

# Sykepleielærere sine holdninger og kunnskapsbehov i kunnskapsbasert praksis

**Inger Utne, Marit Leegaard og Gro Røkholt**

*Inger Utne, RN, PhD, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, [inger.utne@hioa.no](mailto:inger.utne@hioa.no)*

*Marit Leegaard, RN, PhD, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, [marit.leegaard@hioa.no](mailto:marit.leegaard@hioa.no)*

*Gro Røkholt, RN, MSc, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, [gro.rokholt@hioa.no](mailto:gro.rokholt@hioa.no)*

## **Abstract**

### **Nursing educators' attitudes and needs for knowledge in evidence-based practice**

*It is required that faculty in nursing education prepares students to work evidence-based (EBP). The purposes of this study are to identify teachers' beliefs towards EBP and to describe what the faculty identify as their specific learning needs to teach EBP. Data were collected from teachers at a University College in Norway by use of questionnaires and focus group interviews. Descriptive statistics were used to analyze the questionnaires and thematic content analysis for the focus group interviews. The teachers have positive beliefs towards EBP and their central learning needs were searching the literature, critical appraisal and application. They have knowledge in basic methodology, but need more knowledge of epidemiological and summarized research. Teaching and training in all six stages of EBP is important for teachers to develop their knowledge of EBP. Qualitative and quantitative methods in combination, works well to identify teachers' specific needs for new knowledge.*

## **Nøkkelord/ Keywords**

*Fokusgrupper; kartlegging; kunnskapsbasert praksis; lærere; sykepleierutdanning  
Evidence-based practice; faculty; focus groups; nursing education; survey*

## **Referee**

## **Introduksjon**

Sykepleierutdanningene har ansvar for at nyutdannede sykepleiere har den kompetansen som samfunnet krever. Reformer de siste ti år har bidratt til endrede forutsetninger for sykepleierutdanningen. I St.meld.nr 16 (2010-2011) «Nasjonal helse- og omsorgsplan» står det at helse- og omsorgstjenesten forutsettes å være kunnskapsbasert og at en kunnskapsbasert utdanning og praksis legger et viktig grunnlag for kunnskapsbasert yrkesutøvelse (Helse og omsorgsdepartementet 2011). Nyutdannede sykepleiere utgjør en stor gruppe og vil dermed ha en sentral rolle i å arbeide kunnskapsbasert. Bare i 2014 ble det uteksaminert 3630 sykepleiere i Norge (Database for statistikk om høgre utdanning). I St.meld.nr 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd» fremheves det at utdanningsmiljøene må være godt orientert og

vektlegge metoder som fremmer kunnskapsbasert tjenesteutøvelse i undervisningen (Kunnskapsdepartementet 2012). Dette understrekes ytterligere i helsepolitiske føringer hvor det er klare forventninger til at kunnskapsbaserte arbeidsformer integreres i profesjonsutdanningene (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Internasjonalt er det enighet om at kunnskaper, ferdigheter og holdninger om kunnskapsbasert praksis (KBP) må integreres i profesjonsutdanningene (Dawes, Summerskill, Glasziou et al. 2005). KBP er en målsetting innen helsefaglige og politiske miljøer så vel nasjonalt som internasjonalt (The IDM Manual for Using the Interactive Domain Model Approach to Health Promotion 2002; Helsedirektoratet 2005).

KBP betyr å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012). Denne definisjonen understreker at forskningsbasert kunnskap er en av kunnskapskildene som praksis baseres på. KBP har sitt utspring fra evidence-based medicine hvor kvantitativ og oppsummert forskning er vesentlig for beslutningsgrunnlaget (Hjørland 2011). KBP beskrives som en prosess bestående av seks trinn; (1) refleksjon, (2) spørsmålsformulering, (3) litteratursøk, (4) kritisk vurdering, (5) anvendelse og (6) evaluering (Nortvedt et al. 2012). Ett sentralt trinn i KBP er kritisk å vurdere forskningsbasert kunnskap med tanke på validitet, reliabilitet og overførbarhet. Kunnskap om ulike forskningsdesign er nødvendig for å kunne vurdere den metodiske kvaliteten og hvilken kontekst studiene er gjennomført i.

Fra helsepolitisk hold foreslås obligatorisk opplæring i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis for alle helsefagutdanningene (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Det er primært lærere ved sykepleierutdanningene som underviser studentene i prosessene knyttet til det å arbeide kunnskapsbasert. Lærere har en sentral rolle i å bidra til at studentene utvikler kunnskaper og ferdigheter og en kunnskapsbasert tilnærming til fagutøvelsen (Christie, Hamill og Power 2012). Dette forutsetter at lærerne selv behersker denne arbeidsmåten. Hvordan sykepleierutdanningene forbereder studentene til å arbeide kunnskapsbasert har vi funnet lite norsk forskning på. En studie fra 26 sykepleierutdanninger i Sverige (Florin, Ehrenberg, Wallin og Gustavsson 2012) viser at det varierer i hvor stor grad studentene får opplæring i KBP.

En amerikansk studie (Stichler, Fields, Kim og Brown 2011) rapporterer at kunnskaper og ferdigheter i forskningsprosessen ikke nødvendigvis overføres til positive holdninger og kunnskap om elementene i KBP. Dette gjelder også for ferdigheter i kritisk vurdering. Forfatterne påpeker at man må rette oppmerksomheten mot lærernes holdninger til KBP for at det skapes en kultur for å arbeide kunnskapsbasert. Det er ikke funnet norske studier som har kartlagt lærere i sykepleierutdanninger sine holdninger og kunnskap om KBP.

Lærernes holdninger og kunnskaper i KBP kan ha betydning for hvordan utdanningen forbereder fremtidige sykepleiere i å arbeide kunnskapsbasert. Derfor er hensikten med vår studie å:

- 1) kartlegge lærernes holdninger til KBP
- 2) kartlegge lærernes kunnskaper spesielt relatert til «kritisk vurdering»
- 3) utforske hvilke kunnskaper lærerne mener de har behov for slik at de kan bidra til at sykepleierstudenter arbeider kunnskapsbasert

Funnene kan bidra til å identifisere spesifikke behov for kunnskaper om KBP og til å skreddersy et undervisningsprogram for lærere i sykepleierutdanninger.

## Metode

Studiens design er en kombinasjon av kvantitativ metode og en kvalitativt beskrivende metode for datainnsamling. Hensikten med å blande metoder var å utvide omfanget av studien og utdype vår innsikt av de fenomenene vi ønsker å kartlegge og utforske (Sandelowski 2000a). Spørreskjema ble brukt for å kartlegge holdninger til KBP og kunnskaper relatert til «kritisk vurdering». Fokusgruppeintervjuer ble brukt for å få dybdekunnskap om erfaringer, muligheter og utfordringer i undervisningen av KBP. Her kunne deltagerne også beskrive hvordan holdninger og kunnskaper blir overført til studentene. En kombinasjon av disse to metodene bidro til at man kvalitativt hadde mulighet til å utdype funn fra den kvantitative delen og bedre forstå meningen med de kvantitativt innhentede data. Studien ble gjennomført på en utdanningsinstitusjon som utdanner sykepleiestudenter på Bachelor-, Videreutdanning- og Master-nivå i Norge.

Studien ble forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som konkluderte med at studien ikke var meldepliktig. Anonymitet og frivillighet og mulighet for å trekke seg fra studien uten begrunnelse, ble poengtert ovenfor deltakerne før datainnsamlingen startet.

Det var frivillig å delta i studien og alle deltagerne ga sitt informerte samtykke. Deltagernes anonymitet ble ivaretatt ved at samtykkeskjema og spørreskjemaene ble utfylt hver for seg. I den kvalitative delen ble konfidensialitet ivaretatt ved at navnene ble erstattet med tall i det transkriberte materiale. Hvis identifiserbar informasjon fremkom i intervjuene, ble det slettet under utskrift av intervjuene. Alle opplysninger som framkom i studien ble behandlet konfidensielt.

## Kvantitativ datasamling

### Utvalg og metode for datainnsamling

Spørreundersøkelsen ble annonsert på e-post til samtlige lærere ansatte per oktober 2012 (n = 154) og ble gjennomført på fire samtidige møter for lærere. Totalt var det 52 møtedeltagere, hvorav 42 lærere svarte, noe som gir en svarprosent på 81. Svarprosenten var 28 regnet ut fra samtlige ansatte.

### Instrumenter

#### *Demografiske karakteristika*

Dette skjemaet innhenter informasjon om utdanning (d.v.s., bachelor, master, førstekompetanse), antall år siden høyeste akademisk grad ble avsluttet, antall år klinisk erfaring og antall år undervisningserfaring.

#### *Kunnskapsbasert praksis – holdningsskala*

Holdninger til KBP ble målt med den norske oversettelsen av Evidence Based Practice Beliefs Scale (Melnik, Fineout-Overholt og Mays 2008; Snibsöer, Olsen, Espenhaug og Nortvedt 2012). KBP holdningsskala består av 4 subskalaer (holdninger relatert til kunnskap, til verdier, til ressurser og til vanskeligheter og tid) og inneholder 16 påstander hvor respondentene svarer hvor enig eller uenig de er på en skala fra 1 («svært uenig») til 5 («svært enig») (Estrada 2009; Melnik et al. 2008). Spørsmål 11 og 13 er snudd (5 «svært uenig» og 1 «svært enig»). Skjemaet gir en totalskår fra 16 til 80 og høy skåre indikerer positive

holdninger. Internasjonalt er skjemaet beskrevet med tilfredsstillende kriterierelatert validitet og begrepsvaliditet i ulike utvalg (Melnyk, Bullock, McGrath et al. 2010; Melnyk, Fineout-Overholt, Gigglesman og Cruz 2010; Melnyk et al. 2008; Varnell, Haas, Duke og Hudson, 2008). Skjemaet er også brukt i Norge, inkludert lærere i helsefagutdanning (Snibsöer et al. 2012). Chronbach's alpha i vår studie var .84, noe som viser at reliabiliteten var god.

### *Kunnskapsbasert praksis – Kunnskapstest i forskningsmetode*

Forskningsmetodiske kunnskaper relatert til KBP ble innhentet ved bruk av spørreskjema utviklet spesifikt for denne studien, da det ikke eksisterer noe eksplisitt spørreskjema for dette formålet. Spørreskjemaet består av 25 av totalt 69 kunnskapsspørsmål fra «Test deg selv spørsmålene» i boken «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al. 2012). Denne boken er en av de mest brukte lærebøkene om KBP i sykepleierutdanning og klinisk praksis i Norge. Spørsmålene ble valgt slik at de dekket sentrale tema knyttet til ulike typer forskningsdesign og oppsummert forskning. Hvert spørsmål har fire svaralternativ (tre utsagn og et alternativ for «Vet ikke»). For eksempel: Hvilke type studier egner seg best til tverrsnittsstudie? a) Studier som undersøker effekt av tiltak, b) Studier som undersøker forekomst, c) Studier som undersøker forløp, d) Vet ikke. Hvert riktig svar gir en skår på 1 og hvert uriktig svar eller «Vet ikke» gir 0. Sum score kan variere fra 0 til 25, hvor 25 viser mest kunnskap.

### Analyse av data

Data ble analysert ved bruk av SPSS (Statistical Package for Social Science) versjon 21. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive bakgrunnsopplysninger om lærerne, holdninger til KBP og kunnskaper om KBP.

### **Kvalitativ datasamling**

To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført høsten 2013. Denne metoden er velegnet for å samle inn kvalitative data fra deltakernes synspunkter og som støttes av illustrerende sitater som skissert av Sandelowski (Sandelowski 2000b). Fokusgruppeintervju er velegnet for å produsere en konsentrert mengde data rundt spesifiserte forskningsspørsmål (Malterud 2012; Morgan 1997). Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide for å sikre en lik tilnærming i begge fokusgruppene (Figur 1). Deltakerne ble rekruttert via invitasjon sendt på e-post til alle ansatte i undervisningsstillinger.

**Figur 1: Intervjuguide**

INTERVJUGUIDE
1. Hvordan forstår du begrepet kunnskapsbasert praksis (KBP)?
2. Hva er dine erfaringer med å undervise/veilede i KBP?
3. Hva opplever du er de største utfordringene for deg når det gjelder å undervise og veilede studentene i å jobbe kunnskapsbasert?
4. Hva slags undervisningsopplegg mener du vil være mest effektiv for at studentene skal lære å jobbe KBP?
5. Hva slags kunnskap trenger du for å undervise og veilede i KBP?
6. Hvordan ville du ha foretrukket at undervisningen du eventuelt har behov for blir organisert?
7. Har du andre spørsmål eller kommentarer?

Før fokusgruppeintervjuet startet, fylte deltagerne ut informert samtykke og demografiske karakteristika om alder, utdanning (d.v.s., bachelor, master, førstekompetanse), antall år klinisk erfaring, antall år undervisningserfaring og om de hadde deltatt i den kvantitative delen av studien.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og varte fra 60-90 minutter. En av forfatterne (GR) ledet fokusgruppeintervjuene (moderator). Som et virkemiddel for å rette oppmerksomheten mot kunnskapsbasert praksis, lå boken «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al. 2012) og kopi av trinnene og modellen for KBP på bordet. Malterud (2012) anbefaler å bruke symboler og konkrete gjenstander for å rette oppmerksomheten mot det tema som skal diskuteres i fokusgruppen. En observatør var med under intervjuene, tok notater og oppsummerte hovedtrekkene på slutten av intervjuene. Etter intervjuene noterte moderator erfaringer og refleksjoner. Hverken moderator eller observatør var kollega med deltagerne i fokusgruppene.

### Analyse av data

Lydbåndene ble transkribert ad verbatim. For å kvalitetssikre transkriptene, hørte en forfatter (GR) på begge intervjuene, og en (IU) på ett. I analysen av datamateriale er det benyttet en tematisk deskriptiv innholdsanalyse inspirert av Granheim og Lundman (Graneheim og Lundman 2004). Alle forfatterne deltok i analyseprosessen. Studiens hensikt og kategorier fra intervjuguiden organiserte teksten etter første gjennomlesning. De meningsbærende enhetene ble kondensert og videre redusert til kategorier og hovedtema som vist i figur 2.

**Figur 2: Eksempel på analyseprosessen**

Intervjuguide	Eksempel på kondenserte meningsenheter	Kategorier	Tema
Hva opplever du er de største utfordringene for deg når det gjelder å undervise og veilede studentene i å jobbe kunnskapsbasert?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende felles forståelse av hva det er og hvordan det skal synliggjøres i programplan.</li> <li>• Individuelle læreplaner.</li> </ul>	Hindringer.	Utfordringer for den enkelte lærer.

## **Resultat**

### *Demografiske karakteristika*

Som vist i tabell 1, hadde majoriteten i den kvantitative delen av studien utdanning på bachelor/masternivå. For 20 av respondentene var det mer enn 10 år siden de hadde tatt den høyeste akademiske graden. Tjueto respondenter hadde mer enn 10 års klinisk erfaring. I den kvalitative delen av studien hadde majoriteten utdanning på bachelor/masternivå. Syv intervjuobjekter hadde mer enn 10 år klinisk erfaring og mer enn 10 års undervisningserfaring. Fem deltagere hadde deltatt på den kvantitative studien.

**Tabell 1: Bakgrunnsvariabler for deltagerne til den kvantitative delen (n = 42) og til deltagerne i fokusgruppene (n = 10)**

Bakgrunnsvariabler	Kvantitativ del* Antall	Fokusgrupper Antall
Høyeste utdanningsnivå		
• Bachelor/Master	30	8
• Førstekompetanse**	9	2
Antall år siden høyeste akademisk grad ble avsluttet		
• 0-10	19	
• >10	20	
Antall år klinisk erfaring		
• 0-10	15	3
• >10	22	7
Antall år undervisningserfaring		
• 0-10		3
• >10		7
Deltok i kvantitativ del av studien		5

\*Svarene utgjør ikke 42 fordi alle respondentene ikke svarte på spørsmålene

\*\*Førstelektor og førsteamanuensis

### Kvantitative funn

#### *Kunnskapsbasert praksis – holdningsskala*

Gjennomsnitt totalskår for alle deltagerne (n = 42) var 57.6 (SD = 7.8) (Tabell 2), med en spredning fra 35 til 78. Gjennomsnittsskår for enkeltspørsmålene varierte fra 4.3. (SD = 0.7) på utsagnet «Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP» til 2.8 (SD = 0.9) på spørsmålet «Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis». På de respektive utsagnene varierte det fra 38 til 8 respondenter som var «enig» eller «svært enig» (Tabell 2).

**Tabell 2: Gjennomsnitt av enkeltspørsmål og totalskår for KBP holdningsskala for lærere (n = 42) og andel lærere som svarte «enig» eller «svært enig» på hvert spørsmål (n = 42)**

Spørsmål <sup>a,b</sup>	Gjennomsnitt (SD)	«enig» eller «svært enig» n (%)
1. Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	4.0 (0.6)	33 (78.5)
2. Jeg kjenner til trinnene i KBP	3.8 (1.1)	30 (71.4)
3. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP	3.4 (0.9)	20 (47.6)
4. Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP	4.3 (0.7)	38 (90.5)
5. Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis	4.1 (0.7)	34 (81)
6. Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer som antall liggedøgn, dødelighet,	3.5 (1.0)	23 (54.8)

fallfrekvens) for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte		
7. Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP	4.0 (0.8)	31 (73.9)
8. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte	3.3 (1.0)	15 (35.7)
9. Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter	4.0 (0.8)	30 (71.4)
10. Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis	2.8 (0.9)	8 (19.1)
11. Jeg tror KBP tar for mye tid <sup>c</sup>	3.4 (1.2)	21 (50)
12. Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP	3.4 (1.0)	18 (42.9)
13. Jeg tror KBP er vanskelig <sup>c</sup>	3.5 (1.0)	24 (57.1)
14. Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis	2.9 (0.8)	9 (21.4)
15. Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid	3.3 (1.0)	20 (47.6)
16. Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert	3.6 (0.8)	27 (64.2)
Totalt <sup>d</sup>	57.6 (7.8)	

<sup>a</sup>Skår kan variere fra 1 («svært uenig») til 5 («svært enig») og høyere skår indikerer positive holdninger

<sup>b</sup> Spørsmålene er nummerert ut i fra spørreskjemaet

<sup>c</sup>Skåren er rekodet

<sup>d</sup>Skår kan variere fra 16 til 80 og høyere skår indikerer positive holdninger

#### *Kunnskapsbasert praksis – Kunnskapstest i forskningsmetode*

Som vist i tabell 3, var antall riktige svar i gjennomsnitt 12 poeng (SD = 3.1). Antall deltakere som svarte korrekt varierte fra 38 på spørsmålet «Hvorfor randomiserer vi?» til 3 på spørsmålet «Kasus-kontrollstudier egner seg godt for å avdekke:». Antall deltakere som svarte «vet ikke» varierte fra 29 på spørsmålet «Hva betyr «intention to treat?» til ingen på spørsmålene «Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle et helseproblem?», «Hva kan vi ikke bruke kvalitative studier til?», «Hvorfor er det viktig i kvalitativ forskning at forskeren redegjør for sitt perspektiv (teoretisk ramme, forståelse) i studien?» og «Hva er hensikten med å bruke kvalitative forskningsmetoder?».

**Tabell 3: Antall lærere (n = 42) som har besvart kunnskapsspørsmål i forskningsmetode korrekt, ikke korrekt eller med «vet ikke»\***

Spørsmål	Korrekte svar n	Ikke korrekte svar n	«Vet ikke» n
Hvorfor randomiserer vi?	38	2	1
Hva betyr det at et resultat ikke er statistisk signifikant?	37	3	1
Hvilket studiedesign besvarer følgende spørsmål best: Hvordan opplever alvorlig syke pasienter et opphold i intensivavdelingen?	36	1	3

Hva er en systematisk oversiktsartikkel («systematic review»)?	35	5	2
Hva kan vi gjøre for å forebygge eller behandle et helseproblem?	35	6	0
Hva kan man <i>ikke</i> bruke kvalitative studier til?	30	11	0
En pasient har fått tilbud om å delta på et treningsprogram for KOLS-pasienter og spør deg om du vet om det har vist seg å ha positiv virkning på andre i samme situasjon. Hvilke type kjernespmå spørsmål står du overfor?	28	13	1
En vanlig måte å presentere resultatene i en tverrsnittstudie på er:	26	5	10
Hvorfor er det viktig i kvalitativ forskning at forskeren redegjør for sitt perspektiv (teoretisk ramme, forforståelse) i studien?	24	18	0
Hvilket studiedesign besvarer følgende problemstilling best: Hvilken rolle spiller E-vitamin i behandlingen av koronar hjertesykdom?	22	13	6
Hva er hensikten med å bruke kvalitative forskningsmetoder?	21	20	0
En systematisk oversikt er det samme som:	21	20	1
Hvilke typer studier egner seg best til tverrsnittstudie?	18	10	11
Hva er en faglig retningslinje?	18	21	2
Hvilke type kliniske spørsmål vil typisk bli forsøkt besvart med en kohortstudie?	16	17	8
Hva er konfidensintervallet rundt en behandlingseffekt?	15	6	19
Hva er en meta-analyse?	14	24	2
Hvilket studiedesign besvarer følgende spørsmål best: Er det sammenheng mellom passiv røyking og plutselig uventet spedbarnsdød?	14	18	8
For at vi skal kunne stole på resultatene i en systematisk oversikt, må følgende være oppfylt:	10	25	6
Hva er relativ risiko for å pådra seg en bestemt sykdom i en kohortstudie?	9	14	16
Hva er Number Needed to Treat?	7	16	17
Hva innebærer en odds ratio eller relativ risiko = 1?	6	8	25
Hvilke type kliniske spørsmål vil typisk bli forsøkt besvart med en kohortstudie?	5	21	14
Hva betyr «intention to treat»?	4	7	29
Kasus-kontrollstudier egner seg godt for å avdekke:	3	27	11
<b>Antall korrekte svar i gjennomsnitt (SD)</b>	<b>12 (3.1)</b>		

\*Svarene utgjør ikke alltid 42 fordi ikke alle respondentene svarte på samtlige spørsmål

### Kvalitative funn

I de innledende diskusjonene i fokusgruppene ble forståelse av og erfaring med KBP diskutert, noe som bidro til å etablere et felles utgangspunkt. De ulike kunnskapskildene i modellen ble belyst og en av deltageren ga denne beskrivelsen: «..jeg tenker den



kunnskapsbaserte praksisen er jo nettopp å ha med alle elementene, forskning, praksis og erfaringer og pasient. Så det blir en systematisk bruk av kunnskap, ja».

Deltagerne diskuterte også hvordan KBP hadde endret seg, med mer vektlegging av forskning og pasientinvolvering, og hvordan dette kunne vektlegges i veiledning av studentene når de var i praksis. Deltagerne diskuterte noen av trinnene i modellen for KBP, deriblant refleksjon, søk og kritisk vurdering.

#### Utfordringer for den enkelte lærer

Det trinnet som ble mest diskutert var «Litteratursøk». «Jeg syns det er kjempevanskelig jeg,... å sette opp søkeord og få svar på det du lur på». Diskusjonen handlet videre om betydningen av å styrke egen kompetanse på området og hvordan de kunne søke i databaser relatert til veiledningssituasjoner med studenter.

Flere av deltagerne kommenterte at de må beherske det å søke hvis de skulle anvende det i undervisning og veiledning av studenter. En av deltagerne uttrykker det slik: ..... «Jeg tror vi skorter litt her sjøl, og da er det ikke så lett å veilede studentene i det heller, når vi er så svake.»

Det fremkom at KBP er vektlagt i utdanningens programplan og ulike utfordringer rundt dette ble diskutert. Flere savnet avklaring på hva som skulle forventes av studentene på de ulike nivåene i utdanningen. «Men nå snakker du om den private læreplanen som jeg har hørt om i så mange år her, at man kan gjøre som man selv vil,...». I denne sammenhengen kom flere inn på at arbeidsformen ennå ikke var integrert i studieoppgavene på de ulike nivåene «jeg har bare lyst til å si at jeg ikke får det godt nok til, det ligger mange rammer i studieoppgavene som ikke peker på at vi skal begynne å søke i forskningsartikler, studieoppgavene må være formet på en slik måte at det etterspør denne typen tenkning». Deltagerne diskuterte videre utfordringene som oppsto når noe nytt skulle innføres. En deltager uttrykte det slik: «At vi setter i gang systemer som gjør at, at det er nesten, du må nesten, umulig å lykkes. Altså, fordi at det er ikke rammefaktorer på det.» De rammefaktorene som oftest ble nevnt, var mangel på tid, manglende tilgang til internett og at det var et ledelsesansvar å tilrettelegge for KBP.

#### Ordbruk

I begge gruppene kom det fram at det ikke var noen felles forståelse av begreper som er knyttet til KBP. Uttrykk som «sånne oppskrifter», «kunnskapsbasert undervisning», «kunnskapsbasert litteratur», «nivå», «elementer», «teori» og «modell» ble brukt om hverandre. Deltagerne etterlyste et felles begrepsapparat i kollegiet. Ordbruk og anvendelsen av trinnene i KBP ble relatert til lærerens undervisning og veiledning av studentene i teori og praksis. Begrepet refleksjon ble hyppig nevnt, men ikke som et av trinnene i KBP.

I begge gruppene var det deltager som beskrev at det å jobbe kunnskapsbasert ikke er noe nytt for dem. «Sykepleie av kvalitet har alltid vært kunnskapsbasert – er dette egentlig noe nytt – med unntak av at vi er blitt bedre til å søke etter litteratur?»

### Støtte

Deltagerne foreslo at kollegaer som har innsikt i KBP kan hjelpe de som strever «... å spille hverandre gode på å bruke dette.» Begge gruppene etterlyste mer støtte fra systemet og ønsket mer støtte fra ledelsen i form av at forholdene måtte legges til rette.

«Så vi har egentlig ikke noe valg. Det er samfunnets krav til oss at studentene kommer ut og har den kompetansen. Og da må skolen gjøre noe med det, uansett om de har mange hoder som kanskje ikke er helt enige i alt, altså i den ideologien som du sier at det kan bli tolket som.»

Det ble uttrykt ønske om å lære om KBP generelt. «En grunnpakke med kurs med hele prosessen rundt KBP.» De ønsker også å være oppdatert og kunne benytte verktøyene som beskrives i boken «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al. 2012). Konkret nevnes «Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler» og «PICO».

Flere beskrev betydningen av at lærerne må få lik opplæring for å sikre lik undervisning. «..... og det er det jeg tenker at hvis det står veldig spesifikt at studentene skal gå gjennom trinn 1 i nettkurset, så må jo faktisk lærerne også vite hva det nettkurset er». Deltagerne var konkrete på at de ønsket å bli gode i litteratursøk. Det kommer frem av intervjuene at de opplever at kritisk vurdering av forskningsartikler er krevende og at de ønsker å trene på det.

Deltagerne ble spurt om hvilke undervisningsformer de ønsket, og det kom frem at de ønsket kursing, gjerne i form av seminar. Kurset må være tilpasset lærere. De ønsket en introduksjon med oppfølging og med forpliktende oppgaver. Det kom også frem konkrete forslag om interaktiv undervisning og at det bør være obligatorisk for nyansatte. I tillegg ble det ytret ønske om at man skulle starte med en gruppe motiverte og interesserte lærere.

### **Diskusjon**

Resultatet fra denne studien viser at lærerne har positive holdninger til KBP målt ved hjelp av KBP holdningsskala. Når vi sammenligner resultatene med en studie fra Bergen blant 54 lærere i høyskoler som har gjennomført videreutdanning i KBP, er holdningene rapportert i vår studie litt mindre positive (Snibsöer et al. 2012). Minst forskjell mellom disse to utvalgene er å finne på spørsmålene som handler om holdninger relatert til verdien av KBP (spørsmål 1, 4, 5, 9 og 16). Størst forskjell mellom utvalgene er det på spørsmålene som handler om holdninger til kunnskap (spørsmål 2, 3, 10, 14, 15). På spørsmålet «Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP» svarer nesten alle (94%) i studien fra Bergen positivt, men under halvparten (48 %) i vår studie svarer at de kan anvende KBP. Det at lærere i vår studie erkjenner at de ikke behersker KBP kan være et godt utgangspunkt for læring. Om resultatene er sammenlignbare kan imidlertid diskuteres ettersom utvalget fra Bergen er lærere som underviser innen helse- og sosialfag og har gjennomført videreutdanning i KBP. Det er viktig å påpeke at det er et selvrapporteringsinstrument som er benyttet for å måle holdninger, noe som medfører at det ikke sier noe om faktisk atferd (Shaneyfelt, Baum, Bell et al. 2006).

Resultatene fra kunnskapstesten om forskningsmetode i vår studie viser at det var stor variasjon i antall lærere som svarte korrekt på de ulike spørsmålene. Svarene på kunnskapstesten gir kun et øyeblikksbilde og muligens er ikke svarene representative for den faktiske kunnskapen lærerne har. De fleste lærerne svarte korrekt på hvorfor man

randomiserer og hva det betyr at et resultat ikke er statistisk signifikant. Dette kan tyde på at lærerne har gode kunnskaper om grunnleggende metodiske spørsmål. Det er særlig på spørsmålene relatert til epidemiologiske studier og systematiske oversikter at lærerne ikke svarer korrekt eller ikke vet svaret. Sett i lys av den økende bruk av epidemiologisk og oppsummert forskning i sykepleiefaget, øker behovet for denne type kunnskap. Det er derfor interessant å legge merke til at lærerne i minst grad hadde kunnskaper om sentrale spørsmål for å kunne anvende KBP. I den kvalitative delen gir lærerne uttrykk for at kritisk vurdering av forskningsartikler er krevende og at de ønsker å trene på det.

Resultatene fra både den kvalitative og kvantitative delen viser at lærerne har positive holdninger til KBP, erkjenner sin kunnskapsmangel og ønsker å lære noe nytt. Dette samsvarer med resultater fra en amerikansk studie (Stichler et al. 2011) som rapporterte positive holdninger blant lærere i sykepleierutdanningen, men manglende kunnskaper og ferdigheter i KBP. Forfatterne konkluderer med at man må rette oppmerksomheten mot lærerne sine kunnskaper og holdninger for at kulturen i en organisasjon skal omformes til å bli kunnskapsbasert. Konkret foreslår forfatterne at lærere bør få opplæring i utarbeidelse av kliniske spørsmål, litteratursøk, kritisk vurdering og statistikk, for eksempel odds ratio, relative risk og number needed to treat. En nyere studie fra USA og England rapporterer at lærere både har positive holdninger og kunnskaper om KBP (Upton, Scurlock-Evans, Williamson, Rouse og Upton 2015) kartlagt med bruk av Evidence-Based Questionnaire (Upton og Upton 2006). Etersom disse studiene er gjort i land som har lengre tradisjon for KBP og benyttet andre måleinstrument, er funnene ikke direkte sammenlignbare med våre.

KBP innebærer blant annet å ta beslutninger basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap (Nortvedt et al. 2012). Det er derfor interessant å legge merke til at lærerne gjennom intervjuene ga uttrykk for at kunnskap om litteratursøk er den største utfordringen. Dette til tross for at halvparten av lærerne svarte på holdningsskalaen at de kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder. Det at ikke alle lærerne innehar denne kompetansen, samsvarer med en kartleggingsstudie fra 266 sykepleierutdanninger i USA, som fant at nesten 50 % av lærerne kunne betegnes som nybegynner eller avansert nybegynner i bruk av informasjonsteknologi (McNeil, Elfrink, Pierce et al. 2005). Konkret nevnte lærerne at de trengte kunnskap om PICO og søk i ulike databaser. Tatt i betraktning den utviklingen det har vært i antall databaser og ulike måter å søke på i de ulike databasene, er det forståelig at det kan være en utfordring for lærerne å holde seg oppdatert. De kvalitative dataene kan tyde på at lærerne mener at innsikt i litteratursøk er så vesentlig at det er denne kompetansen som skal til for at de skal kunne undervise kunnskapsbasert.

De kvalitative og kvantitative dataene sett under ett, indikerer at lærerne kan ha nytte av et opplegg hvor alle trinnene inngår. Gjennom de kvalitative intervjuene kom det frem at lærerne ikke har en felles begrepsforståelse for hva KBP er og at de ønsker kunnskaper om alle trinnene i KBP. Spesielt uttrykte lærerne at de hadde behov for mer kunnskap om «Litteratursøk», «Kritisk vurdering» og «Anvendelse». KBP består av flere trinn og hele prosessen er nødvendig for å lykkes. I en systematisk litteraturgjennomgang fra medisinerutdanningen (Coomarasamy og Khan 2004) påpekes det at teoretisk undervisning om KBP fremmer kunnskap, men først når denne kunnskapen integreres i praksis, økes både kunnskaper, holdninger og ferdigheter. For lærere som ikke primært arbeider i klinikken, kan det å anvende kunnskapen bli en utfordring. Det er rimelig å anta at lærerne i sykepleierutdanningen har kunnskap om forskningsprosessen, men slik det kommer frem i denne studien, er det ikke ensbetydende med at de mener de har nok kompetanse til å kritisk

vurdere. Lærerne uttrykker i fokusgruppen at de også ønsker mer kunnskap om «Kritisk vurdering».

Lærerne ønsker at interaktive metoder blir brukt som undervisningsform. Dette er et av elementene i CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme) som anbefales brukt i Norge (Tuntland og Nordheim 2009) og internasjonalt (Kravovich-Miller, Haber, Yost og Jacobs 2009). Det er mye usikkerhet om hvilke metoder for undervisning som egner seg best, men resultatene fra en internasjonal studie viser at deltakerne må være aktive (Kunz, Wegscheider, Fritsche et al. 2010). For å forbedre kunnskaper, ferdigheter og holdninger i KBP, viser en nyere systematisk oversikt at undervisning i KBP må være mangeartet (Young, Rohwer, Volmink og Clarke 2014). Den bør bestå av varierte metoder slik som forelesninger, øvelser i datarom, diskusjon i smågrupper, lesesirkler med bruk av relevante kliniske problemstillinger.

En svakhet ved denne studien er at det er kun inkludert lærere fra en sykepleierutdanning. Dette reduserer funnenes overførbarhet. I den kvantitative delen av studien var det lav svarprosent og det er derfor usikkert om deltakerne i studien er representative for alle lærerne som er ansatt i utdanningsinstitusjonen. Imidlertid er andel deltagere med førstekompetanse representativ for utdanningsinstitusjonen. En studie blant lærere i USA og England vedrørende KBP rapporterte en tilsvarende lav svarprosent (27 %) (Upton et al. 2015). Det er umulig å sammenligne resultater fra spørreskjema direkte med funn fra fokusgruppeintervju, men de ulike data utfyller hverandre og gir et fyldigere bilde på hvilke områder lærere både har og trenger mer kunnskap om når det gjelder KBP. Det er en svakhet at instrumentet som kartlegger kunnskaper vedrørende metode er utviklet spesifikt for denne studien og derfor ikke mulig å sammenligne med andre.

## **Konklusjon**

Studien har undersøkt holdninger og kunnskaper om KBP blant lærere ved en sykepleierutdanning. Deltagerne var positive til KBP og uttrykker at de trenger mer kunnskaper om prosessen. Undervisning og øvelse i alle seks trinn i KBP er viktig for at lærere skal kunne utvikle sine kunnskaper i KBP. For å kunne bidra til at fremtidige sykepleiere arbeider kunnskapsbasert, er det vesentlig at lærernes behov for kunnskap imøtekommes. Denne studien viser at kvalitative og kvantitative metoder i kombinasjon kan identifisere lærernes holdninger samt spesifikke behov for nye kunnskaper hos lærerne. Lærernes holdninger og kunnskapsbehov kan brukes som utgangspunkt når den enkelte sykepleierutdanning skreddersyr undervisningsprogram i KBP for sine ansatte. Studien viser at det er behov for mer systematisk kartlegging av lærere som underviser ved norske sykepleierutdanninger sine holdninger og kunnskaper i KBP.

## **Litteratur**

CASP - Critical Appraisal Skills Programme. Tilgjengelig fra <http://www.casp-uk.net/> (Nedlastet 23.10.2015)

Christie J, Hamill C og Power J (2012) How can we maximize nursing students' learning about research evidence and utilization in undergraduate, preregistration programmes? A

discussion paper. *J Adv Nurs*, 68(12):2789-2801. doi: 10.1111/j.13652648.2012.05994.x

Coomarasamy A og Khan KS (2004) What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 329(7473), 1017. doi: 10.1136/bmj.329.7473.1017

Database for statistikk om høgre utdanning (2013) Tilgjengelig fra <http://dbh.nsd.uib.no/> (Nedlastet 23.10.2015)

Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian, K et al. (2005) Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*, 5(1), 1. doi: 10.1186/1472-6920-5-1

Estrada N (2009) Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews Evid Based Nurs*, 6(4), 200-209. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00161.x

Florin J, Ehrenberg A, Wallin L og Gustavsson P (2012) Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: a national survey of senior nursing students. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(4), 888-897. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05792.x

Graneheim UH og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Helsedirektoratet (2005) Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015) (978-82-8081-072-4). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015> (Nedlastet 23.10.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Meld. St. 16 (2010 - 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-1620102011/id639794/> (Nedlastet 23.10.2015)

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *HelseOmsorg21*. Et kunnskapssystem for bedre Folkehelse. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/> (Nedlastet 23.10.2015)

Hjørland B (2011) Evidence-based practice: An analysis based on the philosophy of science. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 62(7), 1301-1310. doi: 10.1002/asi.21523

The IDM Manual for Using the Interactive Domain Model Approach to Health Promotion (2002). Tilgjengelig fra: <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-world> (Nedlastet 03.02.2014)

Krainovich-Miller B, Haber J, Yost J og Jacobs SK (2009) Evidence-based practice challenge: teaching critical appraisal of systematic reviews and clinical practice guidelines to

graduate students. *J Nurs Educ*, 48(4), 186-195.

Kunnskapsdepartementet (2012) Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/> (Nedlastet 23.10.2015)

Kunz R, Wegscheider K, Fritsche L, Schunemann HJ, Moyer V, Miller D et al. (2010) Determinants of knowledge gain in evidence-based medicine short courses: an international assessment. *Open Med*, 4(1), e3-e10.

Malterud K (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

McNeil BJ, Elfrink VL, Pierce ST, Beyea SC, Bickford CJ og Averill C (2005) Nursing informatics knowledge and competencies: A national survey of nursing education programs in the United States. *International Journal of Medical Informatics*, 74(11–12), 1021-1030. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.05.010>

Melnyk BM, Bullock T, McGrath J, Jacobson D, Kelly S og Baba L (2010). Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *J Perinat Neonatal Nurs*, 24(1), 74-80. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181ce314b

Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M og Cruz R (2010) Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook*, 58(6), 301-308. doi: 10.1016/j.outlook.2010.06.002

Melnyk BM, Fineout-Overholt E og Mays MZ (2008) The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5(4), 208-216. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x

Morgan DL (1997) *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV og Reinart LM (2012) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Sandelowski M (2000a) Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Res Nurs Health*, 23(3), 246-255.

Sandelowski M (2000b) Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*, 23(4), 334-340.

Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, Feldstein D, Houston TK, Kaatz S et al. (2006) Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. *JAMA*, 296(9), 1116-1127. doi: 10.1001/jama.296.9.1116

Snibsöer A K, Olsen NR, Espenhaug B og Nortvedt MW (2012) Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien forskning*, 7(3), 232-241.

Stichler JF, Fields W, Kim SC og Brown CE (2011) Faculty Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers to Teaching Evidence-Based Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 27(2), 92-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.09.012>

Tuntland H og Nordheim L (2009) Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis. Presentasjon av CASP-modellen. *Ergoterapeuten*(9), 1-7.

Upton D og Upton P (2006) Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *J Adv Nurs*, 53(4), 454-458. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x

Upton P, Scurlock-Evans L, Williamson K, Rouse J og Upton D (2015) The evidence-based practice profiles of academic and clinical staff involved in pre-registration nursing students' education: a cross sectional survey of US and UK staff. *Nurse Educ Today*, 35(1), 80-85. doi: 10.1016/j.nedt.2014.06.006

Varnell G, Haas B, Duke G og Hudson K (2008) Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5(4), 172-181. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00124.x

Young T, Rohwer A, Volmink J og Clarke M (2014) What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One*, 9(1), e86706. doi: 10.1371/journal.pone.0086706