitelighet, er at forskeren er subjektiv om egen objektivitet (Kvale, et al. 2015). For min forskning betyr dette at jeg har gjort en grundig redegjørelse av min rolle som forsker, for min forforståelse og refleksive prosess gjennom hele studien. Jeg håper at dette er fremstilt og forklart gjennom oppgaven.

Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre. Et hovedspørsmål i diskusjonene om reliabilitet i kvalitativ forskning er om intervjupersonene ville endret sine svar i et intervju med en annen forsker gjøre (Kvale, et al. 2015). Egen forforståelse og objektivitet er viktige hensyn i denne sammenheng. Jeg har prøvd å være åpen med egen forforståelse og valgt et essensialistisk /realistisk perspektiv der innhenting og fremstilling gjøres i en direkte form uten språklig analyse. I min rolle som moderator i fokusgruppeintervjuene var jeg bevisst på å innta en åpen og ikke ledende rolle som grunn

innstilling. Hvis denne studien skulle gjennomføres av en annen forsker og andre informanter i en annen kontekst, ville det være stor sannsynlighet for at resultatet ble presentert annerledes pga at denne settingen er unik for dette implementeringsprosjektet. Det er det som karakteriserer kunnskapstranslasjon på mikronivå, er at forutsetninger for implementering er forskjellig fra situasjon til situasjon. Jeg vil dog fremholde at resultatene i denne studien vil kunne si noe om hvordan høy intensiv gangtrening oppleves i klinisk praksis i en spesialisert tverrfaglig rehabilitering både av personal og pasienter og gi en beskrivelse av hvordan de erfarer kunnskapstranslasjon som struktureres med verktøy for dette.

Om resultatenes reliabilitet i denne studien vil jeg si at de kan være reproduserbare til en viss grad, men ikke helt da dette prosjektet er spesielt tilknyttet en arbeidsplass og en gruppe mennesker. Man kan gjøre tilsvarende studier for å kunne sammenligne resultater med hverandre. Det som styrker studiens resultater, er at de kan relateres opp mot annen teori og tidligere erfaringer. Resultatene kan også utvikle dagens teori med et nytt bidrag innenfor «Kunnskap som Becoming» og intra-aktionistisk vitenskapssyn. Karen Barad's «Agenital realisme» relateres til at ingen relasjoner er forutsigbare uten de er effekten av intra-aksjoner der fenomen er avhengig av hva som observeres (Barad 2007).

6.4 FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER

I en studie må man alltid veie nytteverdien opp mot skaden/smerten/ulempen man påfører informantene (Fangen 2010; Kvale, et al. 2015). Informantene ble i intervjuene invitert til å dele erfaringer i en implementeringsprosess. I et forskningsprosjekt skal forskeren arbeide utfra en grunnleggende respekt for menneskeverdet (Fangen 2010). Dette innebærer blant annet konkrete krav til forskeren for å ivareta personer som deltar i et forskningsprosjekt. Et hovedprinsipp i forskningsetikken er at alle opplysninger som samles inn i et forskningsprosjekt skal behandles konfidensielt. Dette betyr at opplysninger som presenteres ikke kan føres tilbake til informanten, med andre ord blir informanten anonymisert. I transkriberingsprosessen samt i presentasjonen av funn i studien, har jeg bestrebet meg å anonymisere informantene på en måte så de ikke skal kunne gjenkjennes.

Denne studien og dess resultater kan også tolkes og bedømmes med i perspektiv av «agenital realism» som et epistemologisk, odontologisk og etisk rammeverk (Barad 2007). I dette

perspektivet kan det etiske i kunnskapsproduksjon og forskningsresultater forstås som at alle deltagere i den aktuelle situasjonen er ansvarlige for det etiske aspektet. Etikk og etiske hensyn er ikke supplement til vitenskap, men en integrert del av den. Derfor er det viktig å beskrive og ta inn hvordan situasjonene oppstår og ser ut der kunnskap produseres. I denne studien var de kunnskapsproduserende situasjonene fokusgruppe intervjuer med flere personer med forskjellige roller representerte. De var alle aktive og med på å produsere materiale og diskurser. Jeg vil fremholde viktigheten med at to personer med ansvar for utdanning ved OsloMet var til stede. Det skapte en dynamikk i situasjonene som bidro til økt kvalitet og nyanse i det etiske aspektet. I tillegg til dette var «sekretærens» tilstedeværelse og bidrag med på å nyansere det etiske bidraget. Videre vil jeg fremholde at jeg under skriving og analyse har opplevd det som utviklende og positivt å kunne dele prosessen med veiledere og medstudenter ved OsloMet. Dette gav meg nye innfallsvinkler og et kritisk blikk på min kunnskapsproduksjon i denne studien.

Skadevirkningene eller negative effekter av denne studien vurderer jeg som lave. Som beskrevet tidligere har etiske hensyn og formaliteter blitt ivaretatt gjennom hele prosessen og det som beskrives som resultater i studien er basert på tverrfaglige utsagn og min fortolkning. Jeg håper at resultatene ikke fremstår som personbundne, men heller bidrar til å løfte frem diskusjonen om hvordan vi skal se på kunnskapsproduksjon.

7 KONKLUSJON

Denne studien har analysert en prosess om kunnskapstranslasjon og implementering av treningsintervensjonen HITS, «Høy Intensiv gangTrening for Slagpasienter». HITS ble implementert i klinikken ved Unicare Bakke i Halden under 2019, med K2A (Knowledge to Action) som modell for planlegging, innhenting av kunnskap, oppfølging i prosessen, samt vurdering av resultater og endring av praksis.

Studien er kvalitativ og fokuserer på erfaringer som helsepersonell har i en implementeringsprosess, der erfaringene løftes frem via fokusgruppe intervjuer og tematisk analyse. De to fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på tidspunkter som samsvarer med to stadier i K2A modellen, henholdsvis «Identifisere barrierer» og «Vurder resultater». Forskningsspørsmålet som var formulert for denne studien var: Hvilke erfaringer har helsepersonell med implementeringen av høyintensiv gangtrening hos slagpasienter, ved hjelp av verktøy for kunnskapstranslasjon, K2A?

Studien viser at HITS beskrives som en kompleks intervensjon med mye utstyr og formaliteter rundt. Den beskrives også som en aktiv intervensjon der både fysioterapeut og pasient må være aktive og deltagende for at den skal kunne gjennomføres. Man må tilpasse og dosere treningen til pasienten konstant. Det krever erfaringskunnskap, men også at terapeuten er til stede med hele seg under treningen. Raske resultater motiverer både pasienter og personal. Resultatene og prestasjonene gir også en mestringsopplevelse og muligheter for endret selvbilde hos pasienten.

Videre viser studien at beskrivelser av kunnskapstranslasjonsprosessen med implementering av HITS og bruk av K2A som modell for dette, som overveiende positive og konkrete. Beskrivelsene er både relaterte til egen person og egne erfaringer, men også relatert til gruppen som jobber sammen og arbeidsplassen som de tilhører. Modellen beskrives som klinikknær og brukbar samt at den trekker frem resultat og effekt av både implementering og formålet for implementeringen. Informantene hadde erfaringer med at K2A bidro til struktur og refleksjon, dette kan samsvare med teorien om at handlingssirkelen rundt skal veilede bruken av evidensbasert kunnskap i praksis (Graham, et al. 2006). Studien viser at modellen må brukes aktivt og kunnskapstranslasjonen må ledes for at slike prosjekter skal bli vellykket.

Utover sammenfatninger av erfaringer fra begge fasene i implementeringsprosjektet, er det konkludert med fem temaer som kunne si noe om erfaringer som var felles fra de to intervjuene. Disse temaene var; Kunnskap, Resultat, Usikkerhet, Trygghet og Motivasjon, de sier noe om erfaringer og opplevelser generelt gjennom implementeringsprosjektet og gir sammen med sitater og sammenstillinger, erfaringsnære beskrivelser i opplevelsen av å bruke HITS som treningsmetode i praksis og K2A som modell for kunnskapstranslasjon.

Et funn i studien var hvordan kunnskap endres gjennom implementeringsprosjektet. Eksempel på dette var uttrykk for usikkerheten om hvordan pasientene ville tåle å trene så intensivt som metoden tilsier samtidig som de kanskje hadde andre rehabiliteringsmål, som fremkom før implementering av HITS, hvilket var et spørsmål som kunne avkrefte etter testperioden. Denne usikkerheten kan symbolisere et kunnskapsgap mellom evidens/teori og praktisk erfaring/kunnskap. Konklusjonen i studien var at kunnskapsgapet er endret. Det som beskrives som et kunnskaps gap i intervju 1 er erstattet med erfaringsbasert kunnskap i intervju 2. Den praktiske kunnskapen hos helsepersonell er i dette tilfelle endret eller økt. Man kan også se det som at evidens og praksis fremstår som integrert.

I fortolkningen av de samlede funnene om studiens temaer, kan kontinuumet «Usikkerhet og Trygghet» forstås som at disse fenomenene er viktige aspekter å fange i en implementeringsprosess. I denne studien handlet dette mest om å omsette ny teori i det som krevde ganske avansert praktisk kunnskap og ferdighet. Indekseringen av den praktiske, instrumentelle kunnskapen skulle gå fra mindre til sterk. Bruk av K2A-modellen og aktive tiltak som er beskrevet i vedlegg 2, samt samtale i fokusgruppeintervjuer var sannsynligvis viktige elementer for at kontinuumet kunne endre karakter gjennom prosjektet. Identifisering av hindringer og fasilitatorer, samarbeid, bruk av tid og kommunikasjon var også trolig med på å eliminere kontinuumet gjennom prosjektet.

Videre kan «Kunnskap og Resultat» relateres til hverandre i beskrivelsen med at teori blir omsatt i praksis, og at resultater er viktig for å skape ny kunnskap. Det er en loop av samskapende aktivitet der aktivitet, ledelse og mandat kan ha betydelse. I dette prosjektet var kunnskapen veiledet av en modell for kunnskapstranslasjon, K2A. Modellen bygger på aktive prosesser og kan ses på som intraaktiv i denne studien.

I dette implementeringsprosjektet samskapte helsepersonell omsetting av teori i praksis i en tverrfaglig setting der opplevelsene av dette danner grunnlag for denne studien. Det kvalitative aspektet ved kunnskapstranslasjon og samskapning av kunnskap er løftet frem og beskrevet som erfaringer, både individuelle og i intra-aksjon med andre. Det presenterte seg et fenomen gjennom analysen i denne studien angående artikulering av teori og praktisk ferdighet som fremstår som integrert i samspillet med pasienten. Fenomenet kan ses på som et eksempel på kunnskapsbasert praksis definert som intraaktiv og samskapende. Funn i denne studien viser også på samspill og omsorg for pasientens verdier og mål som viktige komponenter ved valget og gjennomføringen med valg av HITS som treningsmetode.

Denne studien kan vise på at endring av praksis kan oppleves som provoserende og møtes med motstand samtidig som den også kan vise på at menneskelig tilstedeværelse og ledelse er viktige faktorer før et godt resultat ved implementering av ny kunnskap. Studien viser også på at K2A modellen som er valgt for kunnskapstranslasjon får beskrivelser av å fungere i praksis og at den har vært nyttig for implementeringsprosjektet i denne studien, under forutsetning at det finnes noen som leder og samspiller med de som skal implementere den nye kunnskapen.

K2A er fremstilt som en dynamisk modell, men med relativt linjær struktur, med mål om at kunnskap skal implementeres i praksis. I min studie vil jeg ta denne forståelsen videre for å se på kunnskapsbasert praksis i en sirkulær/dynamisk form, der kunnskap leder til kunnskap via samskapende og intraaktive prosesser. Inspirert av Barad`s teorier om Intra-action, Agency og Becoming, så synes jeg det er spennende å se på kunnskapsutvikling som «Becoming through Intra-Action», altså at kunnskapen blir til i en samskapning av fenomener og diskurser. I dette perspektivet er ikke etikk og rettferdighet forhåndsbestemt, men alltid dynamisk og i endring samt eksplorerende.

Min forhåpning er at studien kan bidra til en dialog videre der kunnskapen hos den som leser, kan brukes videre i en samskapning i hvordan kunnskapstranslasjon kan tilpasses klinikken, og at erfaringskunnskap og intraaksjon ses på som en viktig del i implementering av HITS som metode for gjenvinning av funksjon etter overlevelse av hjerneslag.

7.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Jeg vil her peke på enkelte områder i den kliniske hverdagen som vil kunne videreutvikles i lys av studiens funn og drøftinger.

På bakgrunn av studiens funn kan det være behov for å tenke på at det er viktig å bruke verktøy som er tilpasset kunnskapsgap og behov ved kunnskapstranslasjon (dette er situasjonsbundet i tillegg). Det som kunne identifiseres som erfaringsbaserte hindringer og **samtidig** forutsetninger for implementering av HITS i denne studien var: utstyr, ressurser, kunnskap, behandlingsmetodens konkrete struktur, informasjon til pasienten, samt alt helsepersonells (hele husets) bidrag. Konkret handlet dette om at man blant annet skulle bli kjent med nytt utstyr og at det skulle være tilgjengelig når det trengtes, at det var tilgang på treningsfasiliteter og personal for å kunne gjennomføre treningen i henhold til programmet og at det var kunnskap, forståelse og aksept for den nye metoden av andre kollegaer på arbeidsplassen. En viktig suksessfaktor for å lykkes i treningen med pasienter var å bruke HITS på de pasienter metoden passer for, altså at pasientens motivasjon og mål om å forbedre gangevnen var med. Det var også viktig at det eksisterte bra og innholdsrik informasjon til pasientene for å kunne «selge inn metoden». Funn i denne studien viser også på samspill og omsorg for pasientens verdier og mål som viktige komponenter ved valget og gjennomføringen med valg av HITS som treningsmetode.

Utover utstyr, ressurser og kunnskap som forutsetninger og hjelpere for implementering, var blant annet erfaringer med at prosjektets struktur vha K2A bidro til at prosessen ble konkret og stimulerende. Teamet opplevde at det med denne modellen, ble lettere å identifisere seg som å være en del av implementeringsprosjektet. Det gav muligheter for å kunne se og analysere resultat og effekt av behandlingen og hele implementeringen. Utover positive erfaringer med K2A som modell for implementering kan denne studien vise til at menneskelig tilstedeværelse og ledelse er viktige faktorer for et godt resultat ved implementering av ny kunnskap.

Når vi som helsepersonell jobber og bruker teori og metoder i en kunnskapsbasert praksis kan vi se våre handlinger i lys av Barads teorier om, Intra-action, Agency og Becoming. Dette tankesettet kan hjelpe oss i å utvikle og forme gode helsetjenester basert på en samskapende

og aktiv etisk plattform. Sammen med pasienten og den aktuelle kunnskapen former vi praksis og ny kunnskap.

Ta vare på erfaringsperspektivet i kunnskapsbasert praksis! Teoretisk, empirisk kunnskap kan ikke alltid overføres i direkte forstand til praksis, men i en etisk likeverdig relasjon med aktive deltagere så kan vi interagere til alles beste. (I Vedlegg 8 kan pasienters erfaringer med å trene med HITS leses.) I Vedlegg 2+3+5, kan vise til praktisk veiledning i hvordan K2A og HITS kan brukes for lignende prosjekt i fremtiden. På Unicare Bakke skal vi ta minst en runde til i K2A sirkelen og implementeringsprosessen å forbedre det som var identifisert som målsettinger som ikke var oppnådd i vårt prosjekt.

7.2 FORSKNINGSMESSIGE IMPLIKASJONER

Nytteverdien ved studien håper jeg vil være til stede, da forskningsspørsmålet er rettet mot det kvalitative aspektet i et ellers kvantitativt forskningsområde. Jeg vil mene at studien kan bidra med et nytt perspektiv inn som handler om hvordan erfarings kunnskapen omhandles som fenomen i et kunnskapstranslasjonsprosjekt og hvordan erfaringer kan bidra til nye forutsetninger i lignende settinger. Jeg vil også mene at et intraaktivistisk/feministisk perspektiv kan bidra til større kunnskap i fremtiden for små og store prosjekter. Lynch et al etterspør mere forskning som inkluderer en hybrid av effektivitetsstudier og samskapende implementeringsforskning der klinikere er involvert (Lynch, et al. 2018).

I denne studien kommer pasientenes erfaringer med å trene med HITS med i en tredje persons perspektiv. For å utforske disse erfaringer videre ville det vært interessant å gjennomføre en studie der deres erfaringer var presentert i et første persons perspektiv. Dette skulle kunne gjøres i en studie med tilsvarende design med fokusgruppe intervjuer og tematisk analyse. Resultatene kunne siden analyseres opp mot denne studien for å evaluere det kvalitative aspektet ved å bruke HITS som treningsmetode. Det ville kanskje gi ny kunnskap om hvordan man kan utforme og implementere treningen/metoden i praksis i fremtidige settinger. Studien kunne også gjøres på nytt i et tilsvarende implementeringsprosjekt og de samlede resultatene kunne sett på erfaringer fra et bredere perspektiv. Man kunne også tenke seg å gjøre den samme studien om igjen på Unicare Bakke for å se hvilke erfaringer som deles med bruk av HITS da personalet har lengre erfaring med metoden.

Det kunne også være interessant med oppfølgingsstudier for å se om metoden brukes i samme grad etter en tid og hva som oppleves som hindringer og fasilitatorer i denne fasen. Her kunne både et kvantitativt og/eller et kvalitativt forskningsdesign, eller en Mixed Method tenkes benyttet.

Resultatene i studien viser til en endring i kunnskapen etter implementering av HITS. Sett til at studien ikke tar for seg å dele opp erfaringer på profesjon, vil en indeksering av praktisk kunnskap og kunnskaps akkumulering i denne sammenhengen muligens vart enda større, hvis dette aspektet var rendyrket.

8 LITTERATUR

Aadland, Einar

2011 *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.

Askheim, Clemet

11.05.2017 Feministisk vitenskapsteori og etikk, (Forelesning) HiOA, 11.05.2017.

Barad, Karen

2007 *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*: duke university Press.

Berg, Moore, Rimehaug, Mbalilaki, Grimstad, Halvorsen, Nordvik

2016 Må det ta 17 år før forskning blir til praksis? *In Ergoterapeuten*. Pp. 28-32, Vol. 5: Norsk Ergoterapeutforbund.

Bowen, Sara and Ian Graham

2013 Integrated knowledge translation. *In Knowledge Translation in Health Care. S.T. Straus, Jacqueline ; Graham, Ian, ed. Pp. 14-27*. Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Braun, Virginia, and Victoria Clarke

2006 Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 3(2):77-101.

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S.

2007 A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science*, 2(1), 40.

Dahl-Michelsen Tone and Groven Karen Synne

2018 A Baradian approach to evidence-based practice in physiotherapy education. *In Manipulating practices : A critical physiotherapy reader. D.A.N. Barbara E. Gibson, Jenny Setchell, Karen Synne Groven ed. Pp. 242-262*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).

Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Graham, I. D., Vandyk, A. D., & Keeping-Burke, L.

2013 Turning knowledge into action at the point-of-care: The collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 10(3):129-139.

Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N.

2005 Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of clinical epidemiology* 58(2):107-112.

Fangen, Katrine

2010 *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl.

Goldenberg, Maya J.

2006 On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine* 62(11):2621-2632.

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N.

2006 Lost in knowledge translation: time for a map?. *Journal of continuing education in the health professions* 26(1):13-24.

Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N.

2014 Evidence based medicine: a movement in crisis?. *Bmj*, 348.

Grimen, Harald

2008 Profesjon og kunnskap. In *Studier av profesjonell yrkesutøvelse - kompetanseoppbygging i profesjonsforskning*. A. Molander and L.I. Terum, eds. Pp. 37-52. Oslo: Universitetsforl.

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E.

2012 Knowledge translation of research findings. *Implementation science* 7(1):50.

Helsebiblioteket

2018 Kunnskapsbasert praksis.: Folkehelseinstituttet. (27.07.2020) Retrived from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet

21.12.2017 Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. (27.07.2020) Retrived from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Holleran, C. L., Straube, D. D., Kinnaird, C. R., Leddy, A. L., & Hornby, T. G.

2014 Feasibility and potential efficacy of high-intensity stepping training in variable contexts in subacute and chronic stroke. *Neurorehabilitation and neural repair*, 28(7), 643-651.

Hornby, T. G., Straube, D. S., Kinnaird, C. R., Holleran, C. L., Echauz, A. J., Rodriguez, K. S., ... & Narducci, E. A.

2011 Importance of Specificity, Amount, and Intensity of Locomotor Training to Improve Ambulatory Function in Patients Poststroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 18(4), 293-307.

Hornby, T. G., Henderson, C. E., Plawecki, A., Lucas, E., Lotter, J., Holthus, M., ... & Roth, E. J.

2019 Contributions of Stepping Intensity and Variability to Mobility in Individuals Poststroke: A Randomized Clinical Trial. *Stroke*, 50(9), 2492-2499.

Hornby, T. G., Holleran, C. L., Hennessy, P. W., Leddy, A. L., Connolly, M., Camardo, J., ... & Roth, E. J.

2016 Variable Intensive Early Walking Poststroke (VIEWS) A Randomized Controlled Trial. 30(5):440-450. *Neurorehabilitation and neural repair*, 30(5), 440-450.

Hornby, T. G., Holleran, C. L., Leddy, A. L., Hennessy, P., Leech, K. A., Connolly, M., ... & Roth, E.

2015 Feasibility of focused stepping practice during inpatient rehabilitation poststroke and potential contributions to mobility outcomes. *Neurorehabilitation and neural repair*, 29(10), 923-932.

Hornby, T. G., Reisman, D. S., Ward, I. G., Scheets, P. L., Miller, A., Haddad, D., ... & Hendron, K. L.

2020 Clinical Practice Guideline to Improve Locomotor Function Following Chronic Stroke, Incomplete Spinal Cord Injury, and Brain Injury. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 44(1), 49-100.

Janzen, Shannon, McIntyre, A., Richardson, M., Britt, E., & Teasell, R.

2016 Building a knowledge to action program in stroke rehabilitation. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 43(5):619-625.

Katz, Douglas I, Polyak, M., Coughlan, D., Nichols, M., & Roche, A.

2009 Natural history of recovery from brain injury after prolonged disorders of consciousness: outcome of patients admitted to inpatient rehabilitation with 1–4 year follow-up. *Progress in brain research* 177:73-88.

Krakauer, John W, Carmichael, S. T., Corbett, D., & Wittenberg, G. F.

2012 Getting neurorehabilitation right: what can be learned from animal models? *Neurorehabilitation and neural repair* 26(8):923-931.

Kvale, Steinar, and Brinkmann, S.

2015 Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: *Gyldendal akademisk*.

Leseth, Anne Birgitte, and Silje Maria Tellmann

2018 Hvordan lese kvalitativ forskning? Oslo: *Cappelen Damm akademisk*.

Lord, Susan E, and Lynn Rochester

2005 Measurement of community ambulation after stroke: current status and future developments. *Stroke* 36(7):1457-1461.

Lynch, Elizabeth A, Brigit M Chesworth, and Louise A Connell

2018 Implementation—The missing link in the research translation pipeline: is it any wonder no one ever implements evidence-based practice? *Neurorehabilitation and neural repair* 32(9):751-761.

Macko, R. F., Ivey, F. M., Forrester, L. W., Hanley, D., Sorkin, J. D., Katzell, L. I., ... & Goldberg, A. P

2005 Treadmill exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke: a randomized, controlled trial. *Stroke* 36(10):2206-2211.

Malterud, Kirsti

2012 Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: *Universitetsforl.*

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A.

2003 The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England journal of medicine* 348(26):2635-2645.

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M.

2008 From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Applied psychology* 57(4):660-680.

Moon, S. B., Ji, Y. H., Jang, H. Y., Hwang, S. H., Shin, D. B., Lee, S. C., ... & Park, S. B.

2017 Gait analysis of hemiplegic patients in ambulatory rehabilitation training using a wearable lower-limb robot: A pilot study. *International Journal of Precision Engineering and Manufacturing* 18(12):1773-1781.

Moore, J. L., Nordvik, J. E., Erichsen, A., Rosseland, I., Bø, E., Hornby, T. G., & FIRST-Oslo Team.

2019 Implementation of High-Intensity Stepping Training During Inpatient Stroke Rehabilitation Improves Functional Outcomes. *Stroke*, 51(2), 563-570.

Moore, J. L., Roth, E. J., Killian, C., & Hornby, T. G.

2010 Locomotor training improves daily stepping activity and gait efficiency in individuals poststroke who have reached a “plateau” in recovery. *Stroke* 41(1):129-135.

Moore, Jennifer L, Keiko Shikako-Thomas, and Deborah Backus

2017 Knowledge translation in rehabilitation: a shared vision. *Pediatric Physical Therapy* 29:S64-S72.

Morgan, David L.

2012 Focus Groups and Social Interaction. Pp. 161-176. *The Sage handbook of interview research: The complexity of the craft*, 2.

NEM, De nasjonale forskningsetiske komiteene

2010 Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. (27.07.2020) Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>

NSD, Norsk senter for forskningsdata

2019 Forske på egen arbeidsplass. (27.07.2020) Retrieved from https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html

Ryan, A. S., Dobrovolny, C. L., Silver, K. H., Smith, G. V., & Macko, R. F.

2000 Cardiovascular fitness after stroke: role of muscle mass and gait deficit severity. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 9(4):185-191.

Schmidt, Richard, and Tim Lee

2013 *Motor Learning and performance, 5E with web study guide: from principles to application: Human Kinetics.*

Shumway-Cook, A, and MH Woollacott

2012 *Motor control: translating research into clinical practice.* Lippincott Williams & Wilkins.

Solvang, Per

2005 Det poststrukturalistiske perspektiv i handikapforskningen. *Sociologiska perspektiv på funksjonshinder och handikapp. B. Danermark. Lund, Studentlitteratur, Lund: S, 83-102.*

Straube, D. D., Holleran, C. L., Kinnaird, C. R., Leddy, A. L., Hennessy, P. W., & Hornby, T. G.

2014 Effects of dynamic stepping training on nonlocomotor tasks in individuals poststroke. *Physical therapy, 94(7), 921-933.*

Thornquist, Eline

2003 *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag.* Bergen: Fagbokforl.

Veerbeek, J. M., van Wegen, E., van Peppen, R., van der Wees, P. J., Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G.

2014 What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PloS one, 9(2), e87987.*

West, T., Churilov, L., & Bernhardt, J.

2013 Early physical activity and discharge destination after stroke: a comparison of acute and comprehensive stroke unit care. *Rehabilitation Research and Practice 2013.*

I tillegg til referanselisten har denne boken bidratt til mye kunnskap om kunnskapstranslasjon og K2A:

Straus, Sharon ; Tetroe, Jacqueline ; Graham, Ian

2013 *Knowledge Translation in Health Care.* Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

9 TABELLER

Tabell 1

Tabell 1. Tabell som viser studiens temaer og endringsstørrelse før og etter implementering.					
Tema:	KUNNSKAP	RESULTAT	USIKKERHET	TRYGGHET	MOTIVASJON
Intervju 1	19	2	14	11	3
Intervju 2	13	7	0	1	6
Endring:	-6	5	-14	-10	3
Tolkning 1	Kunnskapsgapet ser annerledes ut. Det kan ikke tolkes som at kunnskapen har blitt mindre men at det har endret seg. Det som beskrives som kunnskapsgrunnlag og gap i intervju 1 er tettet i intervju 2 og erstattes med erfarings basert kunnskap.	Intervju 2 har flere erfaringer med resultater. Det er også forventet da dette plasserer seg i K2As fase med vurdering av resultater.	I intervju 2 finnes ikke erfaringer med usikkerhet.	I intervju 2 er det mindre erfaringer og beskrivelser av trygghets aspekter.	Det finnes flere beskrivelser av hva som oppleves som motiverende i Intervju 2. Disse relateres til erfaringer i trening og resultater av implementeringen.
Tolkning 2	Det største temaet i studien. Kunnskap er sentralt i kunnskapstranslasjon.	Resultatorienteringen er økende etter implementering og handler om at det finnes mer erfaringsbasert kunnskap etter implementering.	Usikkerhet er et stort tema i forkant av implementering av en ny metode. Usikkerhet er ikke et tema etter implementeringsprosessen i intervju 2.	Trygghet er det tredje største temaet for implementering og får et minimalt fokus under det andre intervjuet.	Temaet motivasjon øker etter implementering, men er fortsatt et tema med mindre fokus.

Tabell 2

Tabell 2. Sammenfatning datamateriale og tematisk analyse i relasjon til to fase 3 og 6 i K2A					
Erfaringer i implementeringsprosessen av HITS vha K2A.					
Før implementering			Etter implementering		
Fase 3 K2A: Identifisering av barrierer			Fase 6 K2A: Vurder resultater		
Sammenfatning intervju 1			Sammenfatning intervju 2		
<p>Teamet møter metoden med entusiasme og ser frem til å jobbe sammen i et prosjekt der K2A gir struktur og forankring i kunnskap i å implementere en ny metode som skal brukes i praksis. De opplever at det er en kunnskapsbasert intervensjon og at de stoler på kunnskapsgrunnlaget samt at det er en metode der kjent kunnskap kombineres med ny kunnskap. Prosjektet og metoden oppleves som stimulerende og inviterer til samarbeid og tverrfaglighet, samt at bruk av K2A gir struktur og mulighet for resonnerende og læring. Monitorering og vurdering av resultat gir tilbakemelding på om vi gjør det vi tror vi gjør.</p> <p>Metoden oppleves konkret og strukturert men at det kreves erfaring og at det handler om å lære nytt og få praktisk erfaring i en ny måte å trene på. Sett i relasjon til hvordan slagbehandlingen har utviklet seg historisk og frem til nå så beskrives det som at man er med i utviklingen og i å skape noe nytt. Fagspesifikk kunnskap som fysioterapeut kreves og det oppleves positivt. Metoden beskrives som intensiv og varierende, kontrollert og forsvarlig og at den krever utstyr og fleksibilitet. Metoden er strukturert og konkret, gir ikke mulighet for synsing. Metoden må velges aktivt og være i samsvar med pasientens målsetning om å gå bedre.</p> <p>Det oppleves som viktig at pasienten, hele teamet og andre kollegaer kjenner til metoden og hva som er hensikten. Det etterspøres informasjon til pasient med informasjon om hvorfor metoden virker (hjernen, plastisitet, treningseffekt), så at det finnes muligheter for å selge inn metoden.</p> <p>Det stilles spørsmål om: Hvordan bruke testresultater og referanseverdier? Hvordan responderer pasientene på treningen? Langtids resultater og veien videre?</p> <p>Trygghet / Usikkerhet: Klarer vi å følge metoden og programmet? Klarer pasientene å trene 3-4 ggr i uken på denne måten? Hvordan vil pasientene reagere når vi presenterer metoden og når de deltar? Vil HITS påvirke pasientenes energi og kapasitet til å delta/trene på andre ting en gangtrening?</p> <p>Kan vi forsvare å bruke HITS som eneste tiltak for pasientene? Hva med dersom de har flere målsetninger? Hvis man følger pasientens målsetning vil ikke HITS konkurrere ut andre tiltak og faggrupper.</p> <p>Opplevet motstand for metoden: Motstand for å gå på tvers av egne og pasientens verdier. Metoden kan oppleves utrygg og skummel fordi at man presses utav komfortsonen.</p>			<p>Metoden er konkret og rigid, men pasientene er ulike alle sammen. Metoden blir individuell og varierende når den skal utføres i praksis. Variasjonen ligger i tilpasningen til den enkelte pasienten og situasjonen. Pasientene kommer raskt i bedre form og treningen må tilpasses opp i vanskelighetsgrad for å gi effekt. Fysioterapeuter ser fremgang og relaterer dette til testresultater og referanseverdier, men også til økt funksjon som pasienten også opplever i daglige situasjoner.</p> <p>Utstyr, ressurser og fleksibilitet er forutsetninger for å få til metoden i praksis. Tredemølle og sikkerhetssele er nødvendig for at metoden skal kunne brukes på alle aktuelle pasienter. Fysioterapeuten og pasienten synes det er gøy og blir stimulert av å se rask fremgang og at det brukes objektive målinger.</p> <p>HITS gir muligheter for prestasjon og mestring og endret selvbilde hos pasienten. Pasientene er stolte og deler erfaringer og glede med andre.</p> <p>En fysioterapeut kan føle på å alltid presse pasienten hardt i HITS og ikke gjøre mere varierte tiltak, mens pasienten står og venter på terapeuten for å få trene HITS de dager hun er på jobb. <i>«Jeg får jo ikke trent de dagene du ikke er her!»</i></p> <p>Sykepleiere ser at det er viktig med rutiner for mat og medisinerer for de med diabetes. Blodsukkersvingninger kan komme da pasientene trener hardt. Måling og registrering av høyt blodtrykk i samband med trening oppleves trygt og sikkert. Lege, sypl og fysio samarbeider. En kombinasjon av betablokkade, nedsatt balanse og forsiktig personlighet hos pasienten kan være hemmende i HITS trening. Det har ikke vært problem å få plass til andre tiltak da pasientene har deltatt i HITS. Det har fungert bedre enn forventet.</p> <p>Teamet opplever at K2A har blitt fulgt gjennom prosjektet. K2A har gitt muligheter for at teamet har kunnet tilpasse metoden til vår klinikk og at de har hatt muligheter for å delta og påvirke metodens lokale tilpasning. De oppgir at implementering troligvis går langsommere uten. Teamet har brukt modeller i samband med prosjekt før og har god erfaring med å gjøre dette. K2A oppleves som en god modell og at den har gitt struktur til prosjektet men påpeker viktigheten av at det er en som har ansvaret for å lede prosessen og fungerer som pådriver er vesentlig for resultatet. Delt ansvar for et slikt prosjekt ses på som negativt. De fremholder også at det er viktig med at få lov til å komme med synspunkter, spørsmål og frustrasjoner underveis samtidig som at noen har fokusert fremover er avgjørende for hvor prosjektet lander. De har lyst til å bruke K2A modellen mere.</p> <p>Kan metoden ha overføringseffekter på andre funksjoner en gange? Denne stimulansen på hjernen?</p>		
KUNNSKAP	RESULTAT	TRYGGHET	USIKKERHET	MOTIVASJON	
Det største temaet i studien. Kunnskap er sentralt i kunnskapstranslasjon. Kunnskaps beskrivelser og fokusering ser annerledes ut i intervju 1 og 2. Det som beskrives som kunnskapsgrunnlag og gap i intervju 1 er tettet i intervju 2 og erstattes med erfarings basert kunnskap.	Resultatorienteringen er økende etter implementering og handler om at det finnes mer erfaringsbasert kunnskap etter implementering. Intervju 2 har flere erfaringer med resultater. Det er også forventet da dette plasserer seg i K2As fase med vurdering av resultater.	Trygghet er det tredje største temaet for implementering og får et minimalt fokus under det andre intervjuet.	Usikkerhet er et stort tema i forkant av implementering av en ny metode. I intervju 2 finnes ikke erfaringer med usikkerhet. Konklusjonen av denne analysen er at usikkerheten er eliminert etter implementeringsprosessen vha K2A modellen for kunnskapstranslasjon i dette prosjektet.	Temaet motivasjon øker etter implementering men er fortsatt det minste temaet. Det finnes flere beskrivelser av hva som oppleves som motiverende i Intervju 2. Disse relateres til erfaringer i trening og resultater av implementeringen.	

Tabell 3

Tabell 3, Sammenfatning av erfaringer av HITS som metode og implementeringsprosessen ved hjelp av K2A

Struktur og bruk av K2A gjør implementeringen av en ny metode konkret og lettere. Det blir lettere å analysere resultat og effekt av både treningen og implementeringsprosjektet. Struktur og delaktighet i et prosjekt bidrar til refleksjon over egen praksis og fagutøvelse. Endring av kunnskapsgrunnlag og praksis kan oppleves som provoserende og møtes med motstand initialt. K2A har gitt muligheter for at teamet har kunnet tilpasse metoden til egen klinikk og at de har hatt muligheter for å delta og påvirke metodens lokale tilpasning. De oppgir at implementering troligvis går langsommere uten. K2A oppleves som en god modell og at den har gitt struktur til prosjektet men påpeker viktigheten av at det er en som har ansvaret for å lede prosessen og fungerer som pådriver er vesentlig for resultatet. Delt ansvar for et slikt prosjekt ses på som negativt. De fremholder også at det er viktig med at få lov til å komme med synspunkter, spørsmål og frustrasjoner underveis samtidig som at noen har fokuset fremover er avgjørende for hvor prosjektet lander.

Pasienten kan utfordres i treningsmetoden uansett tidligere trenings erfaring. Like muligheter for alle pasienter uansett tidligere erfaringer kan ha stor effekt for den det gjelder. Denne metoden gir forutsetninger for aktivt liv og selvstendighet etter et slag. Det er stor forskjell på pasientene og hva man som terapeut må gjøre for å trene pasienten i HITS. Det er en ny måte å utfordre pasienten på. Treningen krever utstyr for pulsmåling, skrittelling, takoppheng, tredemølle og vektbelastning. Man utfordres i å være tilstede og bruke metoden aktivt og tilpasset pasientens behov og problemer. Treningen er spesifikk og strukturert der mange elementer skal være med. Det er en kompleks intervensjon beskrevet som et program. Både pasient og terapeut vet at det er et strukturert program og at det kreves en aktiv holdning til treningsutførelsen. Man må tilpasse treningen ofte da pasienten raskt blir i bedre form.

Treningen er tøff og inspirerende. Det er morsomt og pasientene synes det er gøy. Kjøpp bedring gir motivasjon til å fortsette. Treningen oppleves varierende og spennende da ingen treningssituasjon er lik. Det kan også oppleves krevende å «Være hard og krevende som terapeut», samt oppleves monotont å bare kjøre HITS. Det går fint å kombinere HITS med andre tiltak i rehabiliteringen. Eks ergoterapi, logopedi, og utføre treningen i miljøer som er trå med pasientens mål. «Gå bedre ute». Slagpasienter tåler å trene høyintensivt med HITS. Testresultater viser en klar bedring. Pasienter selv opplever stor bedring i daglig liv på kort tid. Metoden booster selvbildet hos pasienten.

10 VEDLEGG

Vedlegg 1 – K2A - Modell for kunnskapstranslasjon

Vedlegg 2 – Masterprosjektet HITS, Del 1

Vedlegg 3 – Resultat av implementeringsprosessen av HITS

Vedlegg 4 – Litteratursøk

Vedlegg 5 – RKR's Kunnskapsoppsummering, høyintensiv gangtrening for slagpasienter

Vedlegg 6 – Intervjuguider for fokusgruppeintervjuer

Vedlegg 7 – Samtykkeskjema

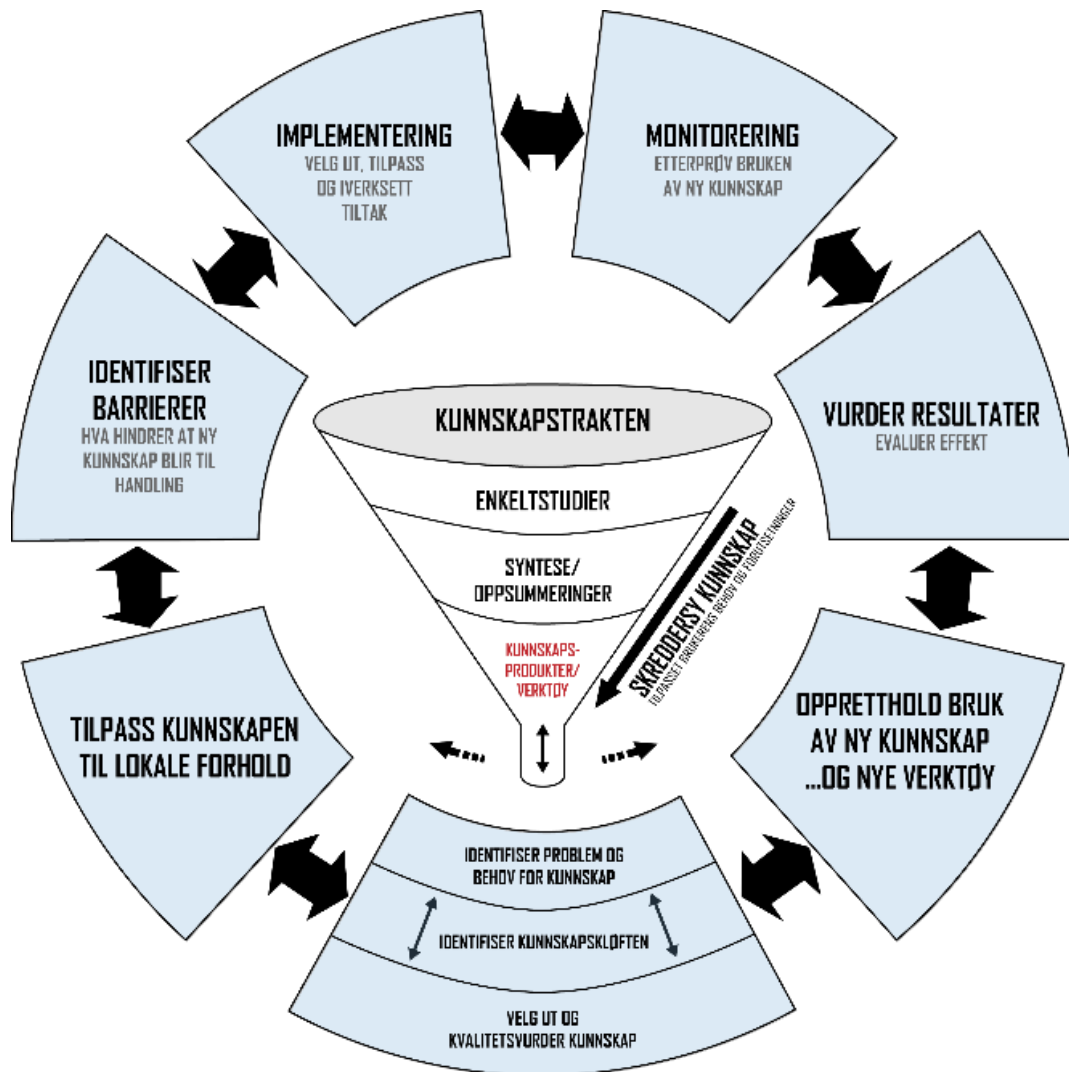
Vedlegg 8 – Pasienters erfaringer

10.1 VEDLEGG 1 – K2A - MODELL FOR KUNNSKAPSTRANSLASJON

Modell for kunnskapstranslasjon

Kunnskapstranslasjonsmodellen bygger på et integrert syn på forskning. (Berg et al 2016)

Den er oversatt og illustrert for å tilpasses Norske forhold av RKR i 2013. I midten av modellen ser vi kunnskapstrakten som handler om å syntetisere og oppsummere kunnskap så at den passer kan appliseres til rett kontekst. Sirkelen rundt viser de ulike fasene i implementeringsprosessen med å bruke evidensbasert kunnskap i klinikken. Det er viktig at se at dette er en dynamisk modell som viser at prosesser ikke går en vei uten at de kommuniserer med hverandre og påvirker hverandre.



(K2A-modellen oversatt av RKR, fra Straus, Tetro, Graham 2013)

10.2 VEDLEGG 2 – MASTERPROSJEKTET HITS, DEL 1

Masterprosjektet HITS, Del 1, presentert i K2A modellen for kunnskapsimplementering

K2A Fas	Aktiviteter	Resultat	Tidsplan
<p>Fase 1</p> <p>Identifiser problem, identifisering av kunnskapsgap og «No do gaps», hva som ikke gjøres, identifisere, vurdere og velge kunnskap.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Velge kunnskap for implementering. 2. Beskrivelse av gjeldende praksis knyttet til gangtrening, inkludert HITS, på aktuell institusjon 3. Spørreundersøkelse med Spørreskjema gitt av RKR som ble utviklet ved hjelp av tidligere publiserte undersøkelser. Jennifer Moore på RKR modifiserte og kombinerte disse undersøkelsene for bruk i tidligere KT-prosjekter. Spørsmålene omhandler: <ol style="list-style-type: none"> a. Gangtrening som metode (modifisert etter publisert undersøkelse av Jette og Swinkels)(Jette, et al. 2008; Swinkels, et al. 2011) b. Organisatorisk villighet til å implementere endring (Shea, et al. 2014) 4. Fokusgruppeintervju med helsepersonell på institusjonen <ol style="list-style-type: none"> a. Intervju spørsmål basert på K2A modellen, brukes til å tilrettelegge for en diskusjon med klinikere på den aktuelle institusjonen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valgt kunnskap for implementering: HITS 2. Identifisering av metoder, omfang og hyppighet av gangtrening for slagpasienter. 3. Identifisering av helsepersonells oppfatninger knyttet til trening med høy intensitet for pasienter med hjerneslag. 4. Vurdering av kunnskaps gap og barrierer for gjennomføring av høy intensiv gangtrening, HITS. 5. Resultat fra spørreundersøkelsen vil bli analysert kvalitativt og kvantitativt. 6. Erfaringer og refleksjoner ved intervjuet vil bli dokumentert og presentert som kvalitative data ' s. 	<p>Des 2018 Jan 2019</p>
<p>Fase 2</p> <p>Tilpasning av kunnskapen til lokale forhold – anbefalinger og spesifikke tilpasninger for implementering av intervensjonen (HITS).</p>	<p>Anbefalinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensjonen (HITS) kan anbefales pasienter som oppfyller følgende kriterier: <ul style="list-style-type: none"> • Har mål å forbedre gangfunksjon • Er på rehabilitering ved Unicare Bakke. • Har en slag diagnose (med reservasjon for individuelle medisinske hensyn) 2. Tid for implementering: HITS skal startes: <ul style="list-style-type: none"> • Innen første 2 økter etter ankomst 3. Dokumentasjon- viktige dataelementer å samle: <ul style="list-style-type: none"> • HR/RPE oppnådd under økten (antall minutter på målet HR og/eller RPE) • Aktiviteter utført under økten (utvikle en sjekklister for dokumentasjon) • Komorbiditeter eller medisinske tilfeller 4. Anbefalt dose av HITS Frequency: >3 HITS økter /uke Intensity: 70-85% HR Max og/eller ≥ 14 RPE, antall steg/økt. Time: mål er 30-45 min høyintensitet per økt. Type (spesifisitet): Varierende gangtrening med høy intensitet på tredemølle, på gulv, i trapper mm. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Standardisering i bruk av HITS gjennom registrering og analyse av sjekklister for pkt 1,2,3,4 2. Målet er å oppnå > 85% Overholdelse av programmets anbefalinger for aktuelle pasienter. 	<p>Jan 2019</p>

<p>Fase 3</p> <p>Identifisering av barrierer for å bruke HITS</p>	<p>1. Informasjon om barrierer og fasilitatorer blir samlet in i spørreundersøkelser og intervjuer.</p> <p>Barrierer og fasilitatorer blir kategorisert i henhold til teoretiske modeller og Kunnskapstranslasjons intervensjoner (KT intervensjoner) velges utfra teoretisk begrunnelse</p>	<p>1. En interaktiv prosess med undersøkelse av barrierer og fasilitatorer, implementering av KT intervensjoner og målt I data innsamlingsperioden.</p> <p>2. Målet er > 85% tilbøyelighet til programmet.</p>	<p>Januar 2019 – Juli 2019</p>
<p>Fase 4</p> <p>Implementering: Valg av KT intervensjoner, tilpassing av intervensjonen og iverksetting av tiltak.</p>	<p>1. Barrierer kategoriseres og intervensjoner velges ihht teoretisk rammeverk og intervensjoner.</p> <p>2. Design og intervensjoner utformes til sammen med kliniker og Jenni Moore.</p> <p>3. Barrierer for kunnskap/ferdigheter eksisterer, KT intervensjoner planlegges og revideres for å løse dem.</p>	<p>Hensikten er å fasilitere implementering av ny kunnskap i praksis, og intervensjoner velges utfra analyse av kontekst og hvilken kunnskaps som skal implementeres. Det finnes passive, aktive og kombinasjons metoder som adresserer hindringer for implementeringen (Moore, 2018).</p> <p>1. Utdanning og opplæring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedagogiske online moduler, anbefalt av Jenni Moore PT, DHSc, NCS. • Hospitering av FIRST prosjektet ved OUS. (prosjektleder/masterstudent og fysioterapeuter i slagteamet på Unicare Bakke) <p>2. Audit og feedback</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall skritt • RPE/HR rapportering og verdier • Gangtrening sjekklister <p>3. Engasjement fra lederskap, team og medarbeidere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at alle relevante medlemmer i FoU og ledergruppen på Unicare Bakke støtter prosjektet • Angi prosjektspesifikke mål for klinikere / helsepersonell <p>4. Andre tiltak for å målrettet jobbe med andre identifiserte barrierer underveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsmøte med Fysioterapeuter som utfører treningen. • Kurs i HITS metode “Walk The Walk”, ved RKR, (Jenni Moore, George T Hornby) 	<p>Online moduler: 2019</p> <p>Hospitering 21.01.2019 OUS</p> <p>Audit og feedback: Gjennom hele implementeringsfasen, ved teammøter daglig og ukentlig</p> <p>Presentasjon av prosjektet:</p> <p>For helsepersonell i nærteam for slagpasienter på teammøte 27.11.2018</p> <p>For medlemmer i FoU og alt personell på Unicare Bakke på Fagdager 20.12.2019</p> <p>05.05.2019 07.10.2019 28-29.08.2019</p>
<p>Fase 5</p> <p>Monitorering</p>	<p>Bestemme prosess for datainnsamling og rapportering samt hyppighet i rapportering. Bestemme dataelementer som kreves for overvåking.</p> <p>1. Konseptuelt bruk måles ved hjelp av tidligere presenterte spørreundersøkelser i fase.</p>	<p>1. Resultatene fra undersøkelsen analyseres ihht i klinikernes kunnskap og ferdigheter knyttet til bruken av HITS.</p> <p>2. > 85% tilbøyelighet etterstrebes.</p>	<p>Spørreskjema for helsepersonell (se fase 1) blir re-administrert i mai 2019</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Spørreskjema for helsepersonell (se fase 1) blir re-administrert. <p>2. Instrumentelt bruk overvåkes ved hjelp av audits under team konferanser.</p> <ul style="list-style-type: none"> "Informasjon om pasienten"-dokument som inneholder grunnleggende demografi, tilleggs informasjon (comorbidities mm) Resultater i målinger av gangfunksjon, balance og funksjon. <hr/> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Test</th> <th>Innkøst</th> <th>Ukentlig</th> <th>Utreise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FAC</td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Barthel</td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Berg's Balance scale</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>6-minute WT (gangtest)</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>10 meter WT (gangtest)</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>STS 30sek</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>HITS Praktisk Sjekkliste:</p> <ol style="list-style-type: none"> Intensitet /HR/RPE – antall minutter i ønsket sone Skrittelling Oppgaver Etc. <p>TESTPERIODE 01.030.2019-31-05-2019</p>	Test	Innkøst	Ukentlig	Utreise	FAC	x		x	Barthel	x		x	Berg's Balance scale	x	x	x	6-minute WT (gangtest)	x	x	x	10 meter WT (gangtest)	x	x	x	STS 30sek	x	x	x		
Test	Innkøst	Ukentlig	Utreise																												
FAC	x		x																												
Barthel	x		x																												
Berg's Balance scale	x	x	x																												
6-minute WT (gangtest)	x	x	x																												
10 meter WT (gangtest)	x	x	x																												
STS 30sek	x	x	x																												
<p>Fase 6</p> <p>Vurdere resultater</p>	<ul style="list-style-type: none"> Helsepersonell: Overholdelse av programmets anbefalinger <ul style="list-style-type: none"> Skrittelling Gangtrening Sjekkliste (fullført hver økt?) RPE/HR samsvar (compliance) Holdninger og erfaringer med intervensjonen (HITS) Fokusgruppeintervju med helsepersonell på institusjonen <ul style="list-style-type: none"> Intervju spørsmål basert på K2A modellen, brukes til å tilrettelegge for en diskusjon med klinikere på den aktuelle institusjonen. Pasient: <ul style="list-style-type: none"> Generelle resultater av HITS Analysen vil inneholde: Endringsstørelse i testmålinger Skrittelling (dos-respons forholdet) Lengden på oppholdet, antall treningssessioner 	<ol style="list-style-type: none"> Resultater fra spørreundersøkelser analyseres og beskrives her. Pasient genererte resultatdata analyseres og presenteres her. Data og andre funn av organisatorisk art blir presentert her. <p>Resultat av implementeringsprosessen av HITS</p> <p>Denne analysen fokuserer på overholdelse av programmets anbefalinger</p> <ul style="list-style-type: none"> oppnådd intensitet skrittelling (dos-respons forholdet) antall treningssessioner Kunnskap og ferdighet i metoden teoretisk Kunnskap og ferdighet og bruk av metoden i praksis <p>Målsetningen er oppnådd i 5 av 7 parameter, ikke oppnådd i 2 av 7, samt delvis oppnådd i 1 av 7. (se Vedlegg 3)</p>	<p>Juli -Desember 2019</p>																												

	<ul style="list-style-type: none"> • Spørre pasienter om hva de synes om aerobisk trening og gangtreningprogram. • Organisatorisk: • Kostnader • Andre resultater som er viktige for ledere. 		
<p>Fase 7</p> <p>Opprettholde bruk av ny kunnskap og nye verktøy</p>	<p>Endringer i arbeidsrutiner, de profesjonelles ferdigheter og innstilling til bruken av ny kunnskap samt hvordan kunnskapen fra prosjektet kan implementeres i mål og visjoner videre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utdanning/opplæring • Ny orientering • Dokumentasjon • Institusjonalisering 	<p>1. Her beskrives hvilke intervensjoner som var vellykket. (se Vedlegg 3)</p> <p>2. Her beskrives resultat om programmets tilbøyelighet > 85%? (se Vedlegg 3)</p> <p>Lokal tilpasning av intervensjonen HITS på Unicare Bakke vil bli følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Økt mulighet og tilgjengelighet for trening med sikkerhet i takoppheng og vaktbelastning med vester og mansjetter. ➤ Forenklede sjekklister og protokoll for bruk av HITS i klinikken. ➤ Mer fokus på å få til økt compliance i testing. ➤ Høyere intensitet i treningen målt med: <ul style="list-style-type: none"> • Tid i forventet tidssone. (70-85% av HFmax / 30-45 min) • Økt antall steg/per treningstilfelle og endring i stegmengde fra start til avslutt av treningsintervensjonen. (endringsstørrelse i relasjon til signifikante referanseverdier) • Flere treningsøkter med spesifikk gangtrening ➤ Økt fokus på å bruke individuelt tilpassede treningsøkter for hver pasient med økt kunnskap om biomekaniske nøkkeloppgaver i ganganalyse. • Onlinemoduler og kurs i regi Jennifer Moore og RKR. 	<p>November 2019</p> <p>Januar 2020</p>

10.3 VEDLEGG 3 – RESULTAT AV IMPLEMENTERINGSPROSESSEN AV HITS

Resultat av implementeringsprosessen av HITS

Parameter	Målsetning	Referanseverdier	Effekt i HITS	Måloppnåelse	Konklusjon Tiltak
HITS program enl FITT prinsippet. Frekvens: 3 økter/uke. Intensitet: 70-85% HRmax og eller >14RPE. Tid: 30-45 min. Spesifisitet/variasjon: Ja/nei	> 85%	100% Alle 4 parameter oppfylt i en trenings sesjon	Av 89 treningstilfeller var det: 100% 67 tilfeller 75% i 22 tilfeller 50% i 1 tilfelle Tid og frekvens kunne overholdes i 89/89 av tilfellene = 100%.	Dette tilsier 75% av 100% måloppnåelse 24% av 75% måloppnåelse Totalt sett 99% måloppnåelse over 75%. Målsetningen anses delvis oppnådd.	Det som var utfordrende var å få pasientene opp i puls og intensitet, ved 22 (25%) tilfeller av 89 var det grunnen til at programmet ikke kunne oppfylles med alle 4 parameterne.
Intensitet	> 85%	Intensitet: 70-85% HRmax og eller >14RPE. Tid: 30-45 min.	Akutt slag Tid i målsone = gj snitt 25,12% Treningstilfellen i målsone 56/63= 88% Senfase slag Tid i målsone = gj snitt 30,92% Treningstilfellen i målsone 20/26 = 76%	Målsetningen anses oppnådd på antall treningstilfellen i målsone. Målsetningen er ikke oppnådd i antall minutter i målsone totalt.	Kunnskap om hva som skal til for å trene pasienter intensivt for å holde seg i målsone i 30-45 min. Gaitkomponents? Belastning? Begynne direkte med gangutfordring?
Skrittelling	> 85%	Gjennomsnitt 2675 steg per økt (ref 10) Akutt Slag Referanseverdi økning med 975 steg Senfase Slag Referanseverdi økning med 25%	Gjennomsnitt 1879 steg per økt. Signifikant måloppnåelse: Akutt slag 2/6 = 33% Senfase slag 2/3 = 66%	Målsetningen er ikke oppnådd og følges opp videre. 1879-2675=796	Fokusere på skrittelling under trening og stimulere til å oppnå referanseverdier.
Normalt blodtrykksnivå	> 85%	Blodtrykk under trening <180/110	Bltr >180/110 Observert ved 8 tilfeller av 89 treningstilfeller.	Målsetningen anses oppnådd. Normalt blodtrykk i 91% av treningstilfellene.	Videreføres med målsetning om å sikre pasienten samt avdekke farlig høyt blodtrykk.
Grunnleggende kunnskap og forståelse for intervensjonen	> 85%	Alle Svarsalternativ > 3 (neutral)	Endringsstørrelse i spørreundersøkelse pre og post implementering: Fra 3,6 til 5.0 = 1,4	Målsetningen anses oppnådd.	Alle fysioterapeuter skalere sin kunnskap i metoden som god.
Spesifisitet i gangtrening som metode	> 85%	At oppgave spesifikk gangtrening brukes som eneste metode i HITS.	Spørreundersøkelsen viser i spørsmål om fysioterapeutiske metoder at: Oppgavespesifikk gangtrening brukes i alle funksjonskategorier med gode resultat (3/3) (24/27) kategorier viser ikke positive resultat ihht målsetning.	Målsetningen er ikke oppnådd og følges opp videre.	Øke tiltroen til at HITS kan brukes som eneste trening for å forbedre gangfunksjon.
Organisatorisk tiltro til implementering av metoden	> 85%	Se positiv holdning til implementeringsprosessen og tiltro til organisasjonen.	Av 12 spørsmål vises det positive resultat i 11 av 12. 91% Måloppnåelse.	Målsetningen anses oppnådd.	Organisasjonen anses kompetent til å implementere ny kunnskap i praksis.

10.4 VEDLEGG 4 – LITTERATURSØK

Søkehistorikk 06.03.2002:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S7	S1 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	17
S6	S3 AND S4	Limiters - Published Date: 20060101-20201231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	672
S5	S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	685
S4	model* OR framework	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	624,663
S3	knowledge translation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,014
S2	K2A	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4
S1	(MH "Stroke") OR "stroke"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	106,139

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S7	S1 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	39
S6	S3 AND S4	Limiters - Date of Publication: 20060101-20201231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,444
S5	S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,490
S4	model* OR framework	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	3,906,808
S3	knowledge translation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	4,499
S2	K2A	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	69
S1	(MH "Stroke") OR "stroke"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	297,995

10.5 VEDLEGG 5 – RKR'S KUNNSKAPSOPPSUMMERING, HØYINTENSIV GANGTRENING FOR SLAGPASIENTER



Database of Knowledge Translation Tools Intervention Summary

1. High-Intensity Gait Training - Adults with Subacute and Chronic Stroke

Summary Author: Elisabeth Gundersen, PT

Date Published: January 9, 2019

2. Intervention Description and Dose Recommendations

Purpose of the intervention: In stroke rehabilitation, high-intensity gait training improves:

- Walking speed, endurance, and balance
- Transfers & stair climbing may improve when training includes variability of tasks and environment

Recommended dose: *The optimal dose of High Intensity Gait Training is not currently known. However, the KEs reviewed the doses provided that obtained good results and made recommendations based on feasibility in practice. The dose is described as a FITT guideline, indicating Frequency, Intensity, Time, Type of exercise.*

- **Frequency:** Minimum of 3 sessions/week, ideally ≥ 4 sessions/week
- **Intensity:**
 - 70-85% of HR Max (heart rate calculator <https://www.ntnu.edu/cerg/hrmax>)
 - Rating of perceived exertion of 14 – 17 (“Hard” to “very hard”)
- **Time during the session:** 30-60 minute sessions (spend as much time as possible walking)
- **Total time (duration) of the intervention in the research:**
 - continue standardized outcome measures, continue treatment as long as clinically meaningful gains are made
 - Minimum duration in outpatient setting: 4 weeks
 - Minimum duration in inpatient setting: 21 days
- **Type of intervention:** High-intensity variable gait training on treadmills and overground (including stairs)

Recommended progression of intervention:

Trial for non-ambulatory sub-acute patients:

- It is difficult to identify non-ambulatory acute/subacute patients who will benefit from the training
- Responders to treatment can be identified with greater specificity and sensitivity *after being exposed to a high dose of treatment for 1 week.*
- Deliver the program as recommended to non-ambulatory acute/subacute patients for *at least 1 week* before determining whether the patient may benefit. Specifically, look for the following assessment results to determine if the patient will *likely achieve walking with contact guard assist or better before discharge from inpatient rehabilitation.*¹
 - Admission:
 - Berg Balance Score: 5.5 points (66% sensitivity, 86% specificity)
 - Steps/day (can occur with/without assistance): 1099 (56% sensitivity, 85% specificity)
 - Week 1:
 - Berg Balance Score: 10.5 points (79% sensitivity, 86% specificity)
 - Steps/day (can occur with/without assistance): 1099 (85% sensitivity, 85% specificity)

For example, if a patient scores ≥ 11 points on the BBS after 1 wk of treatment, he is likely to walk with contact guard assist or better at discharge from inpatient rehabilitation (median length of stay in the study was 28 days; average number of sessions per day was 1.1 session/day)

Trial for non-ambulatory chronic patients:

- Research studies have not examined the effect of this program on non-ambulatory chronic patients, therefore it is difficult to be confident of the effect of the training in this population.
- Recommend trialing a high dose of the program for 2 – 4 weeks while assessing weekly outcomes with the recommended standardized measures. If a clinically meaningful change is not demonstrated after 4 weeks, consider discontinuing the intervention.

Knowledge Expert group recommendation for application to regional health authority:

- Utilize high intensity gait training for patients undergoing subacute and chronic stroke rehabilitation
- Patients should be cleared by physician for the recommended intensity (i.e. heart rate zones)
- Heart rate should be continuously monitored throughout the sessions
- Blood pressure should be assessed before, during, and after training is over (at least 3 x or more)

Considerations:

- Clear inclusion criteria for high intensity gait training have not been defined
- May be beneficial to trial for at least 1 – 2 weeks with all non-ambulatory and ambulatory patients to determine response. Patients should be measured routinely with standardized outcome measures to determine if he/she is responding to treatment.
- The frequency of 3 x wk is based on frequencies studied in the literature. If patients cannot attend at least 3 sessions a wk, it is unclear whether benefits similar to the research will be obtained from the high intensity gait training program.
- The minimum duration of 4 weeks is based on frequencies studied in the literature. If patients cannot attend in an outpatient setting for at least 4 weeks or an inpatient setting for 3 weeks, it is unclear whether benefits similar to the research will be obtained from the high intensity gait training program.
- RPE rating recommendation should be considered a guideline, but not a range that is hard rule. Some patients may be able to work at higher ranges with lower heart rates, and others may rate very low on the scale with a very high heart rate. Clinicians should consider other signs of exertion when determining how to interpret the rating, such as perspiration and heavy breathing. For example, if the patient rates a 17, but is able to hold a conversation while walking, the effort is not likely "very hard."

Diagnosis: Stroke, most studies focused on unilateral supratentorial stroke, but we recommend trialing program on patient regardless of location of stroke

Acuity level: Subacute and chronic stroke

Current level of function: (inclusion criteria below)

- Subacute stroke: non-ambulatory and ambulatory patients included. *Note, it may be necessary to deliver a high dose of the intervention for 1 week before determining whether a patient has capacity to respond to the intervention.*
- Chronic stroke: Population studied included individuals who able to walk > 10 meters over ground with or without physical assistance, Mini-Mental Status Exam score >23/30. Patients who ambulate at speeds <0.9 m/s as their Self-selected velocity speed were primarily studied. However, we recommend a trial in non-ambulatory patient groups (see considerations in section 3 above).

Gait speed: [10 Meter Walk Test](#) (10MWT) at self-selected and fast velocity

Static and Dynamic Sitting/Standing Balance: [Berg Balance Scale](#)

Walking distance/endurance: [6MWT](#)

- Level 2 evidence
 - Improved 12 minute walking distance (15 to 39 meters) after high intensity treadmill walking⁵
 - Improved 6 minute walking distance (~34 meters, maintained at follow-up) after a high intensity, therapist-assisted treadmill⁴
 - Improved 6 MWT distance (increased 144 m) with high intensity variable gait training³
 - Improved 6 MWT distance (increased 40 m in high, compared to 6 m in low intensity)⁷

Increased efficiency

- Chronic stroke
 - Level 2 evidence
 - Decreased oxygen cost to walk after high intensity treadmill walking (Decreased 119 to 78 ml/kg/km)⁵
 - Decreased oxygen cost to walk after high intensity interval training (decreased 2.2 ml/kg/min)⁶

Improved single-limb stance time (i.e. patients walk more symmetrically because they are spending more time on the impaired limb in stance)

- Subacute stroke: Level 1² and level 2³ evidence
- Chronic stroke: Level 2^{3,4} evidence

Improved balance:

- Subacute stroke
 - Level 1 evidence: Improved Berg Balance Score with high intensity variable gait training (increase of 8 points)²
 - Level 2 evidence: Improved Berg Balance Scale (increased an average of 8.6 points) after high intensity variable gait training⁸
 - Level 3 evidence: Improved Berg Balance Scale (increased an average of 29 points) after high intensity variable gait training in inpatient rehabilitation¹
- Chronic stroke:
 - Level 2 evidence: Improved Berg Balance Scale (increased an average of 6.2 points) after high intensity variable gait training⁸

Improved transfers:

- Subacute stroke
 - Level 1 evidence
 - Improved Five Times Sit to Stand time after high intensity variable gait training (decrease of 6 seconds; not significantly different that control group)²
 - Level 2 evidence: Improved Five Times Sit to Stand time (decreased 12 seconds) after high intensity variable gait training⁸
 - Level 3 evidence: FIM toilet transfer improved from max assist to min assist (on average) after high intensity variable gait training program delivered in inpatient rehabilitation¹
- Chronic stroke:
 - Level 2 evidence: Improved Five Times Sit to Stand time (decreased 6 seconds) after high intensity variable gait training⁸

Improved steps per day:

- Subacute stroke
 - Level 1 evidence: Improved steps per day after high intensity variable gait training (increase of 975 steps/day, not significantly different that control group)²
- Chronic stroke:

- Level 2 evidence: Improved steps per day (~25% increase) after high intensity treadmill walking stepping dose during PT was moderately associated with change in daily stepping ($r = .57$)⁵

Improved quality of life

- Chronic stroke: Level 2 evidence: Improved SF-36 physical function score (increase 4 points)⁴

FITT (dose) reported in the literature

- Frequency:
 - 5 x week³
 - 4-5 x week^{2,8}
 - 3 x week^{8,7}
 - Other: varied from 2-5 days/wk, matched previous outpatient therapy⁵
- Intensity
 - HR < 85% of age-predicted HR max; BP below 220/110⁴
 - 70-80% of Heart Rate Reserve^{2,3,7,8}
 - 53 – 72% of Heart Rate Reserve⁸
 - RPE 15 to 17 (“hard” to “very hard”)^{7,8}
 - RPE ≥ 14 ¹
- Time per session:
 - 25 min⁶
 - 30 min of walking, maximum of 1 hour session (with rest breaks)⁴
 - 1 hour³
 - Up to 40 minutes of walking in a 1 hour session^{2,7,8}
- Time/Duration:
 - 12 sessions in outpatient-type setting^{4,7}
 - 10 weeks in outpatient-type setting^{2,3,8}
 - Median 28 (range 21 – 35) days in inpatient-rehabilitation¹
- Type
 - Treadmill, forward walking, harness with body weight support of 30% - 40% provided during session 1, decreased 10% per session as tolerated without substantial knee buckling or toe drag.⁴
 - Treadmill and overground – high intensity variable training (appendix with protocol provided)^{2,3,7}
 - Treadmill with 30-second bursts of treadmill walking at maximum safe speed, alternated with 30- to 60-second recovery periods⁶ compared to continuous treadmill walking with speed adjusted to maintain 45% (+/-) 5% HRR. Target heart rate (HR) was progressed to 50%(+/-) 5% HRR after 2 weeks of training

8. Documentation Tips:

Components to include in documentation:

- Target HR and/or Borg RPE range
- Minutes spent in target range while training
- Peak HR and/or Peak RPE
- Amount of time spent doing treadmill, stair, and overground walking

9. Links to other relevant resources:

Online presentations: Free online courses on high intensity gait training are available, please contact Jenni Moore at jmoore@knowledgetranslation.org for more information.

Other KT resources: Several KT tools are available to assist with implementation of high intensity gait training. Please contact Jenni Moore at jmoore@knowledgetranslation.org for more information.

Full literature review and tables

10. References:

1. Hornby TG, Holleran CL, Leddy AL, et al. Feasibility of Focused Stepping Practice During Inpatient Rehabilitation Poststroke and Potential Contributions to Mobility Outcomes. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2015.
2. Hornby TG, Holleran CL, Hennessy PW, et al. Variable Intensive Early Walking Poststroke (VIEWS): A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2015.
3. Holleran CL, Straube DD, Kinnaird CR, Leddy AL, Hornby TG. Feasibility and potential efficacy of high-intensity stepping training in variable contexts in subacute and chronic stroke. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2014;28(7):643-651.
4. Hornby TG, Campbell DD, Kahn JH, Demott T, Moore JL, Roth HR. Enhanced gait-related improvements after therapist- versus robotic-assisted locomotor training in subjects with chronic stroke: a randomized controlled study. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2008;39(6):1786-1792.
5. Moore JL, Roth EJ, Killian C, Hornby TG. Locomotor training improves daily stepping activity and gait efficiency in individuals poststroke who have reached a "plateau" in recovery. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2010;41(1):129-135.
6. Boyne P, Dunning K, Carl D, et al. High-Intensity Interval Training and Moderate-Intensity Continuous Training in Ambulatory Chronic Stroke: A Feasibility Study. *Physical therapy*. 2016.
7. Holleran CL, Rodriguez KS, Echaz A, Leech KA, Hornby TG. Potential contributions of training intensity on locomotor performance in individuals with chronic stroke. *Journal of neurologic physical therapy : JNPT*. 2015;39(2):95-102.
8. Straube DD, Holleran CL, Kinnaird CR, Leddy AL, Hennessy PW, Hornby TG. Effects of dynamic stepping training on nonlocomotor tasks in individuals poststroke. *Physical therapy*. 2014;94(7):921-933.

Kunnskapsoppsummering fra RKR

Oppsummeringene gir konkrete anbefalinger av behandlingsmetoder og intervensjoner, eller oppsummering av anbefalte måleverktøy og hvordan bruke disse.

Her finner du kunnskapsoppsummeringer utformet av kunnskapseksperter i KT-prosjekter <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/kunnskapstranslasjon/kunnskapsoppsummeringer-fra-rkr>

Følgende er brukt i dette prosjektet:

High-Intensity Gait Training - Adults with Subacute and Chronic Stroke

<https://www.sunnaas.no/seksjon/RKR/Documents/High%20Intensity%20Gait%20FINAL.pdf>

10.6 VEDLEGG 6 – INTERVJUGUIDER FOR FOKUSGRUPPEINTERVJUER

GUIDE 1 (første intervjuet i fase 3):

- Hva er deres erfaringer med høyintensiv gangtrening for slagpasienter?
- Når vi skal implementere HITS, hvilke hindringer og muligheter ser du for deg i fase 1, 2, 3?
- Er det noe som du opplever at du mangler kunnskap i hvis vi ser til de ulike fasene i K2A modellen?

GUIDE 2 (andre intervjuet i fase 6):

- Hvordan opplever dere det er å trene pasientene i HITS?
- Nå som vi har implementert HITS, hvilke erfaringer har du med treningsmetoden så langt?
 - Fordeler
 - Ulemper
- På hvilke måter opplever du at K2A-modellen har bidratt til implementeringen av HITS på Unicare Bakke?
 - Fordeler
 - Ulemper
- Er det noe annet som dere har erfart?
- Er det noe som ikke har blitt sagt?

Jeg tenker å innta en oppmerksom, interessert og spørrende holdning under intervjuet.

Oppfølgende spørsmål kan være:

Kan du si mer om det....

Hvis du skulle sagt mer om det, hva ville det vært....

10.7 VEDLEGG 7 – SAMTYKKESKJEMA

Forespørsel om deltakelse i masterstudieprosjektet HITS

Hva innebærer PROSJEKTET?

Beskrivelse av prosjektet

Jeg er student ved Masterutdanningen i Rehabilitering, OsloMet, og deler av prosjektet inngår i min masteroppgave. Prosjektet gjennomføres ved Unicare Bakke i Halden. Det er en institusjon i spesialisthelsetjenesten som tilbyr spesialisert tverrfaglig rehabilitering for blant annet slagpasienter.

Masterprosjektets hensikt og studiens forskningsspørsmål

Prosjektets hensikt er å studere implementeringen av evidensbasert kunnskap og behandlingsanbefalinger for slagpasienter innenfor spesialisert tverrfaglig rehabilitering samt å gi økt forståelse for bruken av kunnskapstranslasjon som metode og hva som fasiliterer implementering av intensiv gangtrening som behandling for slagrammede pasienter og om dette kommer pasienten til gode i form av aktiv deltagelse og økt funksjon.

Studien rommer 2 delprosjekter:

1. Implementering av treningsintervensjonen «Høy Intensiv gangTrening for Slagpasienter» (HITS)
2. Beskrivelse av prosessen rundt implementeringen av HITS.

Det er delprosjekt 2 som danner grunnlaget for dette Masterprosjektet.

Som informant i studien vil du bli bedt om følgende, eller et av følgende:

1. Delta i to spørreundersøkelser som omhandler gangtrening som metode og endringsmekanismer blant helsepersonell. Spørreundersøkelsen vil gjennomføres før og etter implementering av HITS.
2. Delta i fokusgruppeintervju ved to tilfeller i løpet av perioden prosjektet pågår, og hensikten er å tilrettelegge for en diskusjon med klinikere ved institusjonen for å undersøke hvilke barrierer og fasilitatorer som finnes for implementering av HITS.

Hensikten med spørreundersøkelsene og intervjuene er å samle inn erfaringer belyst gjennom følgende punkter:

Identifisering av helsepersonells oppfatninger knyttet til trening med høy intensitet for pasienter med hjerneslag
Identifisering av metoder, omfang og hyppighet av gangtrening for slagpasienter.

Vurdering av kunnskaps gap og barrierer for gjennomføring av høy intensiv gangtrening.

Som et redskap i implementeringsprosessen vil en modell for kunnskapstranslasjon bli benyttet. Presentasjon og beskrivelse av K2A modellen vil bli gjort i ved gjentatte tilfeller.

Fokusgruppeintervjuene vil bli gjennomført på tidspunkter som samsvarer med to stadier i K2A modellen, hhv «Identifisere barrierer» og «Vurder resultater».

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke.

Dette vil ikke få konsekvenser for din videre jobb. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Prosjektet er et samarbeid mellom OsloMet, RKR (Sunnaas sykehus HF), og Unicare Bakke, der Anna Apelman er ansvarlig for prosjektet inkl. forsvarlig oppbevaring av forskningsdataene. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Anna Apelman (Mobil: 99526403 eller E-post: anna.apelman@unicare.no).

Hva skjer med informasjonen som du deler?

Informasjonen som innhentes skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

10.8 VEDLEGG 8 – PASIENTERS ERFARINGER

«Først var det helt jævlig, å bli pushet på den måten! Men jeg liker å svette når jeg trener og jeg føler at det har gitt effekt. Jeg går raskere og jeg får med meg benet bedre. Det har vært bra!»

«Det var krevende og slitsomt under øktene men jeg synes det har vært verd det.»

«Den har gitt meg muligheter til å komme videre. Nå går jeg i trapper opp til fysioterapeuten som jeg er hos to ganger i uken. Det har jeg ikke klart på lenge!»

«Jeg er klar for hver økt! Gleder meg til å kjenne at jeg bruker kroppen!»

