

Mastergradsoppgave

Holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis

- en kartleggingsstudie

Attitude and behavior toward evidence-based practice

- a survey

Anne Kristin Snibsør

Veileder: Monica Wammen Nortvedt og Nina Rydland Olsen

Innleveringsdato: 16. mai 2011

Antall sider: 87

Avtale om elektronisk publisering av mastergradsoppgave

Denne avtalen om elektronisk publisering av masteroppgave er inngått mellom
Høgskolen i Bergen (HiB), Postboks 7030, 5020 Bergen og

Anne Kristin Snibsøer

På de vilkår som er nevnt nedenfor, gir studenten Høgskolen i Bergen vederlagsfri adgang til å publisere følgende masteroppgave:

Holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis

- en kartleggingsstudie

1. Studenten skal levere oppgaven elektronisk via It's learning.
2. Etter godkjenning gjøres oppgaven tilgjengelig gjennom BORA-HiB, høgskolens institusjonelle arkiv for fulltekstpublisering av faglige dokument. Høgskolen i Bergen plikter å publisere oppgaven slik den foreligger ved innlevering, med tekst, tabeller, grafikk, bilder m.m.
3. Høgskolen i Bergen har ikke adgang til kommersiell utnytting av oppgaven.
4. Denne avtalen begrenser ikke studentens rettigheter etter Lov om opphavsrett til åndsverk, og er dermed ikke til hinder for at oppgaven senere publiseres, uendret eller bearbeidet, i elektronisk eller annen form.
5. Oppgaven inneholder sensitive opplysninger og bør behandles konfidensielt.
6. Dato: 15. mai 2011 Sted: Bergen Navn: Anne Kristin Snibsøer

FORORD

Denne oppgaven tar for seg holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis blant tidligere deltakere av en videreutdanning i kunnskapsbasert praksis. Studien er ledd i et prosjekt som skal evaluere videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” ved Høgskolen i Bergen.

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har jeg fått god oppfølging og støtte av mine veiledere stipendiat Nina Rydland Olsen og professor Monica W. Nortvedt. Takk for engasjerende, konstruktive og positive tilbakemeldinger! Jeg vil også rette en stor takk til dr. philos Birgitte Espehaug for tålmodig og god statistikk veiledning.

Jeg vil takke alle tidligere deltakere av videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” som har tatt seg tid til å besvare og returnere spørreskjemaene. Jeg vil også takke Liv Kari Lønning ved eksamenskontoret Høgskolen i Bergen for adresseliste over deltakerne av videreutdanningen. Takk også til Maria Theresa Wolf som har hjulpet meg med postutsendelsen.

Takk til Senter for kunnskapsbasert praksis som har finansiert dette prosjektet. En spesiell takk til Monica W. Nortvedt som de siste årene har inspirert og oppmuntret meg til å ta nye og spennende utfordringer.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min mann Andrè. Din støtte, oppmuntring og hjelp gjennom hele studietiden har vært fantastisk! Takk også til mine barn Tarald, Dyveke og Viljar som lenge har hatt en travelt opptatt mamma. Jeg vil også takke mine foreldre og svigerforeldre som har stilt opp som barnevakt i travle perioder. Uten familiens støtte hadde ikke denne utdanningen vært gjennomførbart.

Bergen, mai 2011

Anne Kristin Snibsøer

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD

OVERSIKT OVER VEDLEGG

SAMMENDRAG.

ABSTRACT.

1	INTRODUKSJON.....	8
1.1	Kunnskapsbasert praksis	9
1.2	Undervisning i KBP	10
1.2.1	Evaluering av undervisning i KBP	11
1.2.2	CASP-modellen	12
1.2.3	Videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert”	13
1.2.4	Kunnskapsbaserte nettverk	15
1.3	Studier som har kartlagt holdning og atferd relatert til KBP	17
1.3.1	Behov for kartlegging av holdning og atferd relatert til KBP i Norge	20
1.4	Hensikt	21
1.4.1	Forskningsspørsmål	21
2	METODE	22
2.1	Design	22
2.2	Utvalg	22
2.3	Spørreskjema.....	22
2.4	Datainnsamlingsmetode	26
2.5	Databehandling og statistisk analyse	28
2.6	Etikk og personvern	30
3	RESULTATER.....	32
3.1	Beskrivelse av bakgrunnsvariabler	32
3.2	Holdning til KBP.....	34
3.2.1	Holdning til KBP og helsefaglig bakgrunn.....	36
3.2.2	Holdning til KBP og utdanning	36
3.2.3	Holdning til KBP og arbeidssituasjon	37
3.2.4	Holdning til KBP og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk.....	38
3.2.5	Holdning til KBP justert for ulike bakgrunnsvariabler.....	39
3.2.6	Holdning til KBP for lærere og helse- og sosialarbeidere	39

3.3	Atferd relatert til KBP	44
3.3.1	Atferd relatert til KBP og helsefaglig bakgrunn	45
3.3.2	Atferd relatert til KBP og utdanning	46
3.3.2	Atferd relatert til KBP og arbeidssituasjon	46
3.3.3	Atferd relatert til KBP og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk	48
3.3.4	Atferd justert for ulike bakgrunnsvariabler	48
3.3.5	Atferd relatert til KBP for lærere og helse- og sosialarbeidere	49
3.4	Sammenheng mellom holdning og aktivitet relatert til KBP	49
4	DISKUSJON	50
4.1	Drøfting av metoden	51
4.1.1	Design	51
4.1.2	Spørreskjema	52
4.1.3	Svarprosent	56
4.1.4	Utvalget	58
4.2	Holdning og atferd relatert til KBP	59
4.2.1	Holdning til KBP	59
4.2.2	Atferd relatert til KBP	60
4.2.3	Sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP	62
4.2.4	Positiv holdning, men lav aktivitet relatert til KBP	63
4.2.5	Forholdet mellom holdning, atferd og helsefaglig bakgrunn	65
4.2.6	Forholdet mellom holdning, atferd og utdanning	68
4.2.7	Forholdet mellom holdning, atferd og arbeidssituasjon	71
4.2.8	Forholdet mellom holdning, atferd og kunnskapsbasert nettverk	82
5	KONKLUSJON	84
5.1	Implikasjoner for praksis	85
5.2	Ubesvarte spørsmål og fremtidig forskning	86
	REFERANSER	88

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1	Tabell 1. Oversikt over tidligere studier som har kartlagt helse- og sosialarbeideres holdning og aktivitet relatert til KBP
Vedlegg 2	Bakgrunnsskjema
Vedlegg 3	KBP holdningsskala
Vedlegg 4	KBP implementeringsskala
Vedlegg 5	EBP Beliefs Scale
Vedlegg 6	EBP Implementation Scale
Vedlegg 7	Forvarsel
Vedlegg 8	Forespørsel om deltakelse i studien
Vedlegg 9	Første purring
Vedlegg 10	Andre purring
Vedlegg 11	Brev til deltakere som vant fagbok
Vedlegg 12	Meldeskjema NSD
Vedlegg 13	Kvittering på meldeskjema fra NSD
Vedlegg 14	Endringsmelding NSD
Vedlegg 15	Godkjenning fra NSD
Vedlegg 16	Tabell 14. Oversikt over tidligere studier som har brukt EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Nasjonale føringer tilsier at helse- og sosialarbeidere samt lærere innen helsefag skal jobbe kunnskapsbasert. For å fremme bruken av nye forskningsresultater i praksis og i undervisning opprettet Høgskolen i Bergen en videreutdanning i kunnskapsbasert praksis i 2004.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos personer som har fullført videreutdanning i kunnskapsbasert praksis.

Metode: En survey ble gjennomført blant tidligere deltakere av videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” (n=291). KBP holdnings- og implementeringsskala samt et skjema med bakgrunnsspørsmål ble sendt per post til deltakernes private adresser vinteren 2010/11.

Resultat: Studien hadde en svarprosent på 75,4 %. Deltakerne av videreutdanningen hadde positive holdninger til kunnskapsbasert praksis, men deltakere med pasientkontakt utførte ikke så ofte aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis. Deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk var mer positive og utførte oftere aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis enn de som ikke deltok. Deltakere med mastergrad var også mer positiv til kunnskapsbasert praksis. I tillegg hadde lærere ved høyskoler en statistisk signifikant høyere gjennomsnittlig skåre på KBP holdnings- og implementeringsskala enn helse- og sosialarbeidere i praksis.

Konklusjon: Deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk kan være positivt for holdninger og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis. I tillegg kan mastergrad være positivt for holdninger til KBP. En kultur som iverksetter tiltak for å øke helse- og sosialarbeideres deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk, aktivt jobber for å heve utdanningsnivået blant klinikere og verdsetter forskningsbasert kunnskap kan fremme holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord: Holdning, atferd, kunnskapsbasert praksis, survey, etter- og videreutdanning

ABSTRACT

Background: According to Norwegian national policies health and social workers in clinical practice and health educators are committed to work evidence-based. To encourage the use of evidence in clinical practice and teaching a postgraduate education in evidence-based practice was established at Bergen University College in 2004.

Aim: The aim of the study was to examine attitude and behavior related to evidence-based practice among former participants of postgraduate education in evidence-based practice.

Methods: A survey was conducted among participants who had attended postgraduate education in evidence-based practice at Bergen University College (n=291). EBP Beliefs Scale and EBP Implementation Scale were sent to the participants' home address the winter of 2010/11.

Results: Response rate was 75.4 %. The participants reported strong beliefs in evidence-based practice, but did not often engage in activities related to evidence-based practice. Participants of evidence-based network groups were more positive and implemented evidence-based practice more often. Participations with master degree were also more positive to evidence-based practice. In addition teachers at University Colleges had statistic significant higher scores on EBP Beliefs Scale and EBP Implementation Scale than health and social workers in clinical practice.

Conclusion: Participation in evidence-based network groups may be positive regarding attitudes and implementation of evidence-based practice. Master degree may also be positive to attitudes. A culture that implement strategies to increase participation in evidence-based network groups, active seek to raise the education level among health and social workers in clinical practice and value knowledge from research may facilitate positive attitudes and implementation of evidence-based practice.

Key words: Attitude, behavior, evidence-based practice, survey, postgraduate

1 INTRODUKSJON

I løpet av det siste 10-året har kunnskapsbasert praksis fått økende fokus i Norge. Kunnskapsbasert fagutøvelse- og utdanning i helseprofesjonene er i dag forankret i nasjonale føringer. I følge nasjonal strategi for kvalitetsforbedring *...Og bedre skal det bli!* skal helse- og sosialarbeideres faglige avveininger og beslutninger bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring (Sosial- og Helsedirektoratet, 2010, kap. 6), og det skal tas hensyn til brukernes behov og ønsker når tjenester skal evalueres og forbedres (Sosial- og Helsedirektoratet, 2010, s. 19). I tillegg har alle virksomheter ”et ansvar for å følge med, dele, formidle og utnytte den beste forskningsbaserte kunnskap som finnes” (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008, kap. 4, s. 31). Ifølge Utdannings- og forskningsdepartementets rammeplaner fra 2005 skal også helse- og sosialfagstudenter på bachelornivå kunne lese forskningsrapporter, nyttiggjøre seg forskningsresultater, samt begrunne sine handlinger ut fra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn (Kunnskapsdepartementet, 2010). Det forventes med andre ord at helsepersonell holder seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999, kap. 2, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2001, kap. 5; Norsk Fysioterapiforbund, 2010, kap. 2).

Som et ledd i satsningen på kunnskapsbasert praksis utviklet Høgskolen i Bergen videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” sammen med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004. Målet for videreutdanningen har vært å fremme bruken av nye forskningsresultater i undervisning og i praksis. Målgruppen har vært helsepersonell som ønsker å praktisere en kunnskapsbasert fagutøvelse, samt lærere innen helse- og sosialfagene (Høgskolen i Bergen, 2011).

Muntlige evalueringer umiddelbart etter hver gjennomført videreutdanning tilsier at deltakerne er positive til kunnskapsbasert praksis og ønsker å fortsette å arbeide kunnskapsbasert. Det er imidlertid ikke gjort noen systematiske undersøkelser som viser hvilke holdninger deltakerne har til kunnskapsbasert praksis, eller om de gjør aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd når de er tilbake i arbeid. Formålet med denne studien er derfor å kartlegge holdninger og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos personer som har gjennomført en videreutdanning i kunnskapsbasert praksis.

1.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) kommer fra det engelske begrepet evidence based medicine (EBM). Sackett et al. (1996) har definert evidence-based medicine som “the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence for systematic research”. I praksis betyr dette å integrere best tilgjengelig kunnskap fra systematisk forskning med kunnskap fra individuell klinisk ekspertise (Sackett et al., 1996).

Evidence-based medicine ble introdusert i medisinsk litteratur i 1991 (Dawes et al., 2005). En kunnskapsbasert tilnærming ble etter hvert innlemmet i andre helseprofesjoner, og det ble behov for en utvidelse av konseptet evidence-based medicine. I The Sicily statement ble kunnskapsbasert praksis definert som: “Evidence-based practice requires that decisions about health care are based on the best available, current, valid and relevant evidence. These decisions should be made by those receiving care, informed by the tacit and explicit knowledge of those providing care, within the context of available resources” (Dawes et al., 2005).

I Nortvedt et al. (2007) sin norske definisjon av kunnskapsbasert praksis er faglige avgjørelser ”basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (Nortvedt et al., 2007 s. 15). Å anvende kunnskapsbasert praksis vil dermed si å bruke kunnskap fra oppdatert forskningslitteratur sammen med kunnskap opparbeidet gjennom egen erfaring samt kunnskap hentet fra brukeren. Hensikten er å basere helsefaglig praksis og anbefalinger på beste tilgjengelig kunnskap, og å hjelpe brukeren til å ta en optimal beslutning i den aktuelle situasjonen brukeren befinner seg i.

Kunnskapsbasert praksis er en prosess gjennom flere trinn. Trinnene består av; 1) å reflektere over praksis og erkjenne et informasjonsbehov, 2) formulere et godt spørsmål, 3) systematisk søke etter forskningsbasert kunnskap, 4) kritisk vurdere kunnskapen for validitet, klinisk relevans og anvendbarhet, 5) anvende resultatene i praksis ved å integrere gyldig og anvendbar forskning fra praksis med erfaringsbasert kunnskap og

brukernes preferanser og 6) evaluere egen praksis (Nortvedt et al., 2007). Disse trinnene ligger til grunn for en kunnskapsbasert praksis og for undervisning i KBP.

1.2 Undervisning i KBP

I 2005 kom The Sicily statement med føringer for undervisning av KBP til helsepersonell (Dawes et al., 2005). Ifølge denne konsensuserklæringen danner trinnene i KBP grunnlag for utdanning og utøvelse av kunnskapsbasert praksis. I erklæringen blir betydningen av å fokusere på alle trinnene i modellen, samt utvikling av validerte måleinstrumenter for å evaluere utdanning fremhevet. Konsensuserklæringen påpeker også at undervisning i KBP bør være relatert til deltakernes praksis, da det er i praksis deltakernes holdninger formes. For å kunne utøve "best practice" er det, ifølge Dawes et al. (2005) et minimumskrav at klinikere forstår prinsippene for kunnskapsbasert praksis, implementerer kunnskapsbaserte retningslinjer og har en kritisk holdning til egen praksis og forskningslitteratur.

Med informasjonsteknologi og oppsummert forskning har vi i dag en mulighet til å søke og innhente oppdatert forskningslitteratur på kort tid (Straus et al., 2005). I en organisasjon vil personer med ulike stillinger ha behov for ulike ferdigheter innen KBP (Dawes et al., 2005). I følge Straus et al. (2005) kan klinikere inkorporere kunnskapsbasert praksis ved å utføre de fire første trinnene i KBP, søke og bruke allerede kvalitetsvurdert forskning, eller følge funn fra forskning andre har innhentet.

Den økte interessen for kunnskapsbasert praksis har medført at det ikke lenger er et spørsmål om man skal undervise i KBP, men hvordan man skal gjøre det (Straus et al., 2004). I dag undervises det i kunnskapsbasert praksis på kurs, seminarer, workshops, journal clubs og innen ulike utdanninger. Det er også utarbeidet egne arbeidsbøker for opplæring innen KBP (Nortvedt et al., 2007; Straus et al., 2005), og i Norge er nettkurset "www.kunnskapsbasertpraksis.no" gratis tilgjengelig for alle (Høgskolen i Bergen, 2010).

1.2.1 Evaluering av undervisning i KBP

Det finnes flere systematiske oversiktsartikler som har sett på effekt av undervisning innenfor etter- og videreutdanning i KBP (Parkes, 2001; Coomarasamy, Taylor & Khan, 2003; Flores-Mateo & Argimon, 2007; Coomarasamy & Khan, 2004). I en Cochrane oversikt, som vurderte undervisning av kritiske ferdigheter, hevder Parkes et al. (2001) at det er evidens for at undervisning i kritisk vurdering har positiv effekt på helsearbeideres kunnskap. I en annen systematisk oversiktsartikkel som undersøkte effekt av undervisning i KBP og kritisk vurdering på etter- og videreutdanningsnivå ble det identifisert en signifikant forbedring i kunnskap, men ikke i ferdigheter, holdning eller atferd (Coomarasamy, Taylor & Khan, 2003). Videre har Flores-Mateo og Argimon (2007) vist at opplæring i KBP ga stor forbedring hos helsepersonell når kunnskap og ferdigheter i kritisk vurdering ble målt i en totalskåre, og liten forbedring i kunnskap, ferdigheter, holdning og atferd når disse variablene ble målt alene. I en systematisk oversiktsartikkel som vurderte effekt av undervisning integrert i praksis, fant Coomarasamy og Khan (2004) at i tillegg til å forbedre kunnskap og ferdigheter, kan undervisning som er integrert i yrkesutøvelsen også forbedre holdninger og atferd relatert til KBP.

Primærstudiene i disse systematiske oversiktsartiklene er imidlertid av varierende metodologisk kvalitet. Studienes intervensjon som besto av utdanning innen KBP, varierte i form, innhold, hyppighet og varighet. Det var også store variasjoner i studienes design, populasjon, måleinstrument og utfallsmål. I tillegg var det få av de inkluderte studiene som benyttet validerte måleinstrumenter. Det var heller ingen av de systematiske oversiktsartiklene som kunne gjennomføre en metaanalyse på grunn av de inkluderte studienes heterogenitet.

Mangfoldet i måleinstrumenter som har blitt benyttet i utdanningsforskningen gjenspeiles også i Shaneyfelt et al. (2006) sin systematiske oversikt som vurderer instrumenter for evaluering av utdanning i KBP. Forfatterne identifiserte 104 unike måleinstrumenter blant 115 inkluderte artikler. Over halvparten av instrumentene vurderte ferdigheter innen søk og kritisk vurdering av forskningslitteratur. Det var imidlertid få instrumenter som vurderte holdning til KBP, og ingen av disse instrumentene ble funnet tilfredsstillende i forhold til validitet (Shaneyfelt, et al., 2006).

Internasjonalt har det blitt undervist i KBP på kurs, workshops, journal clubs, seminarer, og utdanninger i flere år. Det er imidlertid lite forskning som gir holdepunkter for hvordan man best skal undervise i KBP. Effektiv undervisning i KBP kan gi utfall som kan være vanskelig å måle. Endring i kunnskap og ferdigheter kan være lett å gjenkjenne og demonstrere, men det kan være vanskeligere å bekrefte holdning og atferd, og ikke minst pasientutfall (Straus et al., 2005). Mye av forskning som har evaluert undervisning i KBP har dermed fokusert på evaluering av kritisk vurdering, og mindre på de andre trinnene i kunnskapsbasert praksis (Hatala & Guyatt, 2002). Felles for mye av opplæringen innen KBP er at den bygger på prinsippene til The Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

1.2.2 CASP-modellen

The Critical Appraisal Skills Programme (CASP) er en metode for å undervise og lære kunnskapsbasert praksis (Tuntland & Nordheim, 2009). Modellen ble utviklet i Oxford i 1993, og har siden spredd seg internasjonalt gjennom nettverk og workshops (Birmingham Critical Appraisal Skills Programme, 2010). Målet med CASP er å få forskning ut i praksis ved å lære deltakere å formulere spørsmål på en systematisk måte, finne forskningslitteratur, kritisk vurdere forskning og handle ut ifra forskningens resultater (Birmingham Critical Appraisal Skills Programme, 2010).

CASP bygger på voksenpedagogisk teori. Voksne sees som selvstyrte, problemsentrerte individer som bruker sin indre motivasjon og erfaring for å fremme livslang læring (Knowles, 1990, s. 57-63). Voksenpedagogisk teori bygger også på antagelsen om at voksne må vite hvorfor de trenger å lære noe før de lærer det (Knowles, 1990, s. 57). I tillegg vil voksne være klar for å lære ny kunnskap som kan anvendes på problemer de møter i hverdagen (Knowles, 1990, s. 60).

Undervisning etter CASP - modellen foregår ved at det innledningsvis gis en teoretisk introduksjon til et tema (Tuntland & Nordheim, 2009). Etter innføringen arbeider deltakerne i smågrupper, før alle samles til en felles gjennomgang og diskusjon (Tuntland & Nordheim, 2009; Taylor et al., 2004). Eksempelvis vil opplæring i kritisk vurdering av systematiske oversikter etter denne modellen foregå ved at deltakerne

innledningsvis får en times teoretisk innføring i kritisk vurdering av systematiske oversikter. Deretter jobber deltakerne aktivt i smågrupper med å kritisere en systematisk oversikt etter gjeldende sjekkliste. Etter en time samles alle i plenum, og sjekklisten diskuteres med utgangspunkt i det gruppene har kommet frem til (Taylor et al., 2004).

I undervisning som legges opp etter CASP modellen benyttes det også flere praktiske øvelser. Tuntland og Nordheim (2009) beskriver blant annet pyramideleken, konvoluttleken og kritisk vurdering med smilefjes som praktiske øvelser som kan bidra til å skape trygghet, aktiv deltakelse og refleksjon i gruppen. KBP formidles nemlig effektivt gjennom interaktiv undervisning der det er en samhandling mellom deltakerne (Khan & Coomarasamy, 2006).

1.2.3 Videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"

Målet for videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" er å fremme bruken av oppsummert forskningsresultater i undervisning og i praksis. Studiet er ment å bidra til å gjøre ny kunnskap mer tilgjengelig, og bidra med metoder som gjør implementering av ny kunnskap lettere (Høgskolen i Bergen, 2011). I følge videreutdanningens studieplan skal studentene etter endt utdanning kunne skille mellom ulike forskningsdesign, finne forskningsbasert kunnskap, kritisere kunnskapen, forstå forskjellen mellom ulike effektmål, implementere gyldig kunnskap i undervisning og i praksis samt evaluere egen praksis (Høgskolen i Bergen, 2011).

Målgruppen for utdanningen er helsepersonell som ønsker å praktisere en kunnskapsbasert fagutøvelse, personer som jobber i fag- og forskningsstillinger, lærere, lektorer, førstelektorer og stipendiater innen helse- og sosialfagene (Høgskolen i Bergen, 2011). Videreutdanningen ble i sin tid opprettet for å forbedre forskningens plass i helsefagene, og målgruppen for det første kullet var lærere på Avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Bergen. Senere ble det åpnet for at praksisveiledere, fagutviklere, ledere og profesjonsutøvere fra klinisk praksis også kunne delta på utdanningen. I dag arrangeres utdanningen som en åpen utdanning hvor lærere og klinikere innen helse- og sosialfag kan delta. De siste årene har det også vært arrangert

egne videreutdanninger for helseforetak som ønsker å implementere KBP. Det er også flere høyskoler som har opprettet en tilsvarende videreutdanning i KBP (Høgskolen i Akershus, 2010; Høgskolen Stord/Haugesund, 2009; Høgskolen i Molde, 2011).

Undervisningen tar utgangspunkt i CASP – modellen. I undervisningen benyttes en kombinasjon av tradisjonell kateterforelesning og interaktive undervisningsmetoder som dialog, smågruppearbeid, casediskusjoner og ferdighetstrening. Studentene gis en introduksjon til et tema i plenum, og deretter jobber de i smågrupper før seansene avsluttes med en plenumsdiskusjon hvor gruppearbeidet rapporteres og diskuteres. Undervisningen foregår i klasserom, og det tilstrebes at diskusjoner og arbeidskrav blir relatert til klinisk praksis.

Videreutdanningen blir arrangert med syv undervisningsdager fordelt over tre samlinger på ett semester. Utdanningen er lagt opp etter trinnene i KBP. På studiet får studentene undervisning i å erkjenne et informasjonsbehov, formulere et forskningsspørsmål, søke etter forskningsbasert kunnskap, kritisk vurdere kunnskapen, integrere kunnskap fra forskning med erfaringskunnskap og brukerens preferanser, samt evaluere egen praksis. En av dagene er viet søk etter forskningsbasert litteratur.

Videreutdanningen er finansiert med deltakeravgift, og det har vært mulig å følge tre studieløp; 1) delta på undervisningen og ikke ta noen studiepoeng, 2) ta en to timers skoleeksamen og få ni studiepoeng eller 3) avlegge en hjemmeeksamen og få 15 studiepoeng. De siste årene har Høgskolen i Bergen kun gitt tilbud om en 15 studiepoengs videreutdanning, og det har dermed bare vært mulig å følge ett studieløp.

For å få 15 studiepoeng må studentene delta på undervisningen og gjennomføre ulike arbeidskrav. Arbeidskravene innebærer utarbeidelse og gjennomføring av to muntlige fremlegg for medstudenter. I tillegg må de avlegge en individuell eksamen. Eksamen er todelt og består av en skriftlig hjemmeeksamen på 10 sider, samt en muntlig presentasjon av eksamensoppgaven for egen arbeidsplass (Høgskolen i Bergen, 2011). Det er mulig å velge en av flere eksamensoppgaver. Studentene kan velge mellom å beskrive hva kunnskapsbasert praksis er, finne oppdatert kunnskap på en problemstilling fra egen praksis, eller lage en strategiplan for implementering av KBP. Tidligere valgte mange studenter å skrive om KBP, mens det de siste årene har vært en

overvekt av studenter som har valgt å finne kunnskap om et spørsmål knyttet til egen praksis.

Hensikten med videreutdanningen er som nevnt å gi helse- og sosialarbeidere en mulighet til å utøve en kunnskapsbasert atferd ved å integrere kunnskap fra forskning med erfaringer fra egen praksis samt pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon. For å vedlikeholde kunnskap og ferdigheter fra utdanningen oppmuntres derfor studentene til å delta i ulike kunnskapsbaserte nettverk når de er tilbake i praksis.

1.2.4 Kunnskapsbaserte nettverk

Deltakerne på videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” oppmuntres til å delta i kunnskapsbaserte nettverk, for å vedlikeholde kunnskapen og ferdighetene de har lært på videreutdanningen. I praksis er det etablert kunnskapsbaserte nettverk som lesegrupper, fagringer, fagprosedyregrupper og artikkelskrivegrupper.

En lesegruppe, eller journal club består av helsearbeidere som kritisk vurderer oppdatert forskning, og som stiller spørsmål om hva funnene fra forskning har å si for deres praksis. Historisk har målene for journal clubs vært å holde seg oppdatert på faglitteratur, påvirke klinisk praksis og å lære kritisk vurdering (Forsen, Hartman & Neely, 2003).

Suksessfaktorer for journal clubs beskrives i litteraturen som høy deltagelse og langvarig eksistens, valg av relevante og interessante artikler, diskusjon av komplekse eller kontroversielle tema samt oppnåelse av klubbens definerte mål (Forsen, Hartman & Neely, 2003). Gruppens mål og forventninger til møtedeltagelse bør derfor være avklart og kjent for alle deltagerne, og deltagerne må på forhånd vite hva de skal forberede seg til (Forsen, Hartman & Neely, 2003). I følge Deenadayalan, Grimmer-Sommers og Kumar (2008) bør journal clubs være regelmessige, frivillige, ha klare kort- og langsiktige mål og en erfaren leder. Litteraturen anbefaler forpliktende møter en gang i måneden (Deenadayalan, Grimmer-Sommers & Kumar, 2008). Avsatt tid, et møtetidspunkt som passer for deltakerne samt en enkel bevertning kan være med å sikre møtedeltakelse (Lee et al., 2005). Det bør være en trent leder som velger artikler og leder diskusjonen (Deenadayalan, Grimmer-Sommers & Kumar, 2008). Foruten å ha

ansvar for valg og distribuering av artikler, den praktiske organisering rundt møtene samt diskusjonen i gruppen bør denne lederen også være engasjert og motiverende (Denehy, 2004). Valg av artikler er viktig for å opprettholde deltakernes interesse, og Milbrandt og Vincent (2004) anbefaler å velge artikler som er publisert de to siste årene, ikke inneholder store metodologiske feil og hvor resultatene, hvis valide, kan påvirke klinisk praksis.

Målet med en fagring er å bruke prinsippene for kunnskapsbasert praksis, og å anvende disse for å tilegne seg kunnskap om kliniske problemstillinger (Graverholt, Nortvedt & Ruud, 2007). Fagringer bygger på prinsippene til journal clubs, men i motsetning til journal clubs som primært fokuserer på kritisk vurdering vektlegges alle trinnene i KBP. I en fagring fokuserer deltakerne på en problemstilling over tid. Deltakerne vil dermed møtes for å reflektere over en aktuell problemstilling fra praksis, søke etter oppdatert forskningslitteratur, kritisk vurdere denne og gi en oppsummering av resultatene tilbake til praksis. Deltakerne får avsatt tid på turnus og møtes regelmessig til et forpliktende samarbeid.

Hensikten med en fagprosedyregruppe er å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Arbeidsgruppen bør være tverrfaglig, og ha med alle relevante faggrupper (Statens helsetilsyn, 2002). Ved utarbeiding av nye retningslinjer benyttes Helsedirektoratets ”retningslinjer for retningslinjer” og AGREE instrumentet. ”Retningslinjer for retningslinjer” beskriver prosess og metode for utvikling av faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2006), mens AGREE er et rammeverk for evaluering av kvaliteten på kliniske retningslinjer og fagprosedyrer for klinisk praksis (Helsedirektoratet, 2006). Ved å følge den strukturerte og nøyaktige metode er det mulig å benytte AGREE ved utvikling av nye fagprosedyrer (Helsedirektoratet, 2006). Fagprosedyregruppene kan også benytte AGREE verktøyet som et evalueringsverktøy for å sikre at eksisterende retningslinjer er pålitelige.

I en artikkelskrivegruppe jobber deltakerne systematisk for å publisere artikler i fagtidsskrift. I forlengelsen av en videreutdanning har det blitt arrangert et skrivekurs for å lære å skrive oversiktsartikler, eller scopeartikler.

Hensikten med kunnskapsbaserte nettverk er, som tidligere nevnt, å vedlikeholde kunnskap og ferdigheter innen kunnskapsbasert praksis. Målet er at slike aktiviteter på sikt skal føre til endringer i deltakernes holdninger og atferd. Det er nemlig ikke nok å bare tilegne seg kunnskap og ferdigheter for å kunne utøve KBP (Coomarasamy & Khan, 2004). For å nå målet med å forbedre pleie og behandling må helse- og sosialarbeidere også ha positive holdninger og atferd i forhold til KBP (Coomarasamy & Khan, 2004).

1.3 Studier som har kartlagt holdning og atferd relatert til KBP

Tabell 1 viser en oversikt over studier som har kartlagt helse- og sosialarbeideres holdning og aktivitet relatert til KBP (Vedlegg 1). Alle studiene har til hensikt å kartlegge holdning og/eller atferd. I tillegg er det noen som har sett på sammenhengen mellom holdning og/eller atferd og andre variabler som kunnskap (Akinbo et al., 2009; Brown et al., 2010; Heiwe et al., 2011; Jette et al., 2003; Koehn & Lehman, 2007; Melnyk et al., 2004; Prior, Wilkinson & Neville, 2010), utdanning innen KBP (Johansson, Fogelberg-Dahm & Waddensten, 2010; Nilsgård & Lohse, 2010) og faktorer som hemmer og fremmer KBP (Bennett et al., 2003; Brown et al., 2009; Chang, Russell & Jones, 2010).

Flere av studiene identifiserte en positiv sammenheng mellom kunnskap, holdning og aktivitet relatert til KBP. I en studie fra Australia var et flertall ergoterapeuter enige i at KBP forbedret pasientbehandling og at funn fra forskning var viktig i daglig kontakt med pasienter (Bennett et al., 2003). Likevel brukte de fleste klinisk erfaring, informasjon fra etterutdanning og kollegaer som kunnskapskilder. Ergoterapeuter med tidligere opplæring i KBP brukte imidlertid flere kunnskapskilder, var tryggere i sine ferdigheter og mer positive til KBP enn de uten opplæring i KBP.

Heiwe et al. (2011) identifiserte også positive holdninger til KBP. Funn fra forskning ble rapportert som nyttig støtte når beslutninger skulle tas i praksis. Flertallet av ergoterapeutene og fysioterapeutene som deltok i studien indikerte at de hadde nødvendige ferdigheter for å tolke og forstå forskningsfunn. I tillegg var det en stor andel som aktivt søkte og brukte retningslinjer i praksis.

I en studie som så på holdning og atferd hos sykepleiere i primærhelsetjenesten på New Zealand identifiserte Prior, Wilkinson og Neville (2010) kunnskap, ferdigheter, holdning og utdanning som viktige faktorer for sykepleieres atferd relatert til KBP. Resultatene indikerte at utdanning hadde en positiv innvirkning på sykepleiernes forståelse for KBP, på deres ferdigheter i kritisk vurdering og på deres evne til å overføre resultater fra forskning til praksis.

Utdanningens betydning ble også stadfestet av Nilsgård og Lohse (2010) som undersøkte kunnskap, holdning og atferd i forhold til arbeidssted og utdanningsnivå blant fysioterapeuter i Sverige. Fysioterapeuter som jobbet innen forskning og utvikling fant KBP viktigere og mente det forbedret pleien signifikant mer enn andre. De utførte aktiviteter som å søke i databaser, lese og kritisk vurdere vitenskapelige artikler signifikant oftere enn andre. Resultatene indikerte at ved høyere utdanning var også fysioterapeutenes kunnskap høyere, holdningene mer positive, forutsetningen for KBP bedre og opplevelsen av barrierer mindre.

I en annen studie fra Sverige undersøkte Johansson, Fogelberg-Dahm & Wadensten (2010) kunnskapsbasert praksis blant oversykepleiere som hadde deltatt på kurs i KBP. Kurset besto av fem undervisningsdager fordelt på 15 uker. I tillegg til undervisning skulle oversykepleierne også gjennomføre et utviklingsprosjekt. De fleste oversykepleierne rapporterte positive holdninger, men lav aktivitet relatert til KBP. Resultatene indikerte at oversykepleiere med en tilleggsutdanning som inkluderte vitenskapelig metode, var mer enige i at de brukte funn fra forskning. Det var derimot ingen sammenheng mellom sykehusets kurs i KBP og aktivitet relatert til KBP. Det ble imidlertid funnet en sammenheng mellom aktivitet relatert til KBP og hvor lenge deltakerne hadde vært ansatt i samme stilling, samt hvordan de opplevde støtten fra en overordnet.

Jette et al. (2003) og Akinbo et al. (2009) identifiserte at kunnskap og alder var faktorer som kunne ha betydning for holdning og atferd relatert til KBP blant fysioterapeuter. Studiene som var gjennomført i henholdsvis USA og Nigeria, fant at fysioterapeuter som var yngre, godkjent de siste årene og hadde mer enn bachelorutdanning, var mer positive, hadde høyere ferdigheter og var tryggere i å finne og kritisk vurdere forskning.

Chang, Russell & Jones (2010) fant derimot ingen sammenheng mellom utdanningsnivå, alder og holdning. I studien som ble gjennomført blant sykepleiere ved seks tilfeldige sykehjem i Taiwan, ble det identifisert positive holdninger til forskning og til kunnskapsbasert praksis. Holdningene varierte imidlertid ikke i forhold til utdanningsnivå, alder eller antall år erfaring som sykepleier.

I tillegg til å se på kunnskap, holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere ved et medisinsk senter i USA undersøkte Brown et al. (2009) også sykepleiernes oppfatning av faktorer som hemmet og fremmet en kunnskapsbasert praksis. Også i denne studien var det en sammenheng mellom kunnskap og holdning, og mellom kunnskap og atferd relatert til KBP. Sykepleierne oppga tid, mangel på autoritet og manglende støtte fra kollegaer som faktorer som kunne hindre en kunnskapsbasert praksis. Ved spørsmål om hvilke faktorer som kunne fremme en kunnskapsbasert atferd beskrev sykepleierne blant annet et ønske om å øke kunnskapsnivået og ferdighetene sine innen KBP gjennom opplæring og mentorvirksomhet. I følge sykepleierne var en mentor et nødvendig supplement til utdanning for å endre praksis.

Melnyk et al. (2004) identifiserte også mentorer som nøkkelpersoner for utøvelse av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere som skulle delta på workshop i KBP. Resultatene fra studien viste at sykepleierne hadde positive holdninger og så fordeler med KBP. De skåret imidlertid lavt på kunnskap, og de hadde en moderat tro på at funn fra forskning ble brukt i sykepleiepraksis og til å forbedre pasientutfall. Mangel på tid, ressurser og økonomi var de største barrierene for KBP. Det var en positiv korrelasjon mellom deltakernes tro på betydningen av KBP og i hvilken grad deres praksis var kunnskapsbasert, og mellom kunnskap og aktivitet relatert til en kunnskapsbasert atferd. I tillegg ble det identifiserte en signifikant sammenheng mellom kunnskapsbasert atferd og bruk av mentor som ressurspersoner. Sykepleiere med en mentor som kunne bistå med å søke etter forskning, evaluere forskningsresultater og anvende forskning i praksis, hadde en mer omfattende kunnskapsbasert praksis.

Boström et al. (2009) var den eneste som bare undersøkte atferd relatert til KBP. Studien vurderte anvendelse av KBP to år etter grunnutdanning blant sykepleiere som jobbet innen sykehus, eldreomsorg, psykiatriomsorg eller primæromsorg. Resultatene viste at det var en større andel av sykepleiere innen eldreomsorgen som rapporterte at de

brukte andre informasjonskilder, forsto og kritisk vurderte artikler, deltok i endring av praksis og evaluerte praksis. Anvendelsen av KBP ble imidlertid vurdert som lav.

Resultatene som fremkommer i studiene som har kartlagt holdning og/eller atferd relatert til KBP varierer relativt lite til tross for metodiske forskjeller og ulik kvalitet på studiene. De fleste studiene konkluderer med positive holdninger til KBP og varierende grad av aktivitet relatert til KBP. Få studier hadde en svarprosent på over 65 % (Aarons, 2004; Upton & Upton 2006; Boström et al. 2009; Akinbo et al. 2009; Chang, Russell & Jones, 2010; Heiwe et al., 2011). Det var også store variasjoner med hensyn til kartleggingsverktøyenes psykometriske egenskaper (Tabell 1, vedlegg 1). EBP Belief Scale og EBP Implementation Scale var de eneste måleinstrumentene som var beskrevet med en tilfredsstillende Cronbach's alfa verdi, samt testet for kriterie-relatert validitet og begrepsvaliditet (Melnik, Fineout-Overholt & Mays 2008).

De fleste av studiene som har kartlagt holdning og atferd relatert til KBP er utført i engelsktalende land. Det var kun tre studier som var gjennomført i Skandinavia. Disse studiene var fra Sverige og undersøkte sykepleieres anvendelse av KBP to år etter utdanning (Boström et al., 2009), oversykepleieres forhold til KBP (Johansson, Fogelberg-Dahm & Wadensten, 2010) og kunnskap, holdninger, og atferd i forhold til KBP blant ergoterapeuter, fysioterapeuter samt dietetikere (Heiwe et al., 2011). Det var ingen studier som kartla holdninger og atferd relatert til KBP hos norske helse- og sosialarbeidere.

1.3.1 Behov for kartlegging av holdning og atferd relatert til KBP i Norge

Det er manglende kunnskaper om norske helse- og sosialarbeideres holdninger og atferd relatert til KBP. Som nevnt innledningsvis gjennomføres det en muntlig evaluering etter hver videreutdanning i KBP ved Høgskolen i Bergen. Flere av deltakerne gir da uttrykk for at KBP er nyttig, og at de ønsker å fortsette å jobbe kunnskapsbasert. Vi vet imidlertid ikke om deltakerne arbeider kunnskapsbasert når de er tilbake i arbeid.

1.4 Hensikt

Hensikten med denne studien er å kartlegge holdninger og atferd relatert til KBP hos personer som har fullført videreutdanning i KBP.

1.4.1 Forsknings spørsmål

1. Hvilke holdninger har personer som har tatt videreutdanning i KBP til kunnskapsbasert praksis?
2. Hvor ofte utfører personer som har tatt videreutdanningen i KBP aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd?
3. Er det en sammenheng mellom holdning til KBP og faktorer knyttet til helsefaglig bakgrunn, utdanning og arbeidssituasjon?
4. Er det en sammenheng mellom hvor ofte aktivitet forbundet med en kunnskapsbasert atferd utføres og faktorer knyttet til helsefaglig bakgrunn, utdanning og arbeidssituasjon?
5. Er det en sammenheng mellom holdning og hvor ofte aktivitet forbundet med en kunnskapsbasert atferd utføres?

2 METODE

2.1 Design

Survey ble benyttet som design for denne studien. Polit og Beck (2008, s. 767) definerer survey som “nonexperimental research that obtains information about people’s activities, beliefs, preferences, and attitudes via direct questioning”. Survey benyttes ofte for å få informasjon om forekomst, fordeling og sammenheng mellom variabler (Polit & Beck, 2008, s. 323).

Denne studien var en deskriptiv tverrsnittstudie. Dataene ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema og beskriver deltakernes selvrapporterte holdninger og atferd målt på et gitt tidspunkt. Survey kan også være longitudinelle. Det er dermed mulig datamaterialet i denne studien kan bli benyttet i fremtidige oppfølgingsstudier.

2.2 Utvalg

Populasjonen i studien var helse- og undervisningspersonell med en videreutdanning i KBP. Utvalget var begrenset til deltakere som hadde tatt videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” ved Høgskolen i Bergen. Alle tidligere deltakere av videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” som hadde gjennomført og bestått 15 studiepoengs hjemmeeksamen ble invitert til å delta i studien (n=291). Deltakere av videreutdanningen som hadde fulgt studieløpet uten å ta eksamen, og deltakere som kun hadde tatt ni studiepoengs skoleeksamen ble ikke inkludert i studien.

2.3 Spørreskjema

Studien benytter måleinstrumentet KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala samt et bakgrunnsskjema. Bakgrunnsskjemaet etterspør informasjon om deltakernes alder, kjønn, helsefaglige bakgrunn, utdanning, type stilling, arbeidssted, hvor lenge de har arbeidet der de arbeider nå, pasientkontakt og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk (Vedlegg 2). Årstall for avlagt eksamen ved videreutdanningen er hentet fra eksamenskontoret ved Høgskolen i Bergen.

Spørreskjemaet KBP holdningsskala består av 16 påstander og etterspør deltakernes selvrappporterte holdninger til KBP (Vedlegg 3). Holdninger handler her om deltakernes tro på at KBP forbedrer kliniske resultater/utfall, samt deltakernes tro på at de kan stole på egne kunnskaper og ferdigheter relatert til KBP (Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, 2008). På en skala fra en til fem skal deltakerne angi om de er ”svært uenig”, ”uenig”, ”verken enig eller uenig”, ”enig” eller ”svært enig” i de ulike påstandene på spørreskjemaet. To av påstandene er negativt formulert. Totalskåre for skjemaet kan variere innenfor 16 til 80. Høy skåre indikerer positive holdninger, mens lav skåre indikerer negative holdninger.

KBP implementeringsskala består av 18 utsagn og etterspør hvor mange ganger aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd har blitt utført de siste åtte ukene (Vedlegg 4). Atferd er her spesifikt relatert til yrkesutøverens engasjement i å oppsøke og kritisk vurdere vitenskapelig forskning, formidle klinisk informasjon eller kunnskap fra ulike kilder til kollegaer eller pasienter, samle og evaluere pasientdata samt bruke forskning for å endre praksis (Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, 2008). På en fem punkts frekvensskala der null er ”0 ganger”, en er ”1-3 ganger”, to er ”4-5 ganger”, tre er ”6-8 ganger” og fire er ”> 8 ganger” skal deltakerne angi hvor mange ganger de har utført aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd de siste åtte ukene. Åtte av utsagnene handler om aktivitet knyttet til klinisk praksis. Totalskåre for skjemaet kan variere fra 0 til 72.

I en doktoravhandling gjennomførte Estrada (2007) en faktoranalyse for KBP holdningsskalaens 16 påstander og fant holdepunkter for fire undergrupper av holdningsskalaen. Skjemaets påstander ble gruppert i undergruppene 1) tro på kunnskap, 2) tro på verdien av KBP, 3) tro på ressurser eller 4) tro på at KBP er vanskelig og tar tid. *Tro på kunnskap* innbefatter påstandene om at respondenten kjenner til trinnene i KBP, kan anvende KBP, kan måle effekt av klinisk praksis, vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endring i praksis, og er trygg på egen evne til å anvende KBP i sitt arbeid. *Tro på verdien av KBP* innbefatter påstandene om at respondenten tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling, tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP, er sikre på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis, er sikre på at anvendelse

av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak de gir til sine pasienter, og at de mener deres praksis er kunnskapsbasert. *Tro på ressurser* innbefatter påstandene om at respondenten mener de kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte, mener de kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP, er sikre på at de kan anvende KBP på en tidseffektiv måte, og er sikre på at de har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP. *Tro på at KBP tar tid og er vanskelig* innbefatter påstandene om at respondenten tror KBP tar for mye tid og at KBP er vanskelig.

KBP holdnings- og atferdsskala ble utviklet på bakgrunn av Prochaskas endringsmodell, implementeringsmodellen ARCC (Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration), litteraturgjennomgang samt tidligere utarbeidede holdningsskalaer (Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, 2008).

Prochaskas endringsmodell beskriver endring i atferd som en prosess som skjer over tid gjennom en sekvens av stadier (Prochaska & Velicer, 1997). Disse stadiene omtales som 1) føroverveielse, 2) overveielse, 3) forberedelsesfasen, 4) handlingsfasen, 5) vedlikeholdsfasen og 6) avslutningsfasen (Barth, Børtveit & Prescott, 2003, s. 77; Prochaska & Velicer, 1997). I modellens tre første stadier går individet fra å være lite oppmerksom på egen atferd og ikke ha planer om å endre den, til å vurdere å endre atferd for så å ta en beslutning om endring. I modellens tre siste stadier vil individer gjennomføre konkrete endringer, og aktivt jobbe for å forebygge tilbakefall til endringen er forankret i ny atferd og individet ikke fristes til å gå tilbake til gammel vane (Barth, Børtveit & Prescott, 2003, s. 77-91; Prochaska & Velicer, 1997). For å bevege seg mellom de tidlige stadiene i modellen benyttes kognitive, affektive og evaluerende prosesser. I de siste stadiene er man imidlertid mer avhengig av atferdsmessige prosesser som kontroll over miljø og uforutsette hendelser, forpliktelser og sosial støtte. Individer vil befinne seg på ulike stadier. I følge Prochaskas endringsmodell vil stadiebaserte intervensjoner som tar utgangspunkt i spesifikke prosesser og prinsipper for endring på de ulike stadiene ha best effekt ved endring av atferd (Prochaska & Velicer, 1997).

ARCC er en implementeringsmodell for KBP som implementerer strategier for å fjerne barrierer slik at KBP kan implementeres på systemnivå (Melnyk, Fineout-Overholt &

Mays, 2008). Første steg i modellen er å vurdere hvor mottakelig organisasjonen er for KBP, identifisere hemmende og fremmende faktorer og utarbeide en plan for å overkomme barrierer. Deretter utdannes mentorer, eller veiledere i KBP (Melnyk et al., 2010b; Wallen et al., 2010). En mentor bistår med implementering av kunnskapsbaserte prosjekter ved å assistere sykepleiere og andre klinikere med kunnskap og ferdigheter i KBP. I tillegg implementerer de strategier for å overkomme barrierer og bygge en kultur for KBP (Melnyk et al., 2010b; Levin et al., 2011).

Spørreskjemaene KBP holdnings- og implementeringsskala er valgt fordi de bygger på internasjonale validerte skjema som vurderer holdning og atferd relatert til KBP. Som tidligere nevnt fant Shaneyfelt et al. (2006) ingen tilfredsstillende validerte instrumenter som vurderte holdning til KBP. I ettertid har Melnyk, Fineout-Overholt og Mays (2008) publisert EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale (Vedlegg 5 og 6). Skjemaene er oversatt til norsk i tråd med WHO (2010) sine prinsipper om frem- og tilbakeoversettelse av skjema. Oversettelsen er utført av stipendiat Nina Rydland Olsen ved Senter for KBP i nært samarbeid med de amerikanske forfatterne (ikke publisert).

I internasjonale studier er EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale beskrevet med høy reliabilitet (Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, 2008; Varnell et al., 2008; Estrada, 2009; Melnyk et al., 2010a; Melnyk et al., 2010b; Wallen et al., 2010; Levin et al., 2011). Reliabilitet av et måleinstrument handler om hvor nøyaktig målingen er, og defineres av Polit og Beck (2008, s. 764) som "the degree of consistency or dependability with which an instrument measures an attribute". Reliabilitet er knyttet til et instruments stabilitet og indre konsistens. Et instruments stabilitet sier i hvilken grad samme resultat oppnås hvis målingen gjentas, mens indre konsistens angir i hvilken grad instrumentets ulike påstander måler samme fenomen (Polit & Beck, 2008, s. 453 og s. 455). Reliabilitet er ingen fast egenskap ved instrumentet, men en egenskap ved instrumentet når det er administrert til et gitt utvalg under gitte betingelser (Polit & Beck, 2008 s. 456). Utvalgene i studiene som har benyttet EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale har bestått av sykepleiere i klinisk praksis. Studien vår har imidlertid et tverrfaglig utvalg bestående av helse- og sosialarbeidere fra klinisk praksis og lærere ved høyskoler. KBP holdnings- og implementeringsskalaens indre konsistens ble derfor målt ved Cronbach's alfa.

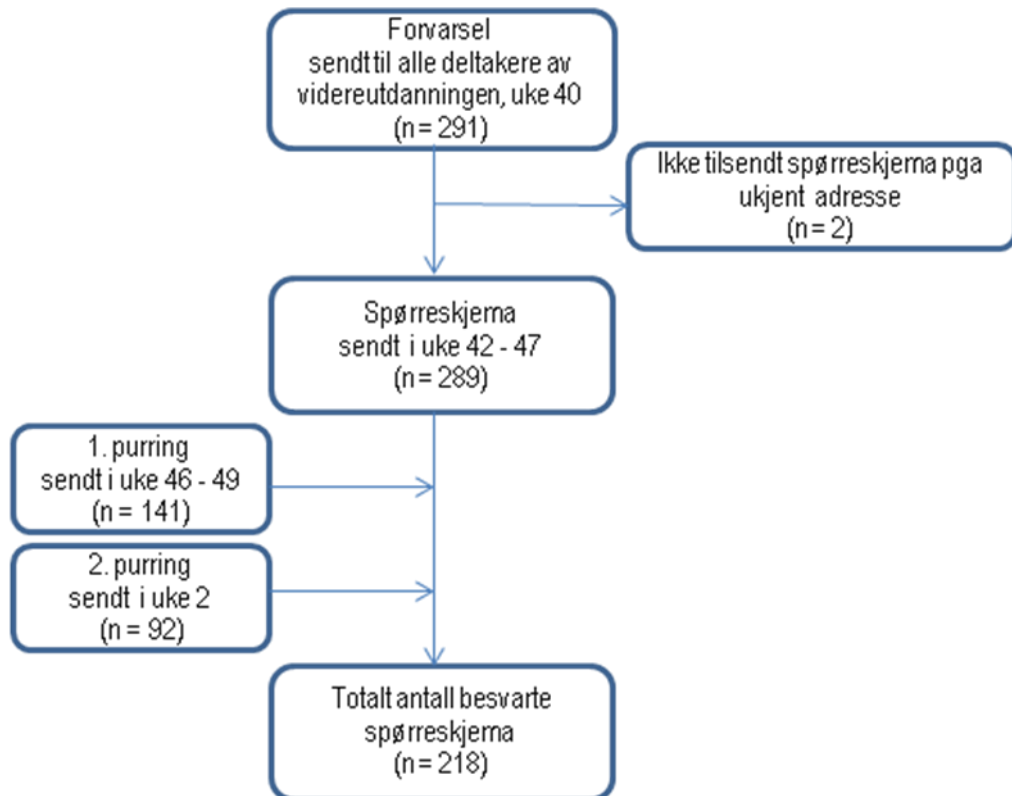
Melnyk, Fineout-Overholt & Mays (2008) har validert EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale. Validitet handler om i hvilken grad et måleinstrument måler det som det er ment å måle (Polit & Beck, 2008 s. 768). Det finnes ulike typer validitet, og Polit og Beck (2008, s. 458-461) skiller mellom face validitet, innholdsvaliditet, kriterie-relatert validitet og begrepsvaliditet. Face validitet vurderer graden et instrument ser ut til å måle det som er ment å måles, mens innholdsvaliditet angir i hvilken grad instrumentets påstander tilfredsstillende dekker innholdet i begrepet som måles. Kriterie-relatert validitet er knyttet til i hvilken grad instrumentet samsvarer med andre kriterier på området, mens begrepsvaliditet er relatert til i hvilken grad instrumentet tilfredsstillende måler den teoretiske forståelsen av studiens abstrakte begrep (Polit & Beck, 2008 s. 461). For skalaene EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale er kriterie-relatert validitet og begrepsvaliditet beskrevet (Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, 2008). Med faktoranalyse, høye Cronbach's alfa verdier og korrelasjonsanalyser av ulike subgrupper viste Melnyk, Fineout-Overholt & Mays (2008) at et ensidig begrep ble målt for hver skala. Den norske versjonen av instrumentet er ikke validert.

2.4 Datainnsamlingsmetode

En spørreundersøkelse ble gjennomført i tråd med resultater fra Edwards et al. (2009) sin systematiske oversiktsartikkel som omhandler metoder for å øke svarprosenten ved postale og elektroniske spørreskjema. Eksamenskontoret ved Høgskolen i Bergen oppga navn og adresse til alle som hadde bestått 15 studiepoeng eksamen ved videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert".

I begynnelsen av oktober 2010 ble et forvarsel om studien sendt til adressen oppgitt av eksamenskontoret. I et kort informasjonsbrev fikk deltakerne opplyst at Senter for kunnskapsbasert praksis ønsket å gjennomføre en spørreundersøkelse for å kartlegge holdninger og atferd relatert til KBP hos tidligere deltakere av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" (Vedlegg 7). Det ble også informert om at de som deltok i spørreundersøkelsen ville være med i en trekning av 15 fagbøker. Brevet var påført høgskolens logo og signert prosjektleder.

Av 291 utsendte forvarsler kom 31 brev i retur på grunn av ukjent adresse. Ny adresse til disse deltakerne ble funnet på opplysningen 1881 og folkeregisteret, og nye forvarsler ble sendt. To adresser var imidlertid ikke mulig å spore, og to av deltakerne fikk dermed ikke tilsendt spørreskjema. Totalt 289 spørreskjema ble sendt ut (Figur 1).



Figur 1. Oversikt over postutsendelsen og deltakelsen i studien.

To uker etter forvarselet ble spørreskjemaene KBP holdnings- og implementeringsskala sendt ut sammen med et bakgrunnsskjema, en forespørsel om deltakelse i studien og en frankert svarkonvolutt (Vedlegg 2 - 4 og 8). På grunn av sen postgang og adresseoppsporing ble skjemaene sendt ut i løpet av en fem ukers periode.

Det ble sendt inntil to purringer (Vedlegg 9 og 10). Første purring ble sendt til deltakere som ikke hadde returnerte spørreskjemaene innen fire uker. Andre purring ble sendt 14 uker etter forvarselet. Begge purringene ble sendt sammen med nye spørreskjema og nye frankerte svarconvolutter.

I uke 51 ble 15 tilfeldige deltakere trukket ut ved loddtrekning. Disse deltakerne fikk tilsendt Trisha Greenhalgh (2006) sin bok "How to read a paper" som takk for deltakelse i studien (Vedlegg 11).

Spørreskjemaene var anonymisert, men påført et femsifret nummer. En medhjelper hadde tilgang til en koblingsnøkkel under postutsendelsen. Koblingen mellom skjema og person var nødvendig for å kunne gjennomføre purringene. For å sikre deltakernes konfidensialitet ble to protokoller for postutsendelsen opprettet. Utsendelse og retur av forvarsel samt utsendelse av første spørreskjema, ble registrert på deltakernes navn. Innkomne skjema samt tidspunkt for utsendelse og retur av purringene, ble registrert på skjemaenes femsifrede numre. I praksis var det jeg som sendte ut forvarslene, nummererte spørreskjemaene og satt adresselappene på ved første skjema utsendelse. Videre registrerte jeg innkomne skjema. Ved purringene nummererte jeg spørreskjemaene, mens en medhjelper som hadde tilgang til koblingsnøkkelen satt adresselappene på convoluttene. Ved å gjennomføre datasamlingen på denne måten var jeg blindet for hvem som hadde besvart og returnert spørreskjemaene.

2.5 Databehandling og statistisk analyse

For analyse av data er det brukt SPSS (Statistical Package for Social Science), versjon 17. Etter inntasting ble samtlige skjema kontrollert for tastefeil. Før dataene ble analysert ble verdiene for de negativt formulerte spørsmålene på KBP holdningsskala reversert. Spørsmål som ikke var besvart ble registrert som "missing". I analysen ble "exclude cases pairwise" benyttet ved manglende svarverdi. Med dette ble personer ekskludert fra analysen hvis de manglet nødvendige data for den gitte analysen.

Studien undersøkte holdning til KBP hos samtlige deltakere av videreutdanningen (n=218). Videre ble det sett på holdning til KBP hos deltakere med en helsefaglig bakgrunn som jobbet i praksis eller var ansatt ved høgskole/universitet. Under

variabelen ”helse- og sosialarbeidere” (n=156) ble personer med helsefaglig bakgrunn som jobbet ved sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien, bedriftshelsetjenesten, kommunen, privat praksis, bofellesskap, habiliteringstjenesten, NAV, og en grossist med pasientkontakt inkludert. Under variabelen ”lærere” (n=52) ble lærere, stipendiater og ledere med helsefaglig bakgrunn som jobbet ved en høgskole/universitet inkludert. Deltakere av videreutdanningen som ikke hadde en helsefaglig bakgrunn, og helse- og sosialarbeidere som ikke jobbet i et helseforetak eller hadde pasientkontakt (n=10) ble dermed ikke tatt med i disse analysene. Ved undersøkelse av deltakernes aktivitet relatert til KBP ble det kun gjennomført analyser for deltakere av videreutdanningen som var i arbeid og hadde pasientkontakt (n=137).

Deskriptiv statistikk ble benyttet for å gi summariske mål for sentralitet og spredning av bakgrunnsvariabler og for de ulike påstandene på KBP holdnings- og implementeringsskala. Frekvensanalyser med antall (n) og % ble brukt for kategoriske data, og gjennomsnitt (mean), standardavvik (SD), median samt variasjonsbredde ble brukt for kontinuerlige variabler.

Induktiv statistikk ble anvendt for å kunne si noe om den populasjonen vi tenker dataene representerer. For å undersøke forskjell i andel lærere og helse- og sosialarbeidere som skåret ”enig” eller ”svært enig” på holdningsskalaens 16 påstander ble Kji-kvadrat test benyttet. Der forventet antall i hver celle var for lite for denne testen ble det benyttet Fischer’s exact sig.test. T-test og variansanalysen one-way ANOVA ble brukt for å undersøke forskjell i gjennomsnittlig skåre mellom uavhengige grupper. Alle tester var 2-sidige. Dette er parametriske tester som analyserer forskjell i mean mellom ulike grupper og som benyttes hvis materialet ikke er for skjevfordelt. Skjevfordeling ble i forkant vurdert ved å se på normalfordelingskurve og på forskjellen mellom mean og median. Forutsetninger for testene er normalfordelte data innen hver gruppe, uavhengige observasjoner og lik varians innen hver gruppe. Når det ikke var lik varians i gruppene, det vil si der Levene’s test for homogenitet av varians var $<0,05$, ble det benyttet Welchs test (Pallant, 2010, s. 253).

T-test for uavhengige grupper ble brukt for å undersøke forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for grupper i materialet definert av dikotome variabler, som blant annet

deltakelse i kunnskapsbasert nettverk. Den ble også benyttet for å teste forskjell i skåringen for lærerne og helse- og sosialarbeiderne.

Variansanalysen one-way ANOVA ble benyttet for å teste forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for uavhengige grupper i materialet definert av kategoriske variabler med mer enn 2 nivå, som helsefaglig bakgrunn, utdanningsnivå, arbeidssted, og type stilling. Post-hoc sammenligning ved Tukey HSD Test ble brukt for å utforske forskjellene i hver gruppe og kontrollere for Type 1 feil. Post-hoc sammenligning beskytter mot muligheten for Type 1 feil når det gjøres flere sammenligninger samtidig (Pallant, 2010, s. 209).

Pearsons korrelasjonskoeffisient ble brukt for å undersøke en mulig lineær samvariasjon mellom variabler på kontinuerlig nivå. En korrelasjonskoeffisient kan variere mellom +1 som er en perfekt positiv korrelasjon, og -1 som er en perfekt negativ korrelasjon. En korrelasjonsverdi som er signifikant forskjellig fra 0 viser at det er samvariasjon mellom variablene (Polit & Beck, 2008, s. 453).

Multipel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilken effekt alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk hadde på KBP holdnings- og atferdsskåre. Formålet med analysen var å undersøke forklaringsvariablenes prediksjon på de avhengige variablene, og justere for konfundering variabler (Altman, 1991).

For samtlige analyser ble signifikansnivået satt til 0,05. En p-verdi som er mindre enn 0,05 sier at muligheten for at resultatet er framkommet ved en tilfeldighet er mindre enn 5 %.

2.6 Etikk og personvern

Studien ble klarert av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (Vedlegg 12 - 15). Undersøkelsen var frivillig, og retur av spørreskjema var samtykke til deltakelse i studien. Alle opplysningene som fremkom i studien ble behandlet konfidensielt.

Opplysningene fra skjemaene ble anonymisert, men de kan indirekte identifiseres via en koblingsnøkkel. Innsamlete data vil bli lagret på PC til Senter for KBP avslutter sin

evaluering av videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” 2. januar 2020. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert og navnelisten slettet eller grovkategorisert på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Senter for KBP har initiert og finansiert dette prosjektet.

3 RESULTATER

Av 289 utsendte spørreskjema ble 218 spørreskjema besvart og returnert. Dette utgjør en svarprosent på 75,4 %. I denne studien var Cronbach's alfa for KBP holdningsskala 0,86. For KBP implementeringsskala var Cronbach's alfa 0,87.

3.1 Beskrivelse av bakgrunnsvariabler

Utvalget (n = 218) besto av 203 kvinner og 15 menn. Gjennomsnittsalderen var 45,7 år. Deltakerne var sykepleiere (n= 165), fysioterapeuter (n=19), radiografer (n=11), ergoterapeuter (n=10), sosionomer (n=3), vernepleiere (n=3) og bioingeniør (n=1). Totalt var det gjennomsnittlig 20,7 år siden deltakerne avsluttet sin grunnutdanning. Seks av deltakerne hadde ingen helsefaglig bakgrunn (Tabell 2).

Det var 83,9 % som hadde en formell utdanning utover videreutdanningen i kunnskapsbasert praksis. Mer enn halvparten hadde en videreutdanning som høyeste utdanningsnivå (56,9 %) og en fjerdedel hadde mastergrad (25,7 %). Blant deltakere med videreutdanning var det flest som hadde en helsefaglig videreutdanning (n=103). Det var også deltakere med videreutdanning innen administrasjon og ledelse (n=15) og pedagogikk (n=17). Flere av deltakerne hadde mer enn en videreutdanning.

Halvparten av deltakerne jobbet ved et universitetssykehus (n=109), og en fjerdedel jobbet ved en høgskole (n=56). Utover dette arbeidet deltakerne ved lokalsykehus (n=16), på sykehjem (n=16), i hjemmesykepleien (n=2), på universitet (n=1) eller de hadde en annen arbeidsplass (n=18). Deltakere som oppga at de hadde en annen arbeidsplass jobbet blant annet i kommunen, bedriftshelsetjenesten, privat praksis, NAV, bofellesskap, hadde ulike kombinasjonsstillinger eller var uten arbeid.

Deltakerne hadde gjennomsnittlig arbeidet i sin nåværende jobb i 11,8 år. Det var omtrent like mange som hadde en vanlig klinisk stilling (n=49) som det var spesialsykeleiere/spesialister (n= 42), og nesten like mange som hadde ansvar for fagutvikling (n=46) som det var lærere ved høgskole/universitet (n=47). Noen av deltakerne oppga at de hadde en annen stilling (n=35) som blant annet stipendiat, bibliotekar, prosjektleder/koordinator, bedriftssykepleier, rådgiver, salgskonsulent,

instruktør eller de var i permisjon. Noen av deltakerne hadde en kombinasjon av to eller flere stillinger (n=30).

Tabell 2. Demografiske variabler for utvalget (n=218).

Demografiske variabler	n (%)	Gjennomsnitt (SD)	Median (min-maks)
Kjønn			
Menn	15 (6,9)		
Kvinner	203 (93,1)		
Helsefaglig bakgrunn			
Sykepleier	165 (75,7)		
Fysioterapeut	19 (8,7)		
Radiograf	11 (5,0)		
Ergoterapeut	10 (4,6)		
Sosionom	3 (1,4)		
Vernepleier	3 (1,4)		
Annen*	7 (3,2)		
Alder		45,7 (9)	46,5 (27 – 63)
Antall år siden grunnutdanning		20,7 (9,9)	21 (2 – 40)
Utdanning utover videreutdanning i KBP			
Ja	183 (83,9)		
Nei	35 (16,1)		
Høyeste utdanningsnivå			
Grunnutdanning	35 (16,1)		
Videreutdanning	124 (56,9)		
Mastergrad	56 (25,7)		
Doktorgrad	3 (1,4)		
Antall år siden videreutdanning i KBP		2,6 (1,6)	2 (0 – 6)
Arbeidssted			
Universitetssykehus	109 (50)		
Lokalsykehus	16 (7,3)		
Sykehjem	16 (7,3)		
Hjemmesykepleie	2 (0,9)		
Høgskole	56 (25,7)		
Universitet	1 (0,5)		
Annet	18 (8,3)		
Type stilling, n (%)			
Vanlig klinisk stilling	49 (22,5)		
Ansvar fagutvikling	46 (21,1)		
Spesialsykepleier / spesialist	42 (19,3)		
Lærer høgskole / universitet	47 (21,6)		
Leder	29 (13,3)		
Annen stilling	35 (16,1)		
Stillingsstørrelse			
Fulltid	169 (77,5)		
Deltid	40 (18,3)		
Missing	9 (4,1)		
Pasientkontakt			
Ja	137 (62,8)		
Nei	78 (35,8)		
Missing	3 (1,4)		
Antall år i nåværende jobb		11,6 (8,5)	10 (0 – 36)

* Annen bakgrunn består av bioingeniør (n=1), fysiker (n=1), bibliotekar (n=4), og ikke oppgitt (n=1)

Omtrent en tredjedel av deltakerne (34,4 %) deltok i et kunnskapsbasert nettverk/en kunnskapsbasert arbeidsgruppe (Tabell 3). Blant deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk var det et flertall som deltok i fagprosedyregruppe (n=28) eller i et annet nettverk (n=36). Som annet nettverk oppga deltakerne blant annet prosjektarbeid, kvalitetsutvalg, undervisning, emnegruppe, arbeidsgruppe, koordinatorfunksjon eller studentarbeid. Noen oppga at de deltok i mer enn ett kunnskapsbaserte nettverk (n=17).

Tabell 3. Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk for utvalget (n=218).

Kunnskapsbasert nettverk	n (%)
Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk	
Ja	75 (34,4)
Nei	140 (64,2)
Missing	3 (1,4)
Type nettverk	
Fagring	12 (5,5)
Lesegruppe	12 (5,5)
Fagprosedyregruppe	28 (12,8)
Artikkelskrivegruppe	8 (3,7)
Annet nettverk	36 (16,5)

3.2 Holdning til KBP

Gjennomsnittlig skåre på KBP holdningsskala var 61,1 (SD=6,8), med en spredning fra 35 – 77 (Tabell 5).

Tabell 4 viser en oversikt over andel deltakere som har svart ”enig” eller ”svært enig” på de ulike påstandene på KBP holdningsskala. En rangering viser at de fleste var enige eller svært enige i at de kjente til trinnene i KBP (98,2 %), at kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap var et viktig trinn i KBP (96, 8 %) og at retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis (92,2 %).

Omtrent halvparten av deltakerne (51,8 %) mente at deres praksis var kunnskapsbasert. Det var 49,5 % som sa seg enig eller svært enig i at de vet hvordan KBP tidseffektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis og 42,7 % som sa at de var sikre på hvordan

KBP kan anvendes på en tidseffektiv måte. Det var 21,1 % som var enig eller svært enig i at KBP tar for mye tid og 15,1 % som var enig eller svært enig i at KBP var vanskelig.

Tabell 4. Deltakere (n=218) som har besvart ”enig” eller ”svært enig” på KBP holdningsskala.

Items	Enig eller svært enig	
	n	%
1. Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	184	84,4
2. Jeg kjenner til trinnene i KBP	214	98,2
3. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP	184	84,4
4. Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP	211	96,8
5. Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis.	201	92,2
6. Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte	126	57,8
7. Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP	169	77,5
8. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte	93	42,7
9. Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter	172	78,9
10. Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis	93	42,7
11. Jeg tror KBP tar for mye tid	46	21,1
12. Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP	114	52,3
13. Jeg tror KBP er vanskelig	33	15,1
14. Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis	108	49,5
15. Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid	124	56,9
16. Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert	113	51,8

Estrada (2007) identifiserte holdepunkter for fire undergrupper av KBP holdningsskala. Undergruppen som handler om *tro på kunnskap* har fem påstander, og mulige skåre for denne undergruppen kan variere innenfor 5 – 25. Undergruppen som handler om *tro på verdien av KBP* har også fem påstander, og mulige skåre kan variere innenfor 5 – 25. Undergruppen som handler om *tro på ressurser* har fire påstander og mulige skåre kan variere innenfor 4 – 20. Undergruppen *tro på at KBP er vanskelig og tar tid* har to påstander og mulige skåre kan variere innenfor 2 – 10. Gjennomsnittsverdien for hver undergruppe ble beregnet. For å vurdere undergruppens indre konsistens ble også Cronbach’s alfa målt for hver undergruppe (Tabell 5).

Undergruppen av spørsmål som inneholdt påstander som handlet om verdien av KBP hadde høyest gjennomsnittsverdi (Tabell 5).

Tabell 5. Gjennomsnittlig holdningsskåre og Cronbach's alfa for KBP holdningsskala og KBP holdningsskalaens fire undergrupper.

Holdning	n	Missing	Gj.snitt(SD)	Median	Cronbach's
Total holdningsskala	189	29	61,2 (7)	61	0,86
Undergrupper:					
Tro på kunnskap	209	9	19,1 (2,7)	19	0,77
Tro på verdien av KBP	203	15	20,7 (2)	21	0,61
Tro på ressurser	207	11	14,4 (2,4)	14	0,76
Tro på at KBP er vanskelig og tar tid (omv.)	218	0	6,8 (1,8)	7	0,54

3.2.1 Holdning til KBP og helsefaglig bakgrunn

Forholdet mellom holdning til KBP og helsefaglig bakgrunn ble undersøkt med variansanalysen one-way ANOVA. For analysen ble sykepleiere og fysioterapeuter analysert som egne grupper, mens radiografer (n=11), ergoterapeuter (n= 10), sosionomer (n=3), vernepleiere (n=3), og bioingeniør (n=1) ble analysert sammen under verdien ”annen helsefaglig bakgrunn”. Sammenlasingen ble gjort for å opprettholde deltakernes anonymitet.

Det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for sykepleiere og fysioterapeuter ($p=0,03$) (Tabell 6). Gjennomsnittlig holdningsskåre for deltakere med annen helsefaglig bakgrunn ($\bar{x}= 62,2$) var ikke statistisk signifikant forskjellig fra gjennomsnittlig holdningsskåre for sykepleierne ($\bar{x}= 60,5$) og fysioterapeutene ($\bar{x}=65,7$).

3.2.2 Holdning til KBP og utdanning

One-way ANOVA ble også benyttet for å undersøke forholdet mellom holdning og utdanningsnivå. For analysen ble deltakere med doktorgrad (n=3) analysert sammen med deltakere som hadde en mastergrad. Videre ble Pearsons korrelasjon brukt for å undersøke sammenheng mellom holdning til KBP og antall år siden deltakerne hadde tatt sin grunnutdanning, antall år siden de hadde tatt videreutdanning i KBP og alder.

One-way ANOVA viste at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og utdanningsnivå ($p<0,0001$) (Tabell 6). Post-hoc sammenlasing indikerte at gjennomsnittlig holdningsskåre for deltakere med master ($\bar{x}= 64,9$) var

statistisk signifikant høyere enn gjennomsnittlig skåre for deltakere med videreutdanning ($\bar{x}=59,6$) og grunntutdanning ($\bar{x}=60,8$). Det var ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for deltakere med grunntutdanning og videreutdanning.

Korrelasjonsanalysen Pearsons r indikerte en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom alder og holdning til KBP ($r=0,14$, $p=0,05$). Det var en statistisk signifikant negativ korrelasjon mellom antall år siden grunntutdanningen og holdning til KBP ($r=-0,15$, $p=0,05$). Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom antall år siden deltakerne hadde tatt eksamen på videreutdanningen i KBP og holdning til KBP ($r=-0,12$, $p=0,09$).

3.2.3 Holdning til KBP og arbeidssituasjon

For å undersøke forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre avhengig av arbeidssted og type stilling ble det også benyttet one-way ANOVA. For analysen ble deltakere som jobbet i hjemmesykepleien ($n=2$) gruppert under "annet arbeidssted", og deltakere som jobbet på universitetet ($n=1$) gruppert under "høgskole". Videre ble deltakere som hadde en kombinasjonsstilling, det vil si mer enn en stilling ($n=30$), analysert der de hadde sin høyeste stillingsprosent. Unntaket var deltakere med ansvar for fagutvikling som ble analysert under fagutvikling, uansett annen stilling og stillingsprosent.

One-way ANOVA viste at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og arbeidsplass ($p<0,0001$) (Tabell 6). Post-hoc sammenligning indikerte at deltakere som jobbet ved høgskoler ($\bar{x}=64,6$) hadde en statistisk signifikant høyere gjennomsnittlig holdningsskåre enn deltakere som jobbet ved universitetssykehus ($\bar{x}=60,2$). Det var ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for deltakere som jobbet ved lokalsykehus, sykehjem, eller annet arbeidssted.

One way ANOVA indikerte også at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og type stilling ($P=0,03$) (Tabell 6). Post-hoc sammenligning indikerte at lærere ($\bar{x}=64,4$) hadde en signifikant høyere gjennomsnittlig holdningsskåre enn deltakere som hadde ansvar for fagutvikling ($\bar{x}=59,6$).

Sammenheng mellom holdning til KBP og stillingsprosent, samt holdning til KBP og ansiennitet i nåværende jobb ble undersøkt med korrelasjonsanalysen Pearsons r. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom holdning til KBP og deltakernes stillingsprosent ($r=0,13$, $p=0,08$), eller antall år i nåværende jobb ($r=0,11$, $p=0,13$).

Tabell 6. Gjennomsnittlig skåre KBP holdningsskala og helsefaglig bakgrunn, utdanningsnivå, arbeidssted og type stilling for deltakere av videreutdanningen ($n=218$).

	n	Gjennomsnitt	KI (95 %)	Min.maks	P*
Helsefaglig bakgrunn					0,03
Sykepleier	145	60,5	59,4 – 61,7	35 – 75	
Fysioterapeut	17	65,7	62,5 – 68,9	51 – 76	
Annen	22	62,2	58,4 – 65,9	48 – 77	
Utdanningsnivå					<0,0001
Grunnutdanning	35	60,8	58,9 – 62,6	49 - 68	
Videreutdanning	103	59,6	58,2 – 61,0	35 - 75	
Mastergrad	51	64,9	63,1 – 66,7	50 - 77	
Arbeidssted					<0,0001
Universitetssykehus	92	60,2	58,7 – 61,7	35 – 75	
Lokalsykehus	16	59,4	56,3 – 62,4	48 - 67	
Sykehjem	15	60,3	55,8 – 64,8	45 - 75	
Høgskole	49	64,6	62,7 – 66,4	50 - 77	
Annet arbeidssted	17	59,8	57,0 – 62,5	50 - 70	
Type stilling					0,03
Klinisk stilling	39	59,9	58 – 62	48 – 69	
Ansvar fagutvikling	41	59,6	57,6 – 61,5	48 – 71	
Spesialsykepleier / spesialist	28	60,5	56,9 – 64	35 – 75	
Lærer	40	64,4	62,4 – 66,3	50 – 77	
Leder	22	62,2	58,7 – 65,6	45 – 75	
Annen stilling	19	60,8	57,9 – 63,7	54 – 76	

* Forskjell mellom gruppene er analysert med one-way ANOVA

3.2.4 Holdning til KBP og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk

Forholdet mellom deltakelse i kunnskapsbasert nettverk og holdning til KBP ble undersøkt med t-test. Deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk ($\bar{x}=63$ $SD=6,6$) hadde en statistisk signifikant høyere gjennomsnittlig holdningsskåre enn deltakere som ikke deltok i et kunnskapsbasert nettverk ($\bar{x}=60,2$ $SD=7,1$), ($p = 0,01$).

3.2.5 Holdning til KBP justert for ulike bakgrunnsvariabler

Multipel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hvilken effekt alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk hadde på holdningsskåre (Tabell 7).

Justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk utpekte regresjonsanalysen deltakelse i kunnskapsbasert nettverk med en statistisk signifikant overall p-verdi ($p=0,04$). For variabelen ”utdanningsnivå” indikerte regresjonsanalysen en statistisk signifikant forskjell mellom mastergrad og videreutdanning ($p=0,03$).

Tabell 7. KBP holdningsskala justert for utdanning, arbeidssted, deltakelse i kunnskapsbasert nettverk og alder for deltakere av videreutdanningen ($n=218$), multipel regresjonsanalyse.

Parameter	B	KI (95 %)	p	Overall test p
Utdanningsnivå				0,06
Grunnutdanning	-2,89	-7,4 – 1,6	0,2	
Videreutdanning	-4,34	-8,1 – -0,5	0,03	
Mastergrad	0			
Arbeidssted				1
Universitetssykehus	0,57	-3 – 4,1	0,8	
Lokalsykehus	-0,02	-4,7 – 4,6	1	
Sykehjem	-0,10	-4,9 – 4,7	1	
Høgskole	1,20	-3,5 – 5,9	0,6	
Annet	0			
Deltakelse KBP nettverk				0,04
Ja	2,16	0,1 – 4,2	0,04	
Nei	0			
Alder	0,01	-0,1 – 0,1	0,8	0,8

3.2.6 Holdning til KBP for lærere og helse- og sosialarbeidere

Forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for lærere ved høgskoler og helse- og sosialarbeidere i praksis ble undersøkt ved t-test. Lærerne ved høgskoler ($\bar{x}=64,8$ SD = 6,5) hadde en signifikant høyere holdningsskåre enn helse- og sosialarbeiderne ($\bar{x}=60,1$ SD=6,9) ($p<0,0001$).

Tabell 8 viser en oversikt over andel lærere og helse- og sosialarbeidere som har svart ”enig” eller ”svært enig” på de ulike påstandene på KBP holdningsskala. Det var en statistisk signifikant høyere andel lærere som oppga at de var enige eller svært enige på utsagn som handlet om at deres praksis var kunnskapsbasert, at de var trygge på å anvende KBP i sitt arbeid, at de var sikre på å ha tilgang til de beste ressurser for å anvende KBP, og at de mente de kunne søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte. Det var derimot en statistisk signifikant høyere andel helse- og sosialarbeidere som oppga at de var enig eller svært enig i at KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling, og at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltakene de ga til sine pasienter.

Tabell 8. Andel lærere (n=52) og helse- og sosialarbeidere (n=156) som har svart ”enig” eller ”svært enig” på KBP holdningsskala.

	”Enig” eller ”svært enig”				Sig. (2-tailed) P
	Helse- og sosialarbeidere		Lærere		
	n/N*	%	n/N	%	
1. Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	139/153	90,8	37/51	72,5	0,002
2. Jeg kjenner til trinnene i KBP.	153/154	99,4	51/51	100	1,0
3. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP.	126/154	81,8	48/51	94,1	0,06
4. Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP.	151/154	98,1	51/52	98,1	1,0
5. Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis.	146/153	95,4	47/52	90,4	0,3
6. Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte.	77/153	50,3	42/52	80,8	<0,0001
7. Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP.	115/153	75,2	46/51	90,2	0,04
8. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte.	58/152	38,2	30/51	58,8	0,02
9. Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pas.	134/154	87	34/49	69,4	0,009
10. Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis.	65/154	42,2	25/50	50	0,4
11. Jeg tror KBP tar for mye tid.	35/152	22,4	9/51	17,3	0,4
12. Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP.	67/152	44,1	40/52	76,9	<0,0001
13. Jeg tror KBP er vanskelig.	27/155	17,3	5/52	9,6	0,2
14. Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis.	78/154	50,6	25/51	49	1,0
15. Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid.	75/155	48,4	41/50	82	<0,0001
16. Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert.	66/155	42,6	42/49	85,7	<0,0001

*n = Antall deltakere som har svart ”enig” eller ”svært enig”, N = Totalt antall deltakere som har svart på spørsmålet

For å se hvordan lærerne og helse- og sosialarbeiderne fordelte seg på KBP holdningsskalaens fire undergrupper ble det beregnet gjennomsnittsverdi for hver undergruppe (Tabell 9). T-test ble brukt for å undersøke forskjell i gjennomsnittsverdi for de ulike undergruppene for lærerne og helse- og sosialarbeiderne. T-test indikerte at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig skåre for holdningsskalaens undergruppe som handlet om kunnskap ($p < 0,0001$), og undergruppen som handlet om ressurser ($p < 0,0001$).

Tabell 9. Gjennomsnittlig holdningsskåre for KBP holdningsskala og dens fire undergrupper for helse- og sosialarbeidere ($n=156$) og lærere ($n=52$).

Holdning	Lærere		Helse- og sosialarbeidere		P*
	n	Gj.snitt (SD)	n	Gj.snitt (SD)	
KBP holdningsskala	45	64,8 (6,5)	138	60,1 (6,9)	< 0,0001
Undergrupper:					
Tro på kunnskap	48	20,3 (2,4)	151	18,7 (2,7)	< 0,0001
Tro på verdien av KBP	13	21 (1,7)	149	20,7 (2,1)	0,2
Tro på ressurser	14	15,9 (2,2)	147	13,9 (2,3)	<0,0001
Tro på at KBP er vanskelig og tar tid (omv.)	52	7 (1,6)	156	6,7 (1,9)	0,3

* Forskjell mellom gruppene er analysert med T-test

Forskjell i holdningsskåre for lærerne og helse- og sosialarbeiderne ble også undersøkt i forhold til helsefaglig bakgrunn, deltakelse i kunnskapsbasert nettverk, utdanningsnivå, alder, stillingsprosent og ansiennitet i nåværende jobb.

Holdning og helsefaglig bakgrunn

Blant lærerne var det 32 sykepleiere, 7 fysioterapeuter, og 13 med en annen helsefaglig bakgrunn. Blant helse- og sosialarbeiderne var det 130 sykepleiere, 12 fysioterapeuter og 14 med en annen helsefaglig bakgrunn. For å undersøke forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og helsefaglig bakgrunn ble fysioterapeuter analysert sammen med

deltakere med en annen helsefaglig bakgrunn. Dette ble gjort på grunn av det lave antallet fysioterapeuter blant lærerne.

T-test viste at det blant lærerne var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for sykepleiere og deltakere med annen helsefaglig bakgrunn (Tabell 10). Lærere med annen helsefaglig bakgrunn hadde høyest gjennomsnittlig holdningsskåre. Blant lærerne med annen helsefaglig bakgrunn skilte gjennomsnittsverdien for fysioterapeutene ($\bar{x}=69,1$) og ergoterapeutene ($\bar{x}=68,4$) seg ut, men på grunn av lavt antall deltakere i hver gruppe ble ikke disse verdiene testet. Differansen i gjennomsnittlig holdningsskåre og helsefaglig bakgrunn var større for lærerne (Mean diff.= -4,5) enn for helse- og sosialarbeiderne (Mean diff= -1,3).

Utdanningsnivå

Blant lærerne var det 46 som hadde master/doktorgrad (94,2 %). Blant helse- og sosialarbeiderne var det ni som hadde mastergrad (5,8 %), 115 som hadde videreutdanning og 32 som hadde grunnutdanning som høyeste utdanningsnivå.

Forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og utdanningsnivå for helse- og sosialarbeidere ble undersøkt med ANOVA. For lærerne var det ikke mulig å teste forskjellen i gjennomsnittlig holdningsskåre og utdanningsnivå. Det var kun en lærer som hadde grunnutdanning og to som hadde videreutdanning som høyeste utdanningsnivå. En t-test ble imidlertid gjennomført for å undersøke forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for lærere og helse- og sosialarbeidere med mastergrad.

Variansanalysen one-way ANOVA indikerte en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for helse- og sosialarbeidere og utdanningsnivå ($p = 0,04$). Post-hoc sammenligning viste at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for helse- og sosialarbeidere som hadde en mastergrad ($\bar{x}=65,8$ KI=61,2 - 70,3) og videreutdanning ($\bar{x}=59,5$ KI=58,1 - 60,9), men ikke for helse- og sosialarbeidere med grunnutdanning ($\bar{x}=60,6$ KI=58,6 - 62,6). Det var imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for lærere og helse- og sosialarbeidere med mastergrad ($p=0,7$).

Tabell 10. Gjennomsnittlig holdningsskåre for KBP holdningsskala, helsefaglig bakgrunn og utdanningsnivå for lærere ved høgskole (n=52) og helse- og sosialarbeidere i praksis (n=156).

	Lærere		Helse- og sosialarbeidere		P*
	n	Gj.snitt (SD)	n	Gj.snitt (SD)	
Helsefaglig bakgrunn					
Sykepleie	27	63 (5,8)	118	60 (6,8)	0,03
Annen helsefaglig bakgrunn	18	67,6 (6,7)	19	61,3 (6,7)	0,01
		$p = 0,02$		$P = 0,4$	
Deltakelse KBP nettverk					
Ja	19	64,5 (7)	46	62,5 (6,5)	0,3
Nei	25	65,3 (6,3)	90	58,8 (6,7)	<0,0001
		$p = 0,7$		$P < 0,0001$	

*Forskjell mellom gruppene er analysert med T-test

Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk

Det var 20 lærere og 52 helse- og sosialarbeidere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk. Gjennomsnittlig holdningsskåre for helse- og sosialarbeiderne i praksis som deltok i et kunnskapsbasert nettverk var statistisk signifikant høyere enn for de som ikke deltok i et kunnskapsbasert nettverk ($p < 0,0001$). Det var ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for lærerne om de deltok i et nettverk eller ikke (Tabell 10).

Alder, stillingsprosent og ansiennitet i nåværende jobb

Lærerne hadde en gjennomsnittsalder på 52,4 år (SD=7,4), varierende fra 32 – 63 år. Det var gjennomsnittlig 27,9 (SD=8,5) år siden de hadde tatt sin grunnutdanning, varierende fra 5 – 40 år. Det var 44 av lærerne som jobbet fulltid (84,6 %). Gjennomsnittlig hadde lærerne vært ansatt i 13,2 år (SD=8,3), varierende fra 0,75 – 30 år.

Helse- og sosialarbeiderne hadde en gjennomsnittsalder på 43,7 år (SD=8,5), varierende fra 27 – 59 år. Det var gjennomsnittlig 18,5 (SD=9,2) år siden de hadde tatt sin grunnutdanning, varierende fra 2 – 37 år. Det var 117 som jobbet fulltid (75 %).

Gjennomsnittlig hadde helse- og sosialarbeiderne vært ansatt i 11,6 år (SD=8,7) i sin nåværende jobb, varierende fra 0 – 36 år.

Det var ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom bakgrunnsvariablene alder, antall år siden grunnutdanning, stillingsprosent eller ansiennitet i nåværende jobb og gjennomsnittlig holdningsskåre for lærerne eller helse- og sosialarbeiderne.

3.3 Atferd relatert til KBP

I denne fremstillingen vil KBP implementeringsskala også bli omtalt som atferdsskala. I tillegg vil gjennomsnittlig skåre fra KBP implementeringsskala også bli omtalt som atferdsskåre.

KBP implementeringsskala måler hvor mange ganger deltakerne har utført aktivitet relatert til en kunnskapsbasert atferd de siste åtte ukene. Åtte av skalaens utsagn handler om klinisk praksis. For å se på atferd relatert til KBP ble derfor kun deltakere av videreutdanningen som hadde pasientkontakt (n=137) tatt med i analysen.

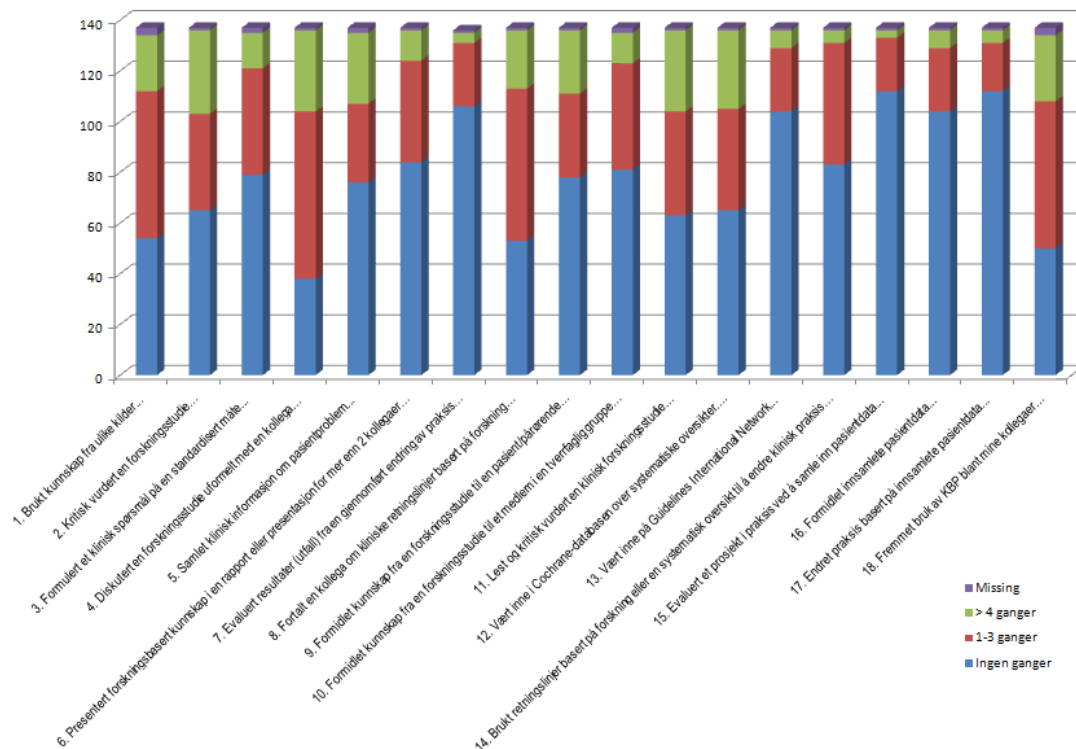
Total gjennomsnittlig skåre for KBP implementeringsskala var 11,1 (SD=8,6), med en spredning fra 0 – 47. Skalaens medianverdi var 10. Det var ni som var missing.

Figur 2 viser hvor mange som har svart null ganger, en til tre ganger og mer enn fire ganger på KBP implementeringsskala. Rangering av aktivitetene viser at aktiviteter som flest hadde utført mer enn fire ganger de siste åtte ukene var å kritisere en forskningsstudie (24,1 %), uformelt diskutere en forskningsstudie med en kollega (23,4 %), eller vært inne i Cochrane-databasen over systematiske oversikter (22,6 %).

Aktiviteter flest hadde utført en til tre ganger de siste åtte ukene var å diskutere en forskningsstudie uformelt med en kollega (48,2 %), fortelle en kollega om kliniske retningslinjer basert på forskning (43,8 %), fremme bruk av KBP blant kollegaer (42,8 %) eller bruke kunnskap fra ulike kilder for å endre praksis (42,3 %).

Aktiviteter de fleste oppga at de ikke hadde utført de siste åtte ukene var å evaluere et prosjekt i praksis ved å samle inn pasientdata (81,8 %), endre praksis basert på

innsamlete pasientdata (81,8 %), formidle innsamlete pasientdata for kollegaer (75,9 %), eller vært inne i Guidelines International Network (75,9 %).



Figur 2. Antall deltakere som har svart ingen ganger, 1-3 ganger og mer enn fire ganger på KBP Implementeringsskala.

3.3.1 Atferd relatert til KBP og helsefaglig bakgrunn

Blant deltakerne med pasientkontakt var det 112 sykepleiere, 14 fysioterapeuter og 11 med en annen helsefaglig bakgrunn. For å undersøke atferd relatert til KBP og helsefaglig bakgrunn ble fysioterapeutene analysert sammen med deltakerne med annen helsefaglig bakgrunn.

T-test viste ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig skåre for atferdsskalaen for sykepleierne med pasientkontakt ($\bar{x}=10,6$ $SD=8,7$) og deltakere med pasientkontakt som hadde en annen helsefaglig bakgrunn ($\bar{x}=14$ $SD=8,3$), ($p = 0,1$).

3.3.2 Atferd relatert til KBP og utdanning

Blant deltakerne som hadde pasientkontakt var det 26 som hadde grunnutdanning (19 %), 92 som hadde videreutdanning (67,2 %) og 19 som hadde mastergrad (13,8 %) som høyeste utdanningsnivå.

One-way ANOVA indikerte en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig atferdsskåre og utdanningsnivå ($p=0,008$). Post- hoc sammenligning indikerte at gjennomsnittlig atferdsskåre for deltakere med pasientkontakt og mastergrad ($\bar{x}=18,6$ $KI:12,4 - 24,8$) var statistisk signifikant høyere enn for deltakere med pasientkontakt og videreutdanning ($\bar{x}=9,3$ $KI:7,7 - 10,8$) og grunnutdanning ($\bar{x}=12,5$ $KI:9,1-15,8$).

Det var ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom atferd relatert til KBP og alder ($r=0,16$, $p=0,08$), antall år siden grunnutdanningen ($r =0,09$, $p=0,3$), eller antall år siden eksamen på videreutdanning i KBP ($r=0,03$, $p=0,7$).

3.3.2 Atferd relatert til KBP og arbeidssituasjon

Blant deltakerne med pasientkontakt var det 87 som jobbet ved et universitetssykehus (63,5 %), 14 på lokalsykehus (10,2 %), 10 på sykehjem (7,3 %), 15 på høgskole (11 %) og 11 som hadde en annen arbeidsplass (8 %). Av disse var det 47 som hadde en vanlig klinisk stilling, 33 som hadde ansvar for fagutvikling, 37 spesialsykepleiere/spesialister, 14 lærere, 19 ledere og 13 med en annen stilling. Flere hadde en kombinasjon av flere stillinger. Deltakere med kombinasjonsstilling ble analysert der de hadde sin høyeste stillingsprosent, med unntak av deltakere med fagutviklingsansvar som ble analysert under fagutvikling uansett annen stilling og stillingsprosent.

One-way ANOVA viste en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig atferdsskåre og arbeidsplass ($p=0,007$) (Tabell 11). Post-hoc sammenligning indikerte at deltakere

med pasientkontakt som jobbet ved en høgskole ($\bar{x}=20,2$) hadde en signifikant høyere gjennomsnittlig atferdskåre fra deltakere med pasientkontakt som jobbet ved universitetssykehus ($\bar{x}=10,5$), på sykehjem ($\bar{x}=5,8$) eller på et annet arbeidssted ($\bar{x}=8,9$).

One-way ANOVA indikerte en signifikant forskjell i gjennomsnittlig atferdskåre og type stilling ($p=0,02$). Post- hoc analyser viste at lærere med pasientkontakt ($\bar{x}=19,6$) hadde en signifikant høyere gjennomsnittlig atferdsskåre fra deltakere med pasientkontakt som jobbet i en vanlig klinisk stilling ($\bar{x}=10$) eller var spesialsykepleiere/spesialister ($\bar{x}=9,1$).

Det var ingen signifikant sammenheng mellom deltakernes aktivitet relatert til KBP og deltakernes stillingsprosent ($r=0,04$, $p=0,6$), eller deltakernes aktivitet relatert til KBP og antall år i nåværende jobb ($r= -0,03$ $p=0,7$).

Tabell 11. Gjennomsnittlig skåre for KBP implementeringsskala, utdanningsnivå, arbeidssted og type stilling for deltakere av videreutdanningen med pasientkontakt ($n=137$).

	n	KBP Implementeringsskala		Min - max	P*
		Mean	KI (95 %)		
Utdanningsnivå					<0,008
Grunnutdanning	24	12,5	9,1 – 15,8	0 - 27	
Videreutdanning	87	9,3	7,7 – 10,8	0 - 31	
Mastergrad	17	18,6	12,4 – 24,8	2 - 47	
Arbeidssted					0,007
Universitetssykehus	84	10,5	8,8 – 12,2	0 – 31	
Lokalsykehus	12	11,4	6,7 – 16,1	0 – 25	
Sykehjem	9	5,8	2,8 – 8,8	0 – 12	
Høgskole	13	20,2	12,5 – 28	2 – 47	
Annet	10	8,9	4,8 - 13	0 - 19	
Type stilling					0,02
Klinisk stilling	36	10	7,6 – 12,4	0 – 27	
Ansvar fagutvikling	32	11,6	8,9 – 14,2	0 – 29	
Spesialsykepleier / spesialist	27	9,1	5,7 – 12,4	0 – 31	
Lærer	11	19,6	11 – 28,3	2 – 47	
Leder	15	10,7	6,8 – 14,7	2 – 22	
Annen stilling	7	9,7	-1,6 – 21,6	0 - 36	

* Forskjell mellom gruppene er analysert med one-way ANOVA

3.3.3 Atferd relatert til KBP og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk

Det var 45 av deltakerne med pasientkontakt som deltok i et kunnskapsbasert nettverk (32,8 %). T-test indikerte at gjennomsnittlig atferdskåre for deltakere med pasientkontakt som deltok i et kunnskapsbasert nettverk ($\bar{x}=14,6$ $SD=6,9$) var signifikant høyere enn for deltakere med pasientkontakt som ikke deltok i et kunnskapsbasert nettverk ($\bar{x}=9,5$ $SD=9,1$), ($p=0,002$).

3.3.4 Atferd justert for ulike bakgrunnsvariabler

Multipel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke justert effekt av alder, utdanningsnivå, arbeidssted, og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk på atferdsskåre (Tabell 12).

Når atferd var justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk hadde kunnskapsbasert nettverk fortsatt en signifikant effekt ($p=0,001$). For variabelen ”arbeidssted” indikerte regresjonsanalysen en signifikant høyere verdi for deltakere med pasientkontakt som jobbet ved en høgskole i forhold til deltakere med pasientkontakt som jobbet ved et annet arbeidssted ($p=0,02$).

Tabell 12. KBP implementeringsskala justert for utdanning, arbeidssted, deltakelse i kunnskapsbasert nettverk og alder for deltakere av videreutdanningen med pasientkontakt ($n=137$), multipel regresjonsanalyse.

Parameter	B	KI (95 %)	p	Overall test p
Utdanningsnivå				0,06
Grunnutdanning	-1,08	-7,8 – 5,6	0,8	
Videreutdanning	-5,01	-11,1 – 1,0	0,1	
Mastergrad	0			
Arbeidssted				0,1
Universitetssykehus	2,03	-3,4 – 7,4	0,5	
Lokalsykehus	3,02	-3,8 – 9,8	0,4	
Sykehjem	-1,17	-8,4 – 6,1	0,8	
Høgskole	8,88	1,4 – 16,4	0,02	
Annet				
Deltakelse KBP nettverk				0,001
Ja	5	2 - 8	0,001	
Nei	0			
Alder	1	-0,1 – 0,3	0,3	0,3

3.3.5 Atferd relatert til KBP for lærere og helse- og sosialarbeidere

Det var 13 lærere og 124 helse- og sosialarbeidere som hadde pasientkontakt. Det var tolv av lærerne med pasientkontakt og syv av helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt som hadde en mastergrad. De fleste av helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt hadde en videreutdanning (n=91) som høyeste utdanningsnivå.

T-test ble gjennomført for å undersøke forskjell i gjennomsnittlig atferdskåre for lærere med pasientkontakt og helse- og sosialarbeidere med pasientkontakt. Det var 12 lærere og 116 helse- og sosialarbeidere med i analysen. T-test indikerte at lærere med pasientkontakt (21 SD=13,1) hadde en statistisk signifikant høyere gjennomsnittlig atferdsskåre enn helse – og sosialarbeidere med pasientkontakt (10,1 SD=7,4) (p=0,02).

3.4 Sammenheng mellom holdning og aktivitet relatert til KBP

Forholdet mellom holdning og atferd relatert til KBP ble undersøkt med Pearsons korrelasjon. For deltakere med pasientkontakt var det en positiv korrelasjon mellom holdning og atferd relatert til KBP ($r = 0,31$, $p = 0,001$).

Forholdet mellom KBP implementeringsskala og undergruppene på KBP holdningsskala ble også undersøkt med Pearsons korrelasjon. Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom atferd til KBP og deltakernes tro på kunnskap, tro på ressurser og tro på at KBP er vanskelig og tar tid (Tabell 13).

Tabell 13. Pearsons korrelasjon mellom KBP implementeringsskala og KBP holdningsskala, samt KBP implementeringsskala og KBP holdningsskalaens fire undergrupper for deltakere av videreutdanningen med pasientkontakt (n=137).

	KBP implementeringsskala		
	n	r	p
Totall KBP holdningsskala	113	0,31	0,001
Undergrupper KBP holdningsskala			
Tro på kunnskap	122	0,37	<0,0001
Tro på verdien av KBP	121	0,77	0,4
Tro på ressurser	122	0,36	<0,0001
Tro på at KBP er vanskelig og tar tid (omv.)	128	0,21	0,02

4 DISKUSJON

Resultatet fra denne studien indikerer at deltakere med videreutdanning i KBP har positive holdninger til KBP, men at deltakere med videreutdanning i KBP som har pasientkontakt sjeldent utfører aktiviteter relatert til KBP. Videre indikerer resultatet at det er en moderat sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP.

Studien undersøkte om det var en sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP og faktorer knyttet til helsefaglig bakgrunn, utdanning og arbeidssituasjon.

Variansanalysen one-way ANOVA indikerte at fysioterapeuter hadde en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn sykepleiere. Videre hadde deltakere med mastergrad en statistisk signifikant høyere holdnings- og atferdsskåre enn deltakere med en grunn- eller videreutdanning som høyeste utdanningsnivå. I tillegg hadde deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk en statistisk signifikant høyere gjennomsnittlig holdnings- og atferdsskåre enn deltakere som ikke deltok i et kunnskapsbasert nettverk.

Variansanalysen one-way ANOVA indikerte også at deltakere som jobbet ved en høyskole hadde en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn deltakere som jobbet ved et universitetssykehus. Høgskoleansatte med pasientkontakt hadde også en statistisk signifikant høyere atferdsskåre enn deltakere med pasientkontakt som jobbet ved et universitetssykehus, sykehjem eller på en annen arbeidsplass.

Videre hadde deltakere som var lærere en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn deltakere med ansvar for fagutvikling. Lærere med pasientkontakt hadde også en statistisk signifikant høyere atferdsskåre enn deltakere med klinisk stilling og spesialsykepleiere/spesialister med pasientkontakt.

Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk var den eneste variabelen som utpekte seg med en statistisk signifikant overall p-verdi når holdning og atferd relatert til KBP ble justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk. I tillegg viste den multiple regresjonsanalysen at deltakere med mastergrad hadde en statistisk signifikant høyere verdi for holdning enn deltakere med videreutdanning.

Regresjonsanalysen indikerte også en statistisk signifikant høyere atferdsverdi for deltakere som jobbet ved en høyskole i forhold til deltakere som hadde en annen arbeidsplass.

I diskusjonen vil holdning til KBP for hele utvalget, atferd relatert til KBP for deltakere med pasientkontakt, og sammenhengen mellom holdning og atferd relatert til KBP bli diskutert opp mot tidligere forskning. I tillegg vil holdning og atferd bli diskutert i forhold til deltakernes helsefaglige bakgrunn, utdanning og arbeidssituasjon. Under arbeidssituasjon vil også forskjell i holdningsskåre for lærere og helse- og sosialarbeidere bli belyst. Først vil jeg imidlertid belyse metodens styrker og svakheter.

4.1 Drøfting av metoden

For at resultatene fra en undersøkelse skal være holdbare er det viktig at metoden som er brukt er god. Validitet defineres av Polit og Beck (2008, s. 768) som “a quality criterion referring to the degree to which inferences made in a study are accurate and well-founded”. Intern validitet handler om man i hvilken grad man kan stole på resultatene i studien, mens ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatet fra studien kan generaliseres fra et utvalg til en større populasjon (Polit & Beck, 2008, s. 295 og s. 301). Ved å peke på styrker og svakheter ved valg av design, spørreskjema, svarprosent og utvalg vil studiens interne og eksterne validitet bli belyst.

4.1.1 Design

Utgangspunktet for studien var et behov for kunnskap om holdning og atferd relatert til KBP hos personer som har tatt videreutdanning i KBP. Ingen studier hadde kartlagt holdning og atferd relatert til KBP for denne gruppen i Norge. Det manglet breddekunnskap og en spørreskjemaundersøkelse for å nå ut til deltakere av en videreutdanning i KBP syntes velegnet for å belyse problemstillingen. Surveys kan være et egnet design ved innsamling av data om personers holdninger og aktiviteter (Polit & Beck, 2008, s. 767).

I studien ble tverrsnittdata om deltakernes holdning og atferd relatert til KBP de siste åtte ukene samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Deltakerne i studien kom fra hele landet, og spørreskjemaene ble derfor sendt i posten til deltakernes private adresser. En spørreskjemaundersøkelse sendt i posten er en tids- og kostnadseffektiv måte å nå

personer fra et spredt geografisk område (Polit & Beck, 2008, s. 430). Ved å distribuere skjemaene per post fikk deltakerne i tillegg tilsendt skjemaene på samme måte, til samme tid, og settingen for utfylling var tilnærmet lik.

Et forvarsel om studien ble sendt i begynnelsen av oktober. To uker senere ble spørreskjemaene sendt ut. Tidspunkt for spørreskjemaets utsendelse ble valgt ut ifra at KBP implementeringsskala etterspør helsearbeideres aktivitet de siste åtte ukene. Det ble antatt at det i midten av oktober ville være åtte uker siden de fleste av deltakerne hadde avviklet ferie. Planen var å være ferdig med undersøkelsen før jul, men postgang og adresseoppsporing via folkeregisteret tok lengre tid enn forventet. Siste purring ble derfor ikke sendt før i begynnelsen av januar. Deltakerne fikk dermed tilsendt spørreskjemaene innenfor en tidsperiode på tre måneder, noe som bør være akseptabelt for denne undersøkelsen.

En survey som kartlegger holdning og atferd beskriver deltakernes selvrapporterte holdning og selvrapporterte atferd. Det kan derfor stilles spørsmål om aktiviteten relatert til KBP som ble rapportert av deltakerne var i samsvar med hva de faktisk gjorde i praksis. Selvrapporterte spørreskjema kan være en svakhet mot studiens indre validitet.

4.1.2 Spørreskjema

Melnyk, Fineout-Overholt og Mays (2008) fant holdepunkter for kriterie- og begrepsvaliditet for EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale i et heterogent utvalg praktiserende sykepleiere. Utvalget i vår studie besto imidlertid av helse- og sosialarbeidere fra klinisk praksis, lærere ved høyskoler, samt noen deltakere uten helsefaglig bakgrunn. Det var en heterogen gruppe som kom fra hele landet, hadde ulik bakgrunn og som jobbet i ulike foretak. Det er derfor nærliggende å stille spørsmål om holdbarheten til KBP holdnings- og implementeringsskala for utvalget i denne studien.

På KBP implementeringsskala er det åtte spørsmål som handler om klinisk praksis. Disse spørsmålene var dermed ikke relevante for deltakere som ikke var i klinisk praksis. I planleggingen av studien ble det vurdert å sende KBP implementeringsskala kun til deltakere som jobbet i klinisk praksis. Dette var for øvrig ikke mulig da det ikke

forelå opplysninger over hvor deltakerne jobbet eller hvem som hadde pasientkontakt. Det ble også vurdert å legge til en "ikke relevant" kolonne på spørreskjemaet for deltakerne uten pasientkontakt. Det var imidlertid ikke ønskelig å åpne for at alle kunne svare "ikke relevant", og det var heller ikke mulig å endre skjemaene uten kontakt med forfatterne. På informasjonsskrivet ble det derfor lagt til en tilleggstekst hvor deltakere uten pasientkontakt ble gjort oppmerksom på at noen av spørsmålene kunne oppleves som lite relevante. De ble likevel bedt om å besvare skjemaene. I ettertid kan det diskuteres om det hadde vært bedre å be deltakere uten pasientkontakt om ikke å besvare KBP implementeringsskala, men kun returnere KBP holdningsskala.

Med tanke på studiens indre validitet ble kun deltakere med pasientkontakt inkludert i analysen som omhandlet atferd relatert til KBP. Lærere, ledere og fagutviklere fra klinisk praksis som oppga at de ikke hadde pasientkontakt ble ekskludert. Atferd relatert til KBP ble dermed bare undersøkt for 62,8 % av utvalget. Fere av påstandene på KBP implementeringsskala handlet ikke om klinisk praksis. Skåringen for disse påstandene for deltakere med og uten pasientkontakt ble imidlertid ikke sammenlignet da KBP implementeringsskala måler et endimensjonalt begrep.

KBP implementeringsskala etterspør aktivitet relatert til klinisk praksis. Det kan likevel se ut som om noen studier har benyttet EBP Implementation Scale på deltakere uten pasientkontakt. Leufer og Cleary-Holdforth (2007) undersøkte atferd blant sykepleierstudenter på en sykepleierhøgskole. Studentene i denne studien hadde ikke vært i praksis på seks måneder. Videre gjennomførte Wallen et al. (2010) en studie hvor utvalget i tillegg til kliniske sykepleiere besto av sykepleieledere, kliniske lærere, sykepleieforskere, sykepleierkonsulenter og utøvende ledere. Disse personene var håndplukket for å delta i et mentorprogram beregnet for å implementere KBP i organisasjonen. Det er mulig noen av deltakerne i denne studien heller ikke hadde pasientkontakt.

Av studier som har benyttet EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale er det ingen som har beskrevet at de har etterspurt pasientkontakt. Det er mulig at skjemaene i internasjonale studier kun er levert til sykepleiere med pasientkontakt, men det er også mulig at skjemaet er levert til sykepleiere i faglig, administrative stillinger tilsvarende lederne og fagutviklerne som ble ekskludert fra analysen i denne studien. Er dette

tilfelle kan aktiviteten til norske helse- og sosialarbeidere som har tatt videreutdanning i KBP være underrapportert i forhold til resultatene fra noen av de internasjonale studiene.

Det kan diskuteres om det var rett å utelate deltakere uten pasientkontakt fra analysene som omhandlet aktivitet relatert til KBP. Det var 31 helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis som ikke hadde pasientkontakt (20 %), og de fleste av disse var ledere og fagutviklere. Selv om man ikke har pasientkontakt kan det være mulig å utføre aktiviteter som for eksempel å evaluere prosjekter i praksis ved å samle inn pasientdata, evaluere resultater fra en gjennomført endring av praksis, eller bruke ulike kunnskapskilder for å endre min kliniske praksis. ”Min” kliniske praksis kan tolkes vidt når man jobber i praksis og har ansvar for faglig eller administrativ drift. Siden utvalget også besto av lærere som var i klinikken ble det bestemt at kun deltakere med pasientkontakt skulle inkluderes for KBP implementeringsskala. Før resultatene fra denne studien publiseres vil det imidlertid bli vurdert om helse- og sosialarbeiderne fra klinisk praksis som ikke hadde pasientkontakt skal ekskluderes fra analysene som omhandler atferd relatert til KBP.

KBP holdnings- og implementeringsskala ble oversatt til norsk i nært samarbeid med de amerikanske forfatterne. I oversettelsesprosessen ble det lagt til en forklarende tekst i parentes for spørsmål som kunne være uklare, eller gi rom for misforståelser. På KBP implementeringsskala blir det for eksempel etterspurt om deltakerne har *samlet klinisk informasjon om et pasientproblem (f.eks. data om liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.)*... (Vedlegg 4). Hensikten med tilleggstekstene var å sikre at deltakerne forsto spørsmålene på samme måte, og dermed redusere risikoen for misforståelser.

En annen tilpassning som ble gjort i forståelse med forfatterne var å endre spørsmålet som handlet om søk etter retningslinjer. Spørsmålet ble endret fra *accessed the National Guidelines Clearinghouse* på den engelske versjonen til *vært inne i Guidelines International Network (GIN)* på den norske versjonen (Vedlegg 4 og 6). På videreutdanningen vies en hel dag til søk etter forskningslitteratur. Studentene lærer å søke etter norske og internasjonale retningslinjer på helsebiblioteket. I tillegg til å søke etter retningslinjer i databaser som NICE og GIN blir studentene også vist hvordan de

kan finne retningslinjer i kliniske oppslagsverk som UpToDate og Clinical Evidence. På KBP implementeringsskala stilles det imidlertid bare spørsmål om respondenten har søkt i GIN. Søk etter norske retningslinjer, eller søk etter retningslinjer generelt via helsebiblioteket etterspørres ikke. Et tilleggsspørsmål som omhandlet søk ut ifra norske forhold ville nok gitt et mer korrekt bilde over utvalgets reelle aktivitet knyttet til søk etter retningslinjer.

Spørreskjemaene KBP holdnings- og implementeringsskala består av lukkede spørsmål med ferdige svaralternativer. Fordelen med lukkede spørsmål er at de er mindre tidkrevende å besvare (Polit & Beck, 2008, s. 415). I tillegg innebærer strukturerte spørreskjema en standardisering som gjør det mulig å se på likheter og variasjoner i hvordan deltakerne svarer (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006, s. 221).

Standardisering gjør det også mulig å generalisere resultatet fra utvalg til populasjon (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006, s. 221). Ulempen med lukkede spørsmål er imidlertid at det ikke gis rom for utdypning av svaralternativene (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006, s. 224). Hadde det blitt lagt til noen åpne spørsmål hvor deltakerne kunne beskrevet sin egen praksis og aktivitet relatert til KBP kunne atferden til deltakerne uten pasientkontakt også blitt undersøkt. Under planleggingen av studien ble det imidlertid vurdert at kategorisering og analysing av kvalitative data i tillegg til kvantitative data ville bli for omfattende innenfor rammen av denne masteroppgaven.

Studien var initiert av Senter for kunnskapsbasert praksis og gjennomført av en mastergradstudent i kunnskapsbasert praksis. Deltakernes svar kan indirekte, eller direkte ha blitt påvirket av dette. I svarene kan deltakerne ha svart etter antatte forventninger, fremstilt et fordelaktig bilde av seg selv, eller angitt høye skåre uten at det nødvendigvis gjenspeiler deres reelle mening (Polit & Beck, 2008, s. 232). I tillegg er KBP implementeringsskala et selvrapporteringskjema som etterspør aktivitet de siste åtte ukene. Det kan være vanskelig å huske hvilke aktiviteter, og ikke minst hvor ofte man har utført aktiviteter relatert til KBP åtte uker tilbake i tid. Deltakerne ble informert om at opplysningene de oppga ville bli behandlet konfidensielt i håp om at de ville være oppriktige i sine svar. Det er imidlertid ingen garanti for dette. I spørreskjemaundersøkelser kan det være en fare for at deltakernes svar ikke gjenspeiler virkeligheten (Polit & Beck, 2008, s. 232).

Svakheten med å bruke KBP holdnings- og implementeringsskala som måleinstrument i denne studien var at kun atferd relatert til KBP hos deltakere med pasientkontakt ble undersøkt. EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale var imidlertid et kartleggingsverktøy som var beskrevet med både begreps- og kriterie-relatert validitet (Melnik, Fineout-Overholt & Mays, 2008). I tillegg var det funnet reliabelt i flere internasjonale studier (Melnik, Fineout-Overholt & Mays, 2008; Varnell et al., 2008; Estrada, 2009; Melnik et al., 2010a; Melnik et al., 2010b; Wallen et al., 2010; Levin et al., 2011). Skjemaet var også oversatt til norsk etter gjeldende prinsipper og ble benyttet i flere pågående studier ved Senter for kunnskapsbasert praksis. Undersøkelsen skulle kartlegge holdning og atferd for deltakere av en videreutdanning i KBP, og det forelå ingen oversikt over hvor deltakerne jobbet. Ved å benytte KBP holdnings- og implementeringsskala var det mulig å måle holdning for hele utvalget og atferd relatert til KBP for deltakere med pasientkontakt. I tillegg kunne resultatene sammenlignes med resultater fra internasjonale studier som hadde brukt samme skala.

4.1.3 Svarprosent

Studien har en svarprosent på 75,4 %. Det er en bra svarprosent for en spørreskjemaundersøkelse sendt per post. Ifølge Polit & Beck (2008, s. 430) er en svarprosent på mer enn 65 % tilfredsstillende, mens Greehalgh (2006, s. 187) hevder *The British Medical Journal* vanligvis ikke publiserer studier hvis mindre enn 70 % av de som ble spurt besvarte skjemaene. Av tidligere studier som har kartlagt holdning og atferd relatert til KBP var det få studier som hadde en svarprosent som var like høy som svarprosenten i vår studie (Tabell 1, vedlegg 1).

Lav svarprosent er et generelt problem med spørreskjemaundersøkelser sendt i posten (Polit & Beck, 2008, s. 430). Ved gjennomføringen av denne undersøkelsen ble det derfor tatt hensyn til flere av funnene skissert i Edwards et al. (2009) sin systematiske oversiktsartikkel som handler om metoder for å øke svarprosenten ved postale og elektroniske spørreskjema.

For å øke svarprosenten fikk deltakerne tilsendt et forvarsel om studien to uker før spørreskjemaene ble sendt. Hensikten med forvarselet var å informere om den

kommende studien, oppmuntre til deltakelse og informere om at deltakere av studien ville være med i trekning av 15 fagbøker. Forvarselet var påført logoen til Høgskolen i Bergen og signert leder av Senter for kunnskapsbasert praksis. Edwards et al. (2009) viser at forvarslere som informerer om den kommende studien kan gi høyere svarprosent. I tillegg er sjansen for deltakelse større når følgebrev er signert for hånd, og studien er initiert av høgskole eller universitet (Edwards et al., 2009). Belønning kan også påvirke svarprosenten, og oppmuntringer som tilbys i første brev kan ifølge Edwards et al. (2009) ha en positiv innvirkning på svarprosenten.

Boynton og Greenhalgh (2004) hevder at svarprosenten i en studie også kan påvirkes av spørreskjemaets fysiske layout. Selv om KBP holdnings- og implementeringsskala er enkelt fremstilt i tabellform kan skjemaet være noe vanskelig å lese da spørsmålene har ulik lengde. Det kan være en fare for at korte spørsmål overses mellom lengre spørsmål på grunn av ujevn høyde på radene i tabellen. Endring av skjemaet til en luftigere layout ble derfor vurdert. Spørsmålene på KBP holdnings- og implementeringsskala er imidlertid relativt oversiktlig fremstilt på to sider, og et luftigere skjema ville strukket seg over flere sider. Ulempen med et tilsynelatende langt og omfattende spørreskjema fordelt over flere sider ble veid opp mot en mer komprimert layout. Siden sjansen for en økt svarprosent var større ved bruk av kortere spørreskjema (Edwards et al., 2009) ble skjemaene brukt i sin originale norske fremstilling, som også er lik den internasjonale versjonen. Svarprosenten i studien er bra, og missingverdiene jevnt fordelt på alle spørsmålene. Det er dermed ingen indikasjoner for at skjemaets layout har hatt en vesentlig betydning for svarprosent i denne studien.

Spørreskjemaene ble sendt sammen med en forespørsel om deltakelse i studien og en frankert svarkonvolutt. I forespørselen ble deltakerne spurt om å delta i en evaluering av videreutdanningen ”å arbeide og undervise kunnskapsbasert”. Deltakerne kunne med dette oppleve å være interessenter i studien, noe som ifølge Greenhalgh (2006, s. 188) også kan bidra til å øke svarprosenten. Videre ble det opplyst at opplysningene fra studien var konfidensielle. Det ble også oppgitt telefonnummer og mailadresse som deltakerne kunne henvende seg til ved eventuelle spørsmål. Frankerte svarkonvolutter ble vedlagt ved utsendelse av både spørreskjema og puringene. Dette er også tiltak som kan være med å heve svarprosenten i spørreskjemaundersøkelser (Edwards et al., 2009).

En fjerdedel av de som fikk tilsendt spørreskjema valgte å ikke delta i undersøkelsen. Det foreligger ingen informasjon om disse deltakerne, og det er dermed ikke mulig å gjennomføre frafallsanalyse. Det kan spekuleres i om deltakere uten pasientkontakt kan ha opplevd spørsmålene som lite relevante og dermed ikke svart. En annen hypotese kan være at deltakere som hadde en negativ holdning til KBP eller en lav aktivitet relatert til KBP, valgte å ikke besvare spørreskjemaene. Det er også mulig at noen av deltakerne ikke har svart fordi de i en travel hverdag ikke har tatt seg tid til å besvare og returnere spørreskjemaene.

Ved første purring var svarprosenten 51 %, og ved andre purring var den 68 %. Om svarprosenten kan tilskrives forvarselet, purringene eller deltakernes interesse for KBP er uvisst. Det er rimelig å anta at en kombinasjon av disse faktorene har bidratt til studiens tilfredsstillende høye svarprosent.

4.1.4 Utvalget

Utvalget bestod av alle som hadde bestått 15-studiepoengs hjemmeeksamen ved videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” ved Høgskolen i Bergen. Studien hadde et bekvemmelighetsutvalg. Eksamenskontoret ved Høgskolen i Bergen hadde navn og adresse til alle som hadde bestått eksamen ved videreutdanningen siden utdanningen ble opprettet i 2004. Som student ved samme høgskole var det tids- og kostnadseffektivt å benytte denne adresselisten.

På videreutdanningen gis det i dag tilbud om å ta 15 studiepoeng, mens det tidligere var mulig å følge tre studieløp. I denne studien var det holdning og atferd relatert til KBP for deltakere som hadde fulgt dagens studieløp som var av interesse. Deltakere av videreutdanningen som hadde fulgt studiet uten å avlegge eksamen, og deltakere som hadde avlagt en to timers skoleeksamen og tatt ni studiepoeng ble derfor ekskludert. Under planleggingen av studien ble det vurdert å sammenligne holdning og atferd relatert til KBP for deltakere som hadde fulgt de ulike studieløpene. Det var imidlertid et fåtall som hadde tatt ni studiepoeng, og eksamenskontoret hadde ingen oversikt over hvem som hadde fullført og hvem som hadde sluttet underveis når de ikke hadde avlagt

eksamen. Det ble derfor bare sendt spørreskjema til deltakere som hadde avlagt 15 studiepoengs hjemmeeksamen.

Kvaliteten på deskriptive studier er ifølge Polit og Beck (2008, s. 276) avhengig av et godt representativt utvalg. Utvalget i denne studien gjenspeiler målgruppen for videreutdanningen ved Høgskolen i Bergen. Deltakerne besto av helse- og sosialarbeidere og fagutviklere fra klinisk praksis, samt lærere, lektorer, førstelektorer og stipendiater innen helse- og sosialfagene. Selv om en overvekt av deltakerne på videreutdanningen har kommet fra klinisk praksis de siste årene er det mulig at høgskoleansatte kan være noe underrepresentert. Det foreligger for øvrig ingen opplysninger som kan stadfeste dette. Med den høye svarprosenten og mangfoldet i utvalget kan man dermed bare anta at utvalget er representativt for deltakere som har tatt 15-studiepoengs eksamen ved videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert”.

4.2 Holdning og atferd relatert til KBP

4.2.1 Holdning til KBP

For hele utvalget var gjennomsnittlig skåre for KBP holdningsskala 61,1. Med en totalskåre for holdningsskalaen som kan variere innenfor 16 til 80 indikerte resultatet at deltakerne hadde positive holdninger til KBP.

Tidligere studier som har brukt EBP Beliefs Scale har beskrevet en gjennomsnittlig holdningsskåre etter opplæring i KBP som varierer fra 52,96 (Melnik et al., 2010a) til 63,73 (Varnell et al., 2008). Det er dermed studier som både har lavere og høyere gjennomsnittlig holdningsskåre enn resultatet i vår studie (Tabell 14, vedlegg 16).

Utvalgene i studiene med lavere holdningsskåre har bestått av sykepleiere som skulle delta på workshop i KBP (Melnik, Fineout-Overholt & Mays, 2008) og sykepleiere ved nyfødtafdelinger som deltok i et mentorprogram (Mariano et al., 2009; Melnik et al., 2010a). Disse sykepleierne jobbet i klinisk praksis og hadde tilsynelatende ingen spesiell funksjon relatert til kunnskapsbasert praksis annet enn å bruke KBP i praksis. Studiene som beskriver en høyere holdningsskåre hadde derimot utvalg som i tillegg til

kliniske sykepleiere besto av ledere på ulike nivå (Varnell et al., 2008; Melnyk et al., 2010b; Wallen et al., 2010), samt sykepleiere innen utdanning (Varnell et al., 2008; Wallen et al., 2010) og forskning (Wallen et al., 2010). Disse deltakerne var håndplukket og tiltenkt roller som KBP Champions eller KBP mentorer (Varnell et al., 2008; Melnyk et al., 2010b; Wallen et al., 2010). Resultatene fra de amerikanske studiene kan tyde på at deltakere med en spesiell funksjon i forhold til kunnskapsbasert praksis var mer positive og utførte oftere aktiviteter relatert til KBP enn sykepleiere som jobbet i klinisk praksis.

Vår studie undersøkte holdningene til KBP for lærere og for helse- og sosialarbeidere. Sammenlignet med de internasjonale studiene lå helse- og sosialarbeidernes holdningsskåre på 60,1 litt over holdningsskåren til de amerikanske sykepleierne i praksis, mens lærernes holdningsskåre på 64,8 lå litt over holdningsskåren til de mest positive sykepleierne i de amerikanske studiene. Resultatet indikerte dermed en tendens til at deltakerne av videreutdanningen var noe mer positiv til KBP enn det som ble rapportert av amerikanske sykepleiere i praksis, men ikke fullt så positive som amerikanske sykepleiere tiltenkt roller som mentorer i KBP.

På en skala fra 16 til 80 kan man imidlertid diskutere hvor mye differansen i holdningsskåre egentlig utgjør. Kan man si at norske helse- og sosialarbeidere som jobber i klinikken er mer positive enn amerikanske sykepleiere som jobber i klinikken? Man kan også stille spørsmål om en differanse på nesten fem i holdningsskåre mellom lærere og helse- og sosialarbeidere vil si at lærerne i vår studie er mer positive til kunnskapsbasert praksis enn helse- og sosialarbeiderne i klinisk praksis. I vår studie indikerte t-test en signifikant forskjell i hvordan lærerne og helse- og sosialarbeiderne selv rapporterte sine holdninger til KBP. Det er likevel vanskelig å konkludere med at en differanse på under fem utgjør en betydningsfull forskjell mellom lærere og helse- og sosialarbeidere.

4.2.2 Atferd relatert til KBP

For KBP implementeringsskala var gjennomsnittlig skåre 11,1. KBP implementeringsskala måler hvor mange ganger aktivitet relatert til KBP har blitt utført

de siste åtte ukene, og har en totalskåre som kan variere innenfor 0 – 72. Sett i lys av dette indikerer resultatet at deltakere av videreutdanningen med pasientkontakt ikke hadde utført aktiviteter relatert til en kunnskapsbasert atferd så ofte de siste åtte ukene.

Det er bare en studie som har beskrevet en like lav atferdsskåre for deltakere med opplæring i KBP (Melnik et al., 2010a). De fleste som har rapportert gjennomsnittlig skåre for EBP Implementation Scale etter opplæring i KBP har beskrevet en skåre som ligger innenfor 18 til 23 (Melnik, Fineout-Overholt & Mays, 2008; Melnik et al., 2010b; Varnell et al., 2008). Dette kan indikere at vi i Norge ikke er kommet så langt med implementering av KBP.

Selv om det bare var 13 av lærerne som hadde pasientkontakt ble gjennomsnittlig atferdsskåre også beregnet for lærere med pasientkontakt og helse- og sosialarbeidere med pasientkontakt. Gjennomsnittlig atferdsskåre for helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt var 10,1, mens den var 21 for lærerne med pasientkontakt.

Sammenlignes disse tallene med tidligere studier ser man at gjennomsnittlig atferdsskåre for helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt var lavere, mens den for lærerne med pasientkontakt lå på nivå med flere av de amerikanske studiene. Lærerne med pasientkontakt ved høyskoler hadde dermed sammenfallende resultater med sykepleierne i de amerikanske studiene som var tiltenkt roller som mentorer innen KBP (Melnik et al., 2010b; Varnell et al., 2008).

Det er nærliggende å stille spørsmål om hva som kan være en tilfredsstillende skåre for KBP implementeringsskala. I følge Dawes et al. (2005) vil utøvere på ulike ansvarsnivå innen en organisasjon ha behov for ulike ferdigheter innen KBP. Det vil være behov for utøvere som kan definere et forskningsspørsmål, søke etter oppdatert forskningslitteratur, kritisk vurdere forskningen og vurdere den opp mot egen erfaring samt brukerens preferanser og verdier (Guyatt et al., 2000). I tillegg vil noen utøvere søke og bruke kvalitetsvurdert oppsummert forskning, mens andre vil benytte kunnskapsbaserte retningslinjer utarbeidet av andre (Straus et al., 2005). Dette er tre måter å arbeide kunnskapsbasert på som krever ulikt kunnskapsnivå, ulik bruk av tid og ulike aktiviteter relatert til KBP. I vår studie er aktivitet relatert til KBP kun målt for deltakere med pasientkontakt. Når resultatene sammenlignes med de amerikanske

studiene er det derfor viktig at resultatene i studien sees i lys av de ulike måtene å arbeide kunnskapsbasert.

4.2.3 Sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP

Det var en statistisk signifikant moderat korrelasjon mellom holdning og atferd relatert til KBP. En positiv korrelasjon tilsier at det var en sammenheng mellom deltakere med pasientkontakt sin holdning til KBP og hvor ofte de hadde utført aktiviteter relatert til KBP de siste åtte ukene. Resultatet viste en tendens til at deltakere med pasientkontakt som hadde en positiv holdning til KBP også hadde utført aktiviteter relatert til KBP flere ganger.

Også tidligere studier som har brukt EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale har funnet en moderat korrelasjon mellom holdning og atferd relatert til KBP (Leufer & Cleary-Holdforth, 2007; Mariano et al., 2009; Melnyk et al., 2010b; Wallen et al., 2010). Selv om studiene rapporterte en lavere holdningskåre, men høyere atferdsskåre (Leufer & Cleary-Holdforth, 2007) eller en noe høyere holdningskåre og atferdsskåre (Melnyk et al., 2010b; Wallen et al., 2010) er det beskrevet en tilsvarende korrelasjonsverdi som den vi fant i vår studie. Også studier som har brukt andre måleinstrumenter enn EBP Beliefs og EBP Implementation Scale har identifisert en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP (Prior, Wilkinson & Neville, 2010; Melnyk et al., 2004).

Det ble identifisert en statistisk signifikant moderat korrelasjon mellom KBP implementeringsskala og KBP holdningsskalaens undergrupper som handlet om tro på kunnskap og tro på ressurser. Resultatet indikerte dermed at det var en tendens til at deltakere med pasientkontakt som hadde en høyere tro på egen kunnskap og ressurser utførte flere aktiviteter relatert til KBP. I tillegg var det en statistisk signifikant svak korrelasjon mellom troen på at KBP er vanskelig og tar tid og atferd relatert til KBP. Da påstandene i denne undergruppen var reversert før analysen indikerer dette resultatet en tendens til at deltakere som ikke fant KBP vanskelig og tidkrevende utførte flere aktiviteter relatert til KBP.

Et interessant funn er at korrelasjonsanalysen viste en sterk korrelasjon mellom troen på verdien av KBP og hvor mange ganger deltakerne med pasientkontakt utførte aktiviteter relatert til KBP. Denne sammenhengen var imidlertid ikke statistisk signifikant og kan dermed skyldes tilfeldigheter. Korrelasjonsanalysen mellom atferdsskalaen og holdningsskalaens undergrupper kan dermed tyde på at det ikke er nok å tro at KBP er viktig. Man må vite at man har kunnskap og ressurser for å utføre aktiviteter relatert til KBP.

Når resultatene fra KBP holdningsskalaens fire undergrupper tolkes må det tas et lite forbehold. I Estradas (2007) doktoravhandling lå Cronbach's alfa for KBP holdningsskalas fire undergrupper mellom 0,78 og 0,87. I denne studien var imidlertid Cronbach's alfa noe lav for undergruppen som handlet om tro på verdien av KBP (0,61), og undergruppen som handlet om tro på at KBP var vanskelig og tok for mye tid (0,54). I følge Polit & Beck (2008, s. 492) bør det være fire items i en undergruppe for å kunne gjennomføre en tilfredsstillende faktoranalyse. Videre bør det overveies å legge til flere spørsmål hvis en undergruppe har en Cronbach's alfa under 0,80. Reliabilitet handler om hvor nøyaktig målingen er. Det kan derfor stilles spørsmål om undergruppen som måler tro på verdien av KBP og undergruppen som måler tro på at KBP er vanskelig og tar for mye tid, tilfredsstillende måler disse begrepene. KBP holdningsskalas undergrupper vil derfor kun bli brukt for å synliggjøre tendenser i materialet.

4.2.4 Positiv holdning, men lav aktivitet relatert til KBP

Resultatet indikerte at det var en sammenheng mellom deltakernes holdning og deres atferd relatert til KBP. Deltakerne hadde positive holdninger til KBP, men deltakere med pasientkontakt skåret lavt på KBP implementeringsskala. Det er derfor betimelig å stille spørsmål om hvorfor deltakerne med pasientkontakt i denne studien skårer så lavt på atferdsskalaen når de rapporterer positive holdninger til KBP.

KBP holdnings- og implementeringsskala er skalaer som måler endimensjonale begrep. Man kan dermed ikke si noe om deltakernes holdning eller atferd relatert til KBP ved å

se på skjemaenes enkeltepåstander. Det er imidlertid mulig å vurdere de ulike påstandene for å synliggjøre tendenser i deltakernes skåringer.

For KBP holdningsskala var andel deltakere som hadde svært enig eller enig lavere for spørsmål som handlet om tid, ressurser og kunnskap enn for spørsmål som handlet om verdien av kunnskapsbasert praksis. Flertallet rapporterte at de var enige eller svært enige i at de kjente trinnene og kunne anvende KBP, at kritisk vurdering var viktig og at kunnskapsbaserte retningslinjer kunne forbedre praksis. Det var derimot betydelig færre som var enige eller svært enige i påstander som handlet om tidseffektiv bruk eller anvendelse av KBP, til tross for at det ikke var så mange som syntes KBP tok for mye tid eller var vanskelig. Denne tendensen gjenspeiles også i gjennomsnittlig skåre for KBP holdningsskalaens fire undergrupper. Differansen i gjennomsnittlig skåre var ikke så stor for de ulike undergruppene, men det var en tendens til at deltakerne hadde størst tro på verdien av kunnskapsbasert praksis, deretter på kunnskap og ressurser relatert til KBP.

Dette inntrykket forsterkes for helse- og sosialarbeiderne når deres prosentvise andel av ”enig” og ”svært enig” svar på KBP holdningsskala sammenlignes med lærernes. En betydelig høyere prosentvis andel lærere var sikre på at de kunne søke etter kunnskap på en tidseffektiv måte, hadde tilgang til aktuelle ressurser, var trygge på egen evne til å anvende KBP og mente at deres praksis var kunnskapsbasert. På KBP holdningsskalas undergrupper som handler om kunnskap og ressurser skåret lærerne høyere enn helse- og sosialarbeiderne. Selv om differansen ikke var så stor var det en signifikant forskjell, noe som tyder på at forskjellen ikke skyldes en tilfeldighet.

Selv om flertallet hadde sagt seg enige eller svært enige i at kritisk vurdering var et viktig trinn rapporterte ikke deltakere med pasientkontakt at de hadde utført aktiviteter relatert til kritisk vurdering så mange ganger de siste åtte ukene. Det var heller ikke så mange som hadde endret praksis basert på kunnskapsbaserte retningslinjer, selv om de fleste mente at kliniske retningslinjer basert på forskning kunne forbedre klinisk praksis. Uforpliktende aktiviteter som å uformelt diskutere forskningsstudier, fortelle kollegaer om retningslinjer basert på forskning og fremme kunnskapsbasert praksis rapporterte imidlertid flertallet at de hadde utført mer enn en gang. Tid, ressurs- og kunnskapskrevende aktiviteter som å evaluere prosjekter i praksis, endre praksis, søke i

internasjonal retningslinjedatabase og formidle innsamlet pasientdata for kollegaer var derimot aktiviteter flertallet rapporterte at de ikke utførte så ofte.

Det kan se ut som om det er en tendens til at deltakerne i vår studie skårer lavere på KBP holdnings- og implementeringsskala for påstander som handler om tid, ressurser og kunnskap. Dette er i tråd med studier som indikerer at mangel på tid, mangel på ressurser, og mangel på kunnskap og ferdigheter innen KBP er faktorer som kan være hemmende for utøvelse av kunnskapsbasert praksis (Kajermo et al. 2010, Hutchinson & Johnston, 2006, Schreiber & Stern, 2005).

I en norsk studie identifiserte Hommelstad og Ruland (2004) at tid og mangel på ressurser var faktorer som hemmet norske operasjonssykepleieres bruk av forskning i praksis. I kartleggingsstudien ble mangel på tid til å lese forskningsrapporter og iverksette nye ideer på jobb, samt utilstrekkelig med ressurser for å iverksette forskningsresultater i praksis beskrevet som noen av de største barrierene for bruk av forskning i praksis. I tillegg oppga operasjonssykepleierne at også lite samarbeidsvillige leger var et hinder for å ta i bruk forskning i praksis.

Kajermo et al. (2010) viser i en systematisk oversiktsartikkel at barrierer som oftest rapporteres som hemmende for bruk av forskning i praksis er knyttet til faktorer ved organisasjonen, og til faktorer ved forskningen. Mangel på tid og autoritet til å endre praksis samt opplevelsen av at statistikk er vanskelig, og at relevant litteratur ikke er tilgjengelig på et sted er hyppig rapporterte barrierer. Disse barrierene har ifølge Kajermo et al. (2010) vært stabile over tid og geografisk setting. Rangering av barrierene varierer imidlertid til en viss grad, og dette kan tyde på at barrierene er kontekstuelle (Hutchinson & Johnston, 2006). Avhengig av deltakernes kontekstuelle ramme vil det dermed være ulike faktorer som hemmer eller fremmer aktivitet relatert til KBP.

4.2.5 Forholdet mellom holdning, atferd og helsefaglig bakgrunn

I analysen som undersøkte holdning til KBP for hele utvalget var det med 145 sykepleiere, 17 fysioterapeuter og 22 deltakere med en annen helsefaglig bakgrunn. Deltakere med annen helsefaglig bakgrunn besto av ergoterapeuter, radiografer,

sosionomer, vernepleiere og bioingeniør. Disse deltakerne ble analysert sammen fordi det var så få deltakere innenfor hvert helsefag.

Variansanalysen indikerte at fysioterapeutene hadde en signifikant høyere skåre for KBP holdningsskala enn sykepleierne. Med en gjennomsnittlig holdningsskåre på 65,7 hadde fysioterapeutene en høyere holdningsskåre enn den som ble målt for lærerne i dette utvalget. Sykepleierne hadde lavest gjennomsnittlig holdningsskåre med 60,5. Konfidensintervallet rundt sykepleiernes punkttestimat var imidlertid smalt. Det er dermed knyttet mindre usikkerhet til sykepleiernes gjennomsnittsverdi enn for gjennomsnittsverdien til fysioterapeutene og deltakerne med annen helsefaglig bakgrunn.

Tidligere studier som har kartlagt holdning og atferd viser også at fysioterapeuter har positive holdninger til KBP (Jette et al., 2003; Akinbo et al., 2009; Nilsgård & Lohse, 2010; Heiwe et al., 2011). Ingen studier har undersøkt fysioterapeuters holdning med EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale (Tabell 14, vedlegg 16). Det er dermed ikke mulig å sammenligne gjennomsnittlig holdningsskåre for fysioterapeutene med fysioterapeuters holdningsskåre i internasjonale studier.

Det er mange faktorer som kan bidra til å forklare hvorfor fysioterapeutene hadde en høyere gjennomsnittlig holdningsskåre i denne studien enn sykepleierne. For det første var det betydelig forskjell i antall deltakere som var fysioterapeuter og sykepleiere. Fysioterapeutgruppen var åtte ganger mindre enn sykepleiergruppen. Det var også forskjell med hensyn til utdanningsnivå. Ti av 17 fysioterapeuter hadde mastergrad, mens bare 36 av 145 sykepleiere hadde mastergrad. Prosentvis innebar dette at over halvparten av fysioterapeutene som var med i analysen hadde en mastergrad, mot bare en fjerdedel av sykepleierne. I tillegg jobbet syv av fysioterapeutene på høgskoler. Resultatet må derfor sees i lys av gruppens størrelse, gruppenes ulikhet med tanke på utdanningsnivå, og den ulike fordelingen av deltakere som jobbet ved en høgskole.

Selv om resultatet for sykepleierne og fysioterapeutene i denne studien må sees i lys av gruppenes størrelse og forskjellen i deltakernes bakgrunnsvariabler er det flere aspekter ved de to helseprofesjonene som kan synliggjøre at sykepleiere og fysioterapeuter har ulike holdninger til KBP. Fysioterapeuter jobber selvstendig med planlegging og

gjennomføring av pasientbehandling, mens sykepleiere som oftest jobber i team og får arbeidsoppgaver delegert fra lege. Det er derfor nærliggende å tenke at fysioterapeuter er mer opptatt av effekt av tiltak i sin fagprofesjon enn sykepleiere som tradisjonelt har vektlagt omsorg og livskvalitet. I tillegg jobber fysioterapeuter med pasienter på konsultasjonsbasis, mens sykepleiere har ansvar for pleie og behandling av pasienter 24 timer i døgnet. Det er mulig at kontekstuelle forskjeller i sykepleiernes og fysioterapeutenes arbeidshverdag kan være med å forklare forskjellen som sees i fysioterapeutenes og sykepleiernes holdningsskåre.

Forskjell i holdningsskåre og helsefaglig bakgrunn ble også undersøkt for lærere og helse- og sosialarbeidere. Lærere med annen helsefaglig bakgrunn hadde en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn sykepleielærerne. Siden det bare var syv fysioterapeuter blant lærerne ble fysioterapeutene analysert sammen med deltakerne med annen helsefaglig bakgrunn. Blant lærerne med annen helsefaglig bakgrunn skilte fysioterapeutene og ergoterapeutene seg ut med høye gjennomsnittsverdier, men på grunn av det lave antall deltakere i hver gruppe ble ikke disse verdiene testet.

En av forklaringene til at sykepleielærere skårer lavere enn lærere med annen helsefaglig bakgrunn kan være at sykepleierlærernes holdning til KBP kan være påvirket av debatten om kunnskapshierarkiet som har pågått innen sykepleiefaget. Hvis man velger å tolke KBP som at beste tilgjengelig forskning skal komme fra randomisert kontrollerte studier kan vesentlig deler av sykepleiernes akademiske kunnskapsgrunnlag bli ekskludert (Haltbakk et al., 2007). Selv om kunnskapsbasert praksis inkluderer alle kunnskapstradisjoner kan det virke som om KBP forstås i et smalt kunnskapssyn i enkelte akademiske miljø.

En annen forklaring kan være at fysioterapiutdanningen ved Høgskolen i Bergen er en av fire utdanninger ved høgskolen hvor det har blitt satset på kunnskapsbasert praksis. I tillegg fikk utdanningen en mastergrad i klinisk fysioterapi høsten 2010. Det er mulig flere av fysioterapeutilærerne kommer fra Høgskolen i Bergen, og dermed har jobbet med kunnskapsbasert praksis på en systematisk måte i flere år.

For helse- og sosialarbeiderne i klinisk praksis var det imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell i holdningsskåre for sykepleiere og deltakere med annen helsefaglig

bakgrunn. Det var heller ingen statistisk signifikant forskjell med hensyn til hvor mange ganger deltakere med pasientkontakt som var sykepleiere eller hadde annen helsefaglig bakgrunn utførte aktiviteter relatert til KBP. Som sykepleiere beskriver også fysioterapeuter at mangel på tid, mangel på ressurser samt mangel på kunnskap og ferdigheter innen KBP er faktorer som kan hemme en kunnskapsbasert atferd (Kajermo et al. 2010; Hutchinson & Johnston, 2006; Schreiber & Stern, 2005). I tillegg fremhever Schreiber og Stern (2005) fysioterapeuters utfordringer med å overføre funn fra randomisert kontrollerte studier til en klinisk kontekst, samt at krav om produktivitet og manglende støtte fra ledelsen også kan være hemmende for aktivitet relatert til KBP blant fysioterapeuter. Dette kan tyde på at helse- og sosialarbeidere i praksis opplever de samme utfordringene med hensyn til å jobbe kunnskapsbasert på tvers av fagprofesjonene.

4.2.6 Forholdet mellom holdning, atferd og utdanning

Variansanalysen one-way ANOVA viste at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og utdanningsnivå. Post-hoc analyser indikerte at deltakere med mastergrad hadde en statistisk signifikant høyere gjennomsnittsskåre for KBP holdningsskala enn deltakere med videreutdanning og deltakere med grunnutdanning.

Når holdning ble justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk hadde utdanningsnivå en p-verdi på 0,06. I den multiple regresjonsanalysen utpekte dermed ikke variabelen ”utdanningsnivå” seg med en statistikk signifikant overall p-verdi. Regresjonsanalysen indikerte imidlertid at det for variabelen ”utdanningsnivå” fortsatt var en statistisk signifikant forskjell i holdning for deltakere med mastergrad og deltakere med videreutdanning.

Variansanalysen one-way ANOVA indikerte også at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig atferdsskåre og utdanningsnivå. Post-hoc sammenligning indikerte at deltakere med pasientkontakt som hadde en mastergrad utførte aktiviteter relatert til KBP oftere enn deltakere med pasientkontakt som hadde en grunn- eller videreutdanning som høyeste utdanningsnivå. Det var imidlertid ikke lik varians for

disse gruppene. Konfidensintervallet for gjennomsnittlig atferdsskåre for deltakerne med pasientkontakt og mastergrad var relativt bredt, og det er dermed knyttet en større usikkerhet til punkttestimatets reelle verdi.

Når atferd ble justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk hadde utdanningsnivå også en p-verdi på 0,06. Som for holdning utpekte dermed ikke utdanningsnivå seg med en statistisk signifikant overall p-verdi. For atferd var det derimot ingen signifikant forskjell for verdiene under variabelen ”utdanningsnivå”.

Også tidligere studier har identifisert en sammenheng mellom utdanningsnivå og kunnskapsbasert praksis. Melnyk, Fineout-Overholt & Mays (2008) fant at deltakernes skåre på EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale økte med utdanningsnivå. I deres studie hadde deltakere med doktorgrad høyest gjennomsnittsskåre for holdning og atferd relatert til KBP, mens deltakere med to års grunnutdanning i sykepleie (eng. associate degree) hadde lavest gjennomsnittsskåre. Sammenlignet med vår studie skåret de amerikanske deltakerne med doktorgrad omtrent likt som de norske deltakerne med mastergrad på KBP holdningsskalaen. På KBP implementeringsskalaen skåret imidlertid de amerikanske deltakerne med doktorgrad litt høyere enn våre norske deltakere med mastergrad. På grunn av høyt standardavvik rundt gjennomsnittsverdiene er det imidlertid vanskelig å sammenligne disse resultatene.

I en systematisk oversiktsartikkel viser Squires et al. (2011) at utdanningsnivå også kan ha betydning for sykepleieres bruk av forskning i praksis. I den systematiske oversiktsartikkelen, som vurderte individuelle faktorer for sykepleieres bruk av forskning, ble det identifisert et statistisk signifikant forhold mellom sykepleiere med en akademisk grad og sykepleiere med bachelor- eller diplomutdanning. Det var imidlertid ingen signifikant forskjell mellom de lavere utdanningsnivåene.

I vår studie viste variansanalysen one-way ANOVA at deltakere med mastergrad hadde en statistisk signifikant høyere skåre for holdning og atferd relatert til KBP enn deltakere med lavere utdanning. Når holdning og atferd relatert til KBP var justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert i den multiple regresjonsanalysen ble det imidlertid bare identifisert et statistisk signifikant funn for

holdning og mastergrad. I motsetning til Squires et al. (2011) sine funn indikerte ikke resultatet i vår studie at det var en statistisk signifikant forskjell for høyere utdanningsnivå og hvor mange ganger deltakerne utførte aktivitet relatert til KBP.

De fleste som hadde mastergrad var lærere og jobbet på en høyskole. Det var derfor ikke uventet at gjennomsnittlig holdningsskåre for deltakere med mastergrad var tilnærmet likt gjennomsnittlig holdningsskåre for lærerne og deltakerne fra høyskoler. Flertallet av deltakerne med videreutdanning jobbet i klinisk praksis, og gjennomsnittlig holdningsskåre for deltakere med videreutdanning samsvarte med gjennomsnittlig holdningsskåre for helse- og sosialarbeidere som jobbet i klinisk praksis.

Av 218 deltakere var det 124 som hadde en videreutdanning og 56 som hadde mastergrad som høyeste utdanningsnivå. Av deltakere med videreutdanning som høyeste utdanningsnivå hadde flertallet en videreutdanning innen helsefag, men det var også deltakere som hadde videreutdanning innen administrasjon, ledelse og pedagogikk. Flere av deltakerne hadde mer enn en videreutdanning. Dette kan tyde på at personer som har videreutdanning i KBP er interessert i fag og utdanning.

Det var en svak negativ korrelasjon mellom antall år siden grunnutdanning og holdning til KBP, og en svak positiv korrelasjon mellom alder og holdning til KBP. Resultatet indikerer dermed at deltakere med en eldre grunnutdanning var mer positive til KBP enn deltakere med en yngre grunnutdanning, og at de eldre deltakerne var mer positive enn de yngre deltakerne. Flere av deltakerne med eldre grunnutdanning hadde også en mastergrad og jobbet på høyskoler. Sett i lys av lærernes holdningsskåre var det derfor ikke uventet at det var deltakere med en eldre grunnutdanning som var mest positive til KBP. Tatt i betraktning at lærerne også hadde en høyere gjennomsnittsalder var det heller ikke overraskende at det var de eldste deltakerne som var mest positive til KBP.

Tidligere har også Melnyk, Fineout-Overholt og Mays (2008) og Mariano et al. (2009) funnet at eldre sykepleiere var mer positive til KBP enn yngre sykepleiere. Akinbo et al. (2009) og Jette et al. (2003) fant imidlertid at yngre, nyutdannete fysioterapeuter som hadde mer enn bachelorutdanning var mer positive til KBP, hadde høyere ferdigheter og var tryggere på bruken av forskning i praksis. Forfatterne relaterte disse funnene til at KBP var et nyere begrep innen fysioterapiutdanningen, og at fokuset på KBP i nyere

utdanningsprogram dermed kunne være en av forklaringene. Også i Norge har kunnskapsbasert praksis blitt satt på dagsorden på bachelornivå de siste årene (Haltbakk et al., 2007). Man kunne tro at deltakere som hadde fått innføring i KBP i sin bachelorutdanning ville være mer positiv til KBP. Ut ifra dette perspektivet var det derfor uventet at det ikke var deltakere med en yngre grunnutdanning som var mest positiv til KBP.

Det ble ikke identifisert en sammenheng mellom når deltakerne hadde tatt videreutdanningen i KBP og deres holdning og atferd relatert til KBP. Dette kan tyde på at tidspunkt for avlagt eksamen på videreutdanningen ikke har noen betydning for deltakeres holdning eller atferd relatert til KBP.

4.2.7 Forholdet mellom holdning, atferd og arbeidssituasjon

Studien undersøkte flere forhold relatert til deltakernes arbeidssituasjon. Holdning og atferd relatert til KBP ble vurdert både i forhold til deltakernes arbeidssted, og i forhold til deres ulike stillinger. Det ble også undersøkt om det var sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP og ansiennitet i nåværende jobb, samt stillingsprosent. Det ble imidlertid ikke funnet en statistisk signifikant sammenheng for ansiennitet i nåværende jobb og holdning eller atferd relatert til KBP, eller deltakernes stillingsprosent og holdning eller atferd relatert til KBP.

Variansanalysen one-way ANOVA indikerte at det var en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre og arbeidssted. Post-hoc sammenligning indikerte at deltakere som jobbet ved høyskoler hadde en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn deltakere som jobbet ved et universitetssykehus. Videre indikerte variansanalysen at lærere hadde en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn deltakere som hadde ansvar for fagutvikling. Når holdning ble justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk var det imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell i holdningsskåre i forhold til deltakernes arbeidssted.

Variansanalysen one-way ANOVA indikerte også at det var en statistisk signifikant forskjell i hvor mange ganger deltakere fra høyskoler utførte aktivitet relatert til KBP i

forhold til deltakere som jobbet ved et universitetssykehus, et sykehjem eller hadde en annen arbeidsplass. Videre viste analysen at lærere med pasientkontakt hadde en statistisk signifikant høyere atferdsskåre enn deltakere med klinisk stilling og spesialsykepleiere/spesialister. Det var imidlertid variasjon i størrelsen på disse gruppene, og ulik varians i gruppene. Konfidensintervallene for gjennomsnittsverdien til deltakere ved høgschooler og lærere var relativt brede, og det er dermed knyttet en større usikkerhet rundt disse punkttestimatene.

Når atferd relatert til KBP ble justert for alder, utdanningsnivå, deltakelse i kunnskapsbasert nettverk og arbeidssted utpekte ikke arbeidssted seg med en signifikant overall p-verdi. Regresjonsanalysen indikerte imidlertid at deltakere fra høgschooler utførte statistisk signifikant flere aktiviteter relatert til KBP i forhold til deltakere som jobbet ved et annet arbeidssted. Også i regresjonsanalysen var konfidensintervallet for lærerne og deltakerne som jobbet ved høgschooler bredt, og en større usikkerhet er knyttet til punkttestimatets reelle verdi.

I tillegg til disse analysene ble det gjennomført en t-test for å teste forskjell i gjennomsnittlig holdningsskåre for lærerne og helse- og sosialarbeiderne. Analysen indikerte at lærere hadde en statistisk signifikant høyere holdningsskåre enn helse- og sosialarbeidere. Det var også en statistisk signifikant forskjell i hvor mange ganger lærere med pasientkontakt og helse- og sosialarbeidere med pasientkontakt rapporterte at de utførte aktiviteter relatert til KBP.

Et moment som kan være litt forvirrende i denne fremstillingen er at lærer er benyttet både som en variabel og som en verdi. For deltakere som jobbet ved høgschooler var det 45 lærere, fem stipendiater og to ledere. Under variabelen "type stilling" ble disse analysert under verdiene "lærer", "leder" eller "annen stilling". Når forskjell i gjennomsnittlig holdnings- og atferdsskåre ble sammenlignet for lærere og helse- og sosialarbeidere ble imidlertid lærere, stipendiater og ledere ved høgschooler analysert sammen under variabelen "lærer". Lærere, stipendiater og ledere ved høgschooler er også analysert sammen under verdien "høgschool". I ettertid ser jeg at dette kan være forvirrende, og at det hadde vært bedre å skille mellom akademikere og klinikere fremfor lærere og helse- og sosialarbeidere. Når forskjell i holdnings- og atferdsskåre diskuteres i forhold til deltakernes arbeidssituasjon vil imidlertid deltakere fra høgschooler

også bli omtalt som lærere ved høyskoler. Lærere blir i denne sammenheng dermed alle ansatte ved høyskoler enten de er lærere, lektorer, førstelektorer, førsteamanuensis, stipendiater eller ledere.

Et annet moment som er viktig å presisere når resultatene fremstilles er at holdningene i denne studien er målt for hele utvalget, mens atferd relatert til KBP kun er målt for deltakere med pasientkontakt. Aktiviteten relatert til KBP for ledere og fagutviklere uten pasientkontakt som jobbet på sykehjem, eller i andre helseforetak ble dermed ikke undersøkt. Dette innebærer blant annet at det er holdningene for femten ansatte ved sykehjem som er undersøkt, mens det bare er aktiviteten for ni ansatte som er med i analysen for atferd relatert til KBP. Fordi noen av spørsmålene på KBP implementeringsskala handler om aktivitet relatert til klinisk praksis ble kun deltakere med pasientkontakt inkludert i analysene for denne skalaen.

Lærere ved høyskoler og helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis

Lærerne og helse- og sosialarbeiderne i denne studien kommer fra hele landet og har ulike arbeidsplasser. Med unntak av tre kull som fikk undervisning i Førde, Stavanger og Oslo ble undervisningen gjennomført i Bergen. Det er dermed rimelig å anta at flere av deltakerne i studien kommer fra Bergensregionen. Det var flest sykepleiere både blant lærerne og helse- og sosialarbeiderne. I gjennomsnitt var lærerne nesten ti år eldre enn helse- og sosialarbeiderne. Lærernes grunnutdanning var også gjennomsnittlig nesten ti år eldre enn helse- og sosialarbeidernes. Prosentvis var det litt flere lærere som jobbet fulltid, og lærerne hadde i gjennomsnitt vært ansatt to år lengre i sin nåværende jobb enn helse- og sosialarbeiderne.

Lærerne jobbet ved høyskoler og var ansatt som lærer, lektor, førstelektorer, førsteamanuensis, stipendiat eller leder. Helse- og sosialarbeiderne var ansatt i vanlig klinisk stilling, som spesialsykepleier/spesialist, hadde ansvarlig for fagutvikling, var leder eller hadde en annen stilling. De jobbet ved universitetssykehus, lokalsykehus, sykehjem eller ved en annen arbeidsplass. Det var 79 % av helse- og sosialarbeiderne som hadde pasientkontakt, mens kun 25 % av lærerne hadde pasientkontakt. Prosentvis var det nesten like mange lærere og helse- og sosialarbeidere som deltok i

kunnskapsbaserte nettverk (38 % og 33 %). Utover disse opplysningene foreligger det ingen informasjon om deltakernes arbeidssituasjon.

Selv om det ikke foreligger opplysninger om deltakernes ulike arbeidsplasser er det rimelig å anta at lærerne og helse- og sosialarbeiderne jobber i to ulike settinger, har ulik tilgang til ressurser og møter ulike forventninger fra kollegaer og arbeidsgivere i forhold til det å jobbe kunnskapsbasert. Det er også rimelig å anta at lærerne har en mer forutsigbar arbeidsdag med større mulighet til selv å planlegge og disponere egen arbeidstid innenfor gitte rammer, mens mange av helse- og sosialarbeiderne jobber i et miljø hvor de stadig kan bli avbrutt av uforutsette hendelser. Videre har lærere ofte eget kontor med tilgang til pc og internett, mens helse- og sosialarbeidere ofte jobber i et åpent miljø med varierende tilgang på pc.

På KBP holdningsskala var det en tendens til at helse- og sosialarbeidere skåret lavere enn lærerne på påstander som kunne knyttes til tid og ressurser. Det var også en tendens til at deltakere med pasientkontakt sjeldnere utførte aktiviteter som krevde tid, ressurser og kunnskap. Lærere og helse- og sosialarbeidere har ulike kontekster for utøvelse av kunnskapsbasert praksis. Jeg vil derfor diskutere resultatene relatert til deltakernes holdning, atferd og arbeidssituasjon i sammenheng med læreres og helse- og sosialarbeideres ulike kontekster, tid og ressurser.

Holdning for lærere

Med en gjennomsnittlig holdningsskåre på 64,8 hadde lærerne en høyere gjennomsnittsskåre enn tidligere beskrevet for dette måleinstrumentet. Lærernes høye holdningsskåre kan ha sammenheng med at Høgskolen i Bergen har hatt KBP som satsningsområde siden 2003. Videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” ble opprettet for å heve kompetansen blant lærerne ved Høgskolen i Bergen, og selv om deltakerne kommer fra hele landet er det rimelig å anta at flere av lærerne som har tatt videreutdanningen jobber ved Høgskolen i Bergen. Det er derfor mulig at det kan være en sammenheng mellom Høgskolens fokus på KBP og lærernes positive holdninger til KBP.

Det er også andre faktorer som kan være med å forklare lærernes høye holdningsskåre. Med NOKUT evalueringen fra 2005 fikk flere høyskoler pålegg om å øke fokuset på forskningstilknytningen i utdanningen (Haltbakk et al. 2007; NOKUT, 2011). I dag skal undervisning innen høyere utdanning formidle ”veletablert kunnskap som sammenfatter og systematiserer resultatene fra tidligere forskning” (Hyllseth, 2001, s.12). I tillegg skal den være ”bundet til deltakelse i pågående forskning, og bygge på etablerte forhåndskunnskaper og innsikt i vitenskapelig arbeidsmåte” (Hyllseth, 2001, s.12). Det er nærliggende å tolke dette som at lærere ved høyskole/universitet jobber i et aktivt forskningsmiljø hvor ansatte med forskningskompetanse formidler forskningens nyeste resultater, og gir veiledning i vitenskapelig metode. Ut ifra disse antagelsene var det derfor ikke så uventet at lærerne skåret høyt på KBP holdnings- og implementeringsskala.

Lærere har lenge benyttet forskning i forbindelse med undervisning av studenter (Tveit, Strøm & Hafslund, 2007). Historisk har sykepleierutdanninger hatt fokus på forskningsprosessen, i stede for å utdanne sykepleiere som kan bruke funn fra forskning i praksis (Burke et al., 2005). Noen lærere ser faktisk ikke at det er en forskjell i å undervise i forskningsprosessen og å undervise i kunnskapsbasert praksis (Stichler, et al. 2010). Innen sykepleierutdanningen har det vært diskutert om kunnskapsbasert praksis er hensiktsmessig for å tydeliggjøre utdanningens forskningstilknytning (Haltbakk et al., 2007), og mye av kritikken mot kunnskapsbasert praksis har kommet fra akademikere i helsefagene (Nortvedt & Jamtvd, 2009). Med tanke på dette var det uventet at lærerne skåret så høyt på KBP holdningsskala.

Positive holdninger til KBP blant lærere er også beskrevet i tidligere studier (Melnik et al., 2008; Stichler et al., 2011). I en studie som undersøkte kunnskap, holdning, atferd og barrierer relatert til KBP blant kliniske lærere på en privat og offentlig sykepleieskole i USA fant Stichler et al. (2011) at lærerne var positiv til KBP. På en modifisert utgave av Upton & Upton (2006) sitt spørreskjema skåret lærerne høyest på holdning, deretter kunnskap og lavest på atferd. Tilsvarende resultater, men med lavere gjennomsnittsverdier, er observert for kliniske sykepleiere ved et akademisk medisinsk senter i USA (Brown et al., 2009).

Melnyk et al. (2008) fant også positive holdninger til KBP blant lærere, selv om det var store variasjoner i lærernes svar. Lærerne hadde stor tro på at KBP forbedret praksis og pasientutfall, men var ikke så sikre på at funn fra forskning var blitt brukt for å styre sykepleierpraksis eller for å bedre pasientutfall. Det var faktisk en negativ sammenheng mellom alder og tro på at KBP kunne forbedre pasientutfall, noe som indikerte at dess lengre lærerne hadde undervist dess mindre tro hadde de på at KBP ville forbedre pasientutfall. I studien vår var det også en lavere andel lærere som mente at KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling, og at anvendelse av KBP forbedrer pasientbehandling. Påstanden om forbedring av pasientbehandling på KBP holdningsskala lyder imidlertid ”jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre pasientbehandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter” (Vedlegg 3). De færreste av lærerne var i praksis, og det er dermed mulig flere av lærerne kan ha stilt seg mer nøytral til denne påstanden.

De fleste av lærerne i studien vår mente at deres praksis var kunnskapsbasert, og at de var trygge på å anvende KBP i sitt arbeid. Lærerne i Melnyk et al. (2008) sin studie oppga også at deres kliniske praksis var kunnskapsbasert, og at de hadde god kunnskap om KBP. Selv om de færreste hadde satt opp egne kurs for opplæring i KBP på undervisningsplanen rapporterte de fleste av de amerikanske lærerne at de underviste KBP prinsipper til sine studenter, og at de integrerte KBP i undervisning relatert til praksis. I ettertid ser jeg at noen tilleggsspørsmål på bakgrunnsskjemaet som omhandlet lærernes praksis, med tanke på undervisning i KBP, kunne generert nyttig kunnskap også i denne studien.

Fra arbeidsgiver, studenter og praksisfeltet er det forventet at lærere holder seg oppdatert på fagfeltet sitt (Haltbakk et al. 2007; Kunnskapsdepartementet, 2010). I tillegg bør lærere selv arbeide kunnskapsbasert for å kunne veilede studenter tilfredsstillende i kunnskapsbasert praksis (Tveit, Strøm & Hafslund, 2007). Ytre og indre forventninger kan være med å påvirke hvordan deltakere svarer i selvrapporterende spørreundersøkelse, og det vil alltid være en fare for at det er de som er mest positive og interesserte som svarer og returnerer skjemaene (Polit & Beck, 2008). I tillegg til at lærere som har tatt en videreutdanning i KBP i utgangspunktet gjerne er positiv til KBP kan det være en fare for at det er de mest positive lærerne, eller

de som har utført flest aktiviteter som har svart på spørreskjemaundersøkelsen. På den annen side vil imidlertid dette også være tilfelle for helse- og sosialarbeiderne i klinisk praksis.

Holdning og atferd for helse- og sosialarbeidere

Det er ikke bare lærere som har krav til faglig oppdatering. Det er også knyttet forventninger til at helsepersonell holder seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 1999), og bygger sin praksis på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring (Sosial- og Helsedirektoratet 2010, kap. 6). Innen helsevesenet er det imidlertid varierende hvor mye tid som vies faglig oppdatering. De siste årene har det vært en tendens til at fagutvikling for helse- og sosialarbeidere har blitt nedprioritert ved omorganiseringer og kostnadskutt. Kompetansehevende tiltak som internundervisning, fagdager og fagmøter blir ofte satt på turnus, men nedprioritert hvis det blir travelt i avdelingen (Naustdal, 2010). I enkelte praksismiljø er det faktisk en forventning om at sykepleiere skal gjøre jobben sin, ikke at de skal holde seg faglig oppdatert i arbeidstiden eller reflektere over egen praksis (Scott-Findlay & Golden-Biddle, 2005).

I studien vår var det ikke store variasjoner i hvordan helse- og sosialarbeidere som var ansatt i ulike stillinger skåret på KBP holdningsskala. Variansanalysen indikerte at lederne hadde en litt høyere gjennomsnittsverdi, men det var ingen signifikant forskjell. Det var heller ingen vesentlige variasjoner i forhold til hvordan helse- og sosialarbeidere ansatt på ulike arbeidsplasser skåret på holdningsskalaen. Funnene kan dermed tyde på at holdningen til KBP for helse- og sosialarbeidere samsvarer uansett stilling og arbeidsplass.

Det var imidlertid større variasjoner i hvor mange ganger helse- og sosialarbeidere ved de ulike arbeidsplassene rapporterte at de hadde utført aktivitet relatert til KBP. Ansatte ved sykehjem som hadde pasientkontakt skåret lavere på KBP implementeringsskala enn ansatte ved universitetssykehus og ansatte ved lokalsykehus som hadde pasientkontakt. Det ble imidlertid ikke identifisert en statistisk signifikant forskjell.

Det var ikke uventet at helse- og sosialarbeidere ved sykehjem hadde en lav gjennomsnittlig skåre for KBP implementeringsskala. Flere sykehjem sliter med

arbeidsmiljøproblemer og høyt sykefravær (Paulsen et al., 2004). I tillegg er antall pleiere på sykehjem halvparten sammenlignet med sykehus, og et mindretall av pleierne er sykepleiere (Den norske legeforening, 2001). Førde et al. (2006) beskriver at de hyppigste formene for ressursmangel ved sykehjem er for lite personell i forhold til pleietyngde, mangel på tid og trange budsjetttrammer. I et travelt miljø hvor bemanningen ofte består av flest hjelpepleiere og ufaglærte kan det være vanskelig å få aksept til å drive med aktivitet relatert til KBP, med mindre det er tilrettelagt fra ledelsen.

Det er imidlertid sykehjem som jobber med systematiske tiltak for kompetanseutvikling (Paulsen et al., 2004). I en svensk studie som undersøkte anvendelse av KBP to år etter endt sykepleierutdanning beskriver Boström et al. (2009) at det var flere sykepleiere innen eldreomsorgen som anvendte KBP etter to år, sammenlignet med sykepleiere på sykehus, psykiatri eller innen primæromsorgen. Som tidligere nevnt er det imidlertid kun resultatene til helse- og sosialarbeidere med pasientkontakt som er analysert for atferd relatert til KBP i vår studie. Det er mulig resultatet for sykehjemsansatte ville vært annerledes om aktiviteten relatert til KBP også for lederne og fagutviklerne uten pasientkontakt hadde vært analysert.

Variansanalysen indikerte også at det var en forskjell i atferdsskåre i forhold til helse- og sosialarbeidernes ulike stillinger. Spesialsykepleiere og spesialister med pasientkontakt hadde en lavere gjennomsnittlig atferdsskåre enn helse- og sosialarbeidere med pasientkontakt som var ansatt i kliniske stillinger eller hadde ansvar for fagutvikling. Det ble for øvrig ikke observert en statistisk signifikant forskjell.

Det var imidlertid overraskende at spesialsykepleiere og spesialister med pasientkontakt skåret lavest på KBP implementeringsskala. Av deltakere med spesialutdanning var det flest innen anestesi/intensiv/operasjon og onkologi/palliasjon. Ifølge Scott et al. (2008) kan en av utfordringene med å jobbe kunnskapsbasert på en intensivavdeling være at sykepleierne er stasjonert med pasienten hele dagen, uten tilgang på pc. I tillegg vil det være mange eksperter å rådføre seg med i en spesialavdeling. Om dette er faktorer som kan bidra til å forklare den lave aktiviteten relatert til KBP for spesialsykepleierne og spesialistene med pasientkontakt er imidlertid vanskelig å uttale seg om da det ikke foreligger noen konkret informasjon om deltakernes arbeidsplass.

Det var ikke uventet at deltakere med ansvar for fagutvikling som hadde pasientkontakt utførte aktivitet relatert til KBP oftest blant helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt. I en organisasjon vil det være behov for personer med ulike ferdigheter i KBP (Dawes et al., 2005). Helse- og sosialarbeidere med ansvar for fagutvikling har avsatt tid til fagutviklingsarbeid, og bør derfor ha større mulighet til å utføre trinnene i kunnskapsbasert praksis. Flere av deltakerne i studien vår hadde imidlertid ansvar for fagutvikling i kombinasjon med en klinisk stilling, spesialsykepleier/spesialiststilling eller lederstilling. I en travel hverdag kan det være en utfordring å ikke nedprioritere faglig utviklingsarbeid fremfor daglig drift, når det blir travelt i avdelingen (Naustdal, 2010). Aktiviteten til fagutviklerne uten pasientkontakt ble ikke målt. Det kunne vært interessant å undersøke om fagutviklere uten pasientkontakt utfører aktiviteter relatert til KBP oftere enn fagutviklere med pasientkontakt.

Flere av deltakerne med pasientkontakt hadde brukt kunnskap fra ulike kilder mer enn en gang, men det var bare 16 % som hadde brukt kunnskap fra ulike kilder mer enn fire ganger de siste åtte ukene. Dette samsvarer med at helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis har liten tradisjon for å støtte seg til forskning når beslutninger tas i praksis. Sykepleiere som har spesifikke praksisnære spørsmål i praksis henter oftest sin kunnskap ved å spørre kollegaer, eller ved å bruke kunnskap fra egen erfaring basert på det som tidligere har fungert (Estabrooks et al., 2005). Kunnskap fra ulike dokumenterte kilder og tidligere lærdom brukes sjeldnere (Estabrooks et al., 2005). Tilsvarende funn er også beskrevet blant fysioterapeuter (Palfreyman, Tod, & Doyle, 2003).

Som tidligere nevnt var det en lavere andel helse- og sosialarbeidere som sa seg ”enig” eller ”svært enig” i påstander som handlet om tid og ressurser, og en lavere andel deltakere med pasientkontakt som hadde utført tids- og ressurskrevende aktiviteter relatert til KBP de siste åtte ukene. Slik helsevesenet er i dag er det rimelig å anta at helse - og sosialarbeidere kan jobbe i et miljø som er preget av høyt tempo. Stadige avbrytelser på grunn av medisinske tilsyn, pårørende, telefoner, eller spørsmål fra kollegaer kan medføre problemer med å få gjennomført alle arbeidsoppgavene i løpet av en arbeidsdag (Bowers, Lauring & Jacobsen, 2001; Scott et al., 2008). Det er også miljøer innen helsevesenet som vektlegger og verdsetter et travelt miljø (Thompson et al., 2006). Mangel på tid for bruk av forskning trenger ikke nødvendigvis å være knyttet

til det å fullføre nødvendig rutinearbeid, men kan også være et uttrykk for manglende støtte til bruk av forskning blant kollegaer, mangel på interesse, eller mangel på mental tid og energi som er nødvendig for å bruke forskning i praksis (Thompson et al., 2006). En kultur preget av travelhet vil ifølge Scott-Findlay og Golden-Biddle (2005) ikke være forenelig med bruk av forskning i praksis, da forskningsbruk innebærer tid til refleksjon, samt tid til innhenting, lesing og kritisk vurdering av forskningslitteratur.

I tillegg til et travelt miljø er det også flere av helse- og sosialarbeiderne som kan være i et miljø preget av uforutsigbarhet, noe som kan medføre usikkerhet. Usikkerhet kan være relatert til pasienters ustabile tilstand, sykepleieres uforutsigbare arbeidssituasjon, kompleksiteten av å jobbe i et avansert sykehusmiljø og skiftende lederskap (Scott et al. 2008). En kontekst preget av usikkerhet kan i følge Scott et al. (2008) føre til en kultur hvor sykepleiere kan være motvillige til å bruke forskning som beslutningsstøtte i praksis. Ved en pediatrik intensivavdeling i Canada var sykepleierne motvillige til å ta initiativ til å stille spørsmål, foreslå endring i praksis eller prøve noe nytt med mindre en person med autoritet fremmet forslaget. I tillegg var de lite villige til å bruke forskning da de mente det var andres jobb å oppsøke forskningslitteraturen, og fortelle de hva de skulle gjøre (Scott et al., 2008).

Selv om helse- og sosialarbeiderne mener at kunnskapsbasert praksis resulterer i at pasienter får den beste behandling kan det være vanskelig for deltakerne av videreutdanningen å arbeide kunnskapsbasert, hvis miljøet er preget av en usikker eller travel kultur. Høy arbeidsmengde trenger imidlertid ikke medføre at aktiviteter relatert til KBP blir utført sjeldent. Estabrooks et al. (2004) beskriver i en rapport at en avdeling med høy arbeidsmengde skåret høyere på bruk av forskning i praksis enn enheter med lavere arbeidsmengde. I tillegg til høye skåre på arbeidsmengde og bruk av forskning, skåret denne avdelingen også høyt for organisatorisk støtte og positiv holdning fra ledelsen til bruk av forskning i praksis.

Innføring av kunnskapsbasert praksis krever endring på systemnivå, noe som innbefatter individet, avdelingen og organisasjonen (Rycroft-Malone, 2008). Den kontekstuelle rammen vil være avgjørende for at helse- og sosialarbeidere skal kunne utøve en kunnskapsbasert praksis. Ved at spesielle ideer, aktiviteter eller handlinger verdsettes mer enn andre kan kulturen i en organisasjon være med å forme bruken av forskning i

praksis (Scott-Findlay & Golden-Biddle, 2005). Lederskap som støtter forskning og bidrar til å skape en visjon for bruk av forskning i praksis er derfor viktig (Gifford, et al., 2007). I vår studie hadde lederne den høyeste holdningsskåren blant helse- og sosialarbeiderne. Lederne utførte imidlertid ikke aktivitet relatert til KBP så ofte, og det var ingen statistisk signifikant forskjell i holdningsskåre for helse- og sosialarbeidernes ulike stillinger. Dette kan tyde på at vi fortsatt må jobbe med holdning og atferd relatert til KBP på ledernivå.

T-test indikerte at lærerne skåret statistisk signifikant høyere for KBP holdnings- og implementeringsskala enn helse- og sosialarbeiderne. I diskusjonen er det pekt på at lærere og helse- og sosialarbeidere jobber i ulike kontekstuelle settinger med tanke på tid og ressurser. Hittil har det vært mye fokus på å gi individuell opplæring i kunnskapsbaserte prinsipper, men det er kanskje vel så viktig å fokusere på kontekstuelle faktorer ved innføring av kunnskapsbasert praksis (Rycroft-Malone, 2008). I følge Meijers et al. (2006) er tilgang på ressurser, en kultur som oppmuntrer og anerkjenner bruk av forskning, tid til å lese forskning, og utdanning kontekstuelle faktorer som kan påvirke sykepleieres bruk av forskning. Videre kan opplæring i KBP som er integrert i klinisk praksis, og innføring av mentorer også være tiltak som kan fremme kunnskapsbasert praksis (Melnyk et al., 2004; Coomarasamy & Khan, 2004). Den lave atferdsskåren til helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt kan tyde på at det også i Norge bør iverksettes ulike kontekstuelle tiltak i klinisk praksis.

Deltakere ved høyskoler som hadde pasientkontakt utpekte seg med en statistisk signifikant verdi når atferd var justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk. Som tidligere nevnt var det ulik varians i gruppene og konfidensintervallet for deltakerne ved høyskoler som hadde pasientkontakt var bredt. Det er dermed knyttet en større usikkerhet til dette resultatet. Selv om også t-test indikerer at lærere med pasientkontakt hadde en statistisk signifikant høyere atferdsskåre enn helse- og sosialarbeiderne med pasientkontakt må resultatene fra disse analysene tolkes med forsiktighet.

4.2.8 Forholdet mellom holdning, atferd og kunnskapsbasert nettverk

T-test viste at deltakere som deltok i kunnskapsbasert nettverk hadde signifikant høyere skåre på KBP holdnings- og implementeringsskala enn deltakere som ikke deltok i et kunnskapsbasert nettverk. Når holdning ble justert for alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk var det kun deltakelse i kunnskapsbasert nettverk som utpekte seg med en statistisk signifikant overall p-verdi både for KBP holdnings- og implementeringsskala.

Positive holdninger og økt aktivitet relatert til KBP etter deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk er beskrevet tidligere. I evalueringsrapporten av kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis ved Haukeland Universitetssykehus kom det frem at deltakerne utførte flere aktiviteter relatert til en kunnskapsbasert praksis etter deltakelse i en fagring (Graverholt, Nortvedt & Ruud, 2007). Evalueringen viste at sykepleierne i fagringene søkte mer i medisinske og sykepleiefaglige databaser, leste flere fagartikler, og mente de var bedre til å kritisk vurdere informasjonskildene for egen læring. I tillegg var det flere som hadde hatt undervisning/innlegg/foredrag etter deltakelse i fagringprosjektet. I følge Graverholt, Nortvedt og Ruud (2007) var de fleste sykepleierne enige i at forskning var nyttig for praksis.

Positive holdninger og bruk av resultater fra forskning som beslutningsstøtte i praksis er også beskrevet av Goodfellow (2004), som innførte journal clubs for bachelorstudenter i sykepleiepraksis. Sciarra (2011) fant også en statistisk signifikant forbedring i gjennomsnittlig skåre på EBP Belief Scale etter deltakelse i journal club. Resultatet i denne studien må imidlertid sees i lys av at intervensjonen besto av en ukentlig journal club som bare varte i fire uker før holdningene til de syv deltakerne ble kartlagt med EBP Beliefs Scale.

Det er enkeltstudier som har beskrevet en forbedret evne til å bruke forskning som beslutningsstøtte etter deltakelse i journal clubs, men på grunn av metodologiske svakheter ved enkeltstudiene fant Harris et al. (2011) ingen holdepunkter for at journal clubs er effektive som kunnskapsbasert beslutningsstøtte i praksis. Coomarasamy, Taylor & Khan (2003) fant heller ingen klare holdepunkter for at journal clubs, eller andre kunnskapsbaserte nettverk forbedret holdning og atferd relatert til KBP. I en nyere systematisk oversikt hevder imidlertid Honey og Baker (2011) at journal clubs

kan være en effektiv måte å forbedre kunnskap, ferdigheter og atferd relatert til KBP. Videre er det indikasjoner for at undervisning som er integrert i klinisk praksis kan endre holdning og atferd relatert til KBP (Coomarasamy & Khan, 2004).

På bakgrunnskjemat i denne studien ble det etterspurt om deltakerne deltok i fagring, lesegruppe, fagprosedyregruppe eller artikkelskrivegruppe. Dette er nettverk som det informeres om på videreutdanningen, og som er etablert ved flere institusjoner. Selv om deltakelsen i kunnskapsbasert nettverk generelt ikke var så høy, var det overraskende mange som oppga deltakelse i kunnskapsbasert fagprosedyregruppe i forhold til deltakelse i fagring og lesegruppe. Med Eiring et al. (2010) sin avdekking av mangfoldet innen prosedyrearbeidet i helse-Norge er det mulig de ulike helseforetakene har satset på kunnskapsbaserte fagprosedyregupper. Det er imidlertid også mulig at noen har svart at de deltar i en fagprosedyregruppe, uten at de nødvendigvis jobber etter kunnskapsbaserte prinsipper.

I tillegg til å krysse av for disse svaralternativene var det også mulig for respondentene å føre opp deltakelse i andre nettverk. Det var 36 deltakere som oppga at de deltok i andre nettverk, og de fleste av disse var lærere. Andre nettverk ble oppgitt til å være prosjektarbeid, kvalitetsutvalg, undervisning, emnegruppe, prosjektgruppe arbeidsgruppe eller koordinatorfunksjon. Om dette er kunnskapsbaserte nettverk, eller faglige nettverk med eller uten en kunnskapsbasert tilnærming er uvisst. Sett i ettertid kunne nok et spørsmål som spurte om deltakerne deltok i et nettverk/arbeidsgruppe, og et annet spørsmål som spurte om dette nettverket/arbeidsgruppen var kunnskapsbasert eller ei gitt et mer presist svar.

I følge Li et al. (2009) har praksisfellesskap i økende grad blitt brukt innen helsesektoren for å hjelpe praktikere til å forstå konkret informasjon, som for eksempel funn fra forskning, i konteksten hvor den skal brukes. Wenger, McDermott og Snyder (2002, s. 4) definerer praksisfellesskap som “groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis”. I følge Li et al. (2009) er karakteristika ved praksisfellesskap sosial interaksjon mellom medlemmene, deling av kunnskap, frembringning av kunnskap og identitetsbygging. Effekten av praksisfellesskap er imidlertid uvisst da primærstudiene i Li et al. (2009) sin

systematiske oversiktsartikkel, som undersøkte praksisfellesskap innen helsevesenet, ikke imøtekom de valgte kriteriene for kvantitativ analyse.

Om deltakeren i denne studien har deltatt i et kunnskapsbasert nettverk eller et praksisfellesskap kan være litt uklart. Deltakerne kan ha lagt en annen mening i fagring, lesegruppe, fagprosedyregruppe og skrivegruppe enn det de fikk undervisning om på videreutdanningen. Uansett var deltakere som jobbet sammen i grupper med et tema av interesse mer positiv til KBP, og utførte flere aktiviteter relatert til KBP enn de som ikke deltok i slike grupper.

Et interessant funn var at det var en statistisk signifikant forskjell i holdningsskåre for helse- og sosialarbeidere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk, men ikke for lærerne. Det er mulig helse- og sosialarbeidere kan oppleve at det er vanskelig å jobbe kunnskapsbasert, med mindre praksis tilrettelegger for en kunnskapsbasert aktivitet. Det er også mulig at lærere opplever færre barrierer relatert til kunnskap, tid og ressurser og at de derfor har større tro på kunnskapsbaserte praksis, med eller uten støtte av et fellesskap. Ulike forhold og forventninger relatert til deltakernes utdanningsnivå, arbeidssituasjon, og kontekst kan nok være en mulig forklaring for denne forskjellen.

5 KONKLUSJON

Studien har undersøkt holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos personer som har tatt en videreutdanning i KBP. Utvalget er tverrfaglig og gjenspeiler målgruppen for videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert”. I tillegg til å undersøke holdninger for hele utvalget, og atferd relatert til KBP for deltakere med pasientkontakt har studien også sett på forskjell i holdninger for lærere ved høgskoler og helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis. Ved generalisering av resultatene i denne studien er det imidlertid viktig å være oppmerksom på at atferd kun er analysert for deltakere med pasientkontakt. I tillegg må lærernes atferdsskåre tolkes med forsiktighet da det var stor variasjon rundt dette punktestimatet.

Lærere ved høgskoler var generelt mer positive til KBP enn helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis, og lærere med pasientkontakt utførte oftere aktiviteter relatert til KBP enn helse- og sosialarbeidere med pasientkontakt. Det er mulig at noe av forskjellen

som sees i holdnings- og atferdsskåren kan relateres til ulikheter i lærerne og helse- og sosialarbeidernes utdannings- og kunnskapsnivå, samt ulike kontekstuelle faktorer som organisasjonskultur, forventninger, tid og ressurser. Det var imidlertid relativt små differanser i holdningsskåre for lærerne og helse- og sosialarbeiderne, og det er knyttet en større usikkerhet rundt lærernes atferdsskåre. Selv om det var statistisk signifikante forskjeller som ble observert er det vanskelig å konkludere med at det er en betydningsfull forskjell mellom lærere og helse- og sosialarbeideres holdning og aktivitet relatert til KBP.

Deltakere med videreutdanning i KBP har positive holdninger til KBP, men deltakere med pasientkontakt utfører sjeldent aktiviteter relatert til KBP. For å øke aktiviteten relatert til KBP er det derfor viktig å iverksette tiltak som kan fremme en kunnskapsbasert atferd.

Studien indikerer at deltakelse i kunnskapsbasert nettverk både kan fremme positive holdninger og øke aktiviteten relatert til KBP blant helse- og sosialarbeidere i praksis. Det ble også identifisert en tendens til at høyere utdanningsnivå som mastergrad kan være positivt for holdning relatert til KBP. I tillegg indikerer litteraturen at en organisasjonskultur som fremmer bruken av KBP er viktig for å få forskningsbasert kunnskap ut i praksis. Å arbeide for en organisasjonskultur som verdsetter forskningskunnskap, iverksette konstruktive tiltak for å øke helse- og sosialarbeideres deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk og som aktivt jobber for å heve utdanningsnivået blant helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis kan være tiltak som kan fremme holdning og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis.

5.1 Implikasjoner for praksis

Studien indikerte at deltakere som deltok i kunnskapsbaserte nettverk var mer positive og utførte flere aktiviteter relatert til KBP enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk. Det var imidlertid bare 34 % av deltakerne som oppga at de deltok i kunnskapsbaserte nettverk. For å øke aktiviteten relatert til KBP kan det være hensiktsmessig å innføre flere kunnskapsbaserte nettverk i klinisk praksis.

Blant deltakerne av videreutdanningen var det få helse- og sosialarbeidere med mastergrad som jobbet i klinisk praksis. Studien indikerte imidlertid at deltakere med mastergrad var mer positiv til KBP. Foruten å øke utdanningsnivået blant helse- og sosialarbeidere i praksis bør det derfor også vurderes på hvilke måter deltakere med et høyere utdanningsnivå kan benyttes i praksis, for å fremme bruken av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis.

I tillegg kan det være nyttig for praksis å tenke gjennom på hvilket nivå organisasjonen skal arbeide kunnskapsbasert. For å øke aktiviteten relatert til KBP kan det være hensiktsmessig å gi noen arbeidstakere spesiell opplæring og spesielle oppgaver knyttet til KBP. Disse personene kan dermed fungere som veiledere, eller mentorer for helse- og sosialarbeidere som ønsker å arbeide kunnskapsbasert.

5.2 Ubesvarte spørsmål og fremtidig forskning

Aktivitet relatert til KBP for lærere, ledere og fagutviklere uten pasientkontakt ble ikke undersøkt i denne studien. For å kunne si noe om lærere som har tatt videreutdanning i KBP sin aktivitet relatert til KBP bør det derfor gjennomføres en studie med et bedre egnet måleinstrument.

Lærerne hadde en høy gjennomsnittskåre for KBP holdningsskala. Det er mulig at lærere som har tatt en videreutdanning i KBP i utgangspunktet er positive til KBP, og at dette gjenspeiles i lærernes høye holdningsskåre. Mye av kritikken mot kunnskapsbasert praksis har kommet fra akademia, og det kunne derfor vært interessant å undersøke hvordan holdning og atferd relatert til KBP også er for lærere uten videreutdanning i KBP.

Lærerne skårer høyere på KBP holdnings- og implementeringsskala enn helse- og sosialarbeiderne. Det er nærliggende å stille spørsmål om hvilken betydning kontekstuelle faktorer som organisasjonskultur, forventninger, tid og ressurser har for forskjellen som sees i lærerne og helse- og sosialarbeidernes holdnings- og atferdsskåre.

Videre er det gjennomført en rekke studier om faktorer som hemmer kunnskapsbasert praksis. Det er imidlertid få studier som har fokusert på hva det er som gjør at helse- og

sosialarbeidere lykkes med innføring av kunnskapsbasert praksis. For å øke aktiviteten relatert til KBP blant helse- og sosialarbeidere, vil det derfor være nyttig å få mer kunnskap om individuelle karakteristika og organisatoriske faktorer som deltakere av videreutdanningen i KBP kan oppleve fremmer en kunnskapsbasert praksis i Norge.

REFERANSER

Aarons, G. A. (2004) Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6 (2), s. 61-74.

Altman, D. G. (1991) *Practical statistics for medical research*. London, Chapman & Hall

Akinbo, S., Odebiyi, D. O., Okunola, T. E. & Aderoba, O. T., (2009) Evidence-based Practice: Attitudes and beliefs of physiotherapists in Nigeria. *The Internet Journal of Medical Informatics* [Internett], 4 (2). Tilgjengelig fra:

<http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_medical_informatics/volume_4_number_2_50/article/evidence_based_practice_knowledge_attitudes_and_beliefs_of_physiotherapists_in_nigeria.html> [Nedlastet 15. januar 2011].

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2003) *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bennett, S., Tooth, L., McKenna, K., Rodger, S., Strong, J., Ziviani, J., Mickan, S. & Gibson, L. (2003) Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, s. 13–22.

Birmingham Critical Appraisal Skills Programme (2010) *Background* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.casp-birmingham.org/>> [Nedlastet 2. april 2011].

Boström, A. M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P. & Wallin, L. (2009) Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15 (6), s. 1159-63.

Boynton, P. M. & Greenhalgh, T. (2004) Selecting, designing, and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 328, s. 1312-1315. Tilgjengelig fra:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC420179/pdf/bmj32801312.pdf>>

[Nedlastet 3. februar 2010].

Bowers, B. J., Lauring, C. & Jacobson, N. (2001) How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, s. 484–491.

Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L. & Glaser, D. (2009) Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (2), s. 371-81.

Brown, T., Tseng, M. H., Casey, J., McDonald, R. & Lyons, C (2010) Research knowledge, attitudes, and practices of pediatric occupational therapists in Australia, the United Kingdom and Taiwan. *Journal of Allied Health*, 39 (2), s. 88-94.

Burke, L. E., Schlenk, E. A., Sereika, S. M., Cohen, S. M., Happ, M. B. & Dorman, J. S. (2005) Developing research competence to support evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 21 (6), s. 358-63.

Chang, H. C., Russell, C. & Jones, M. K. (2010) Implementing evidence-based practice in Taiwanese nursing homes: attitudes and perceived barriers and facilitators. *Journal of Gerontological Nursing*, 36 (1), s. 41-8.

Coomarasamy, A. & Khan, K. S. (2004) What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? *British Medical Journal*, 329 (7473), s. 1017. Tilgjengelig fra:
<<http://www.bmj.com/content/329/7473/1017.full.pdf>> [Nedlastet 3. november 2010].

Coomarasamy, A., Taylor, R. & Khan, K. S. (2003) A systematic review of postgraduate teaching in evidence-based medicine and critical appraisal. *Medical Teacher*, 25 (1), s. 77-81. Tilgjengelig fra:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC524555/pdf/bmj32901017.pdf>> [Nedlastet 3. november 2010].

Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzsolt, F., Burls, A., Osborne, J. (2005) Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5: 1. Tilgjengelig fra <
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-5-1.pdf>> [Nedlastet 9. mars 2011].

Den norske legeförening (9. oktober 2001) *Kap.1 Helsetjenester for eldre- dagens situasjon og morgendagens behov* [Internett], Tilgjengelig fra:

<<http://www.legeföreningen.no/id/5188> > [Nedlastet 21. april 2011].

Denehy J. (2004) Starting a journal club. *Journal of School Nursing*, 20 (4), s. 187-188.

Deenadayalan, Y., Grimmer-Sommers & K., Kumar, S. (2008) How to run an effective journal club: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14 (5), s. 898-911.

Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., Cooper, R., Felix, L. M. & Pratap, S. (2009) Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Tilgjengelig fra

<<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/MR000008/frame.html>>

[Nedlastet 3. februar 2010].

Eiring, Ø., Pedersen, M. S., Borgen, K. & Jamtvedt, G. (2010) *Prosedyrearbeid – meningsløst mangfold?* [Internett], Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra:

<<http://www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner/8593.cms>> [Nedlastet 12. april 2011].

Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J. & Scott-Findlay, S. (2005) Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15 (4), s. 460-76.

Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Rutakumwa, W., Duan, Q. & Rozanova, J. (2004) *The Determinants of Research Utilization in Acute Care: Pain Management in Adult and Paediatric Settings* [Internett], Edmonton, AB: Faculty of Nursing, University of Alberta. Tilgjengelig fra:

<<http://www.uofaweb.ualberta.ca/kusp/pdfs/RU%20report%2027JAN%2020051.pdf>>

[Nedlastet 22. april 2011].

Estrada, N. A. (2007) *Learning organizations and evidence-based practice by RNs*. The degree of Doctor of Philosophy. [Internett]. The University of Arizona. Tilgjengelig fra:

<https://email.nursing.arizona.edu/Library/Estrada_N.pdf > [Nedlastet 22. september

2010].

Estrada, N. A. (2009) Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6 (4), s. 200-9.

Flores-Mateo, G. & Argimin, J. M. (2007) Evidence-based practice in postgraduate health education: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 7: 119.
Tilgjengelig fra <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-119.pdf>>
[Nedlastet 3. november 2010].

Forsen J. W., Hartman J. M. & Neely J. G. (2003) Tutorials in clinical research, part VIII: creating a journal club. *The Laryngoscope*, 113, s. 475–483.

Førde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006) Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 15 (126), s. 1913-6. Tilgjengelig fra <<http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php>> [Nedlastet 21. april 2011].

Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V. (2007) Managerial Leadership for Nurses' Use of Research Evidence: An Integrative Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, s. 126–145.

Goodfellow, L. M. (2004) Can a journal club bridge the gap between research and practice? *Nurse Educator*, 29 (3), s. 107-10.

Graverholt, B., Nortvedt, M. W., Ruud, L. I. (2007) *Evalueringsrapport "Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis"* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/fou/satsingsomrader/kunnskapsbasert%20praksis/prosjekter/fagringer/fagringer_sluttrapport.pdf> [Nedlastet 12. april 2011].

Greenhalgh, T. (2006) *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. 3. utg. Malden, BMJ Books.

Guyatt, G. H., Meade, M. O., Jaeschke, R. Z., Cook, D. J. & Haynes R. B. (2000) Practitioners of evidence-based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *British Medical Journal*, 320 (7240), s. 954-955.
Tilgjengelig fra <<http://www.bmj.com/content/320/7240/954.full.pdf>> [Nedlastet 9. april 2011].

- Haltbakk, J., Johansson, S., Utne, L. & Wågsæther, K. (2007) Sykepleierutdanningens forskningstilknøytning. *Sykepleien Forskning*, 2 (2), s. 104-110. Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=117591 [Nedlastet 20. april 2011].
- Harris, J., Kearley, K., Heneghan, C., Meats, E., Roberts, N., Perpera, R. & Kearley-Shiers, K. (2011) Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making? A systematic review. BEME Guide No. 16. *Medical Teacher*, 33 (1), s. 9-23.
- Hatala, R. & Guyatt, G. (2002) Evaluating the teaching of Evidence-Based Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 288 (9), s. 1110-1. Tilgjengelig fra: <http://jama.ama-assn.org/content/288/9/1110.full.pdf+html> [Nedlastet 9. mars 2011].
- Heiwe, S., Kajermo, K. N., Tyni-Lenné, R., Guidetti, S., Samuelsson, M., Andersson, I. L. & Wengström, Y. (2011) Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behavior among allied health professionals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (2), s. 198-209.
- Helsedirektoratet (3. april 2006) *AGREE -instrument – evaluering av faglige retningslinjer* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1099_1375a.pdf [Nedlastet 12. april 2011].
- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v av 2. juli 1999 nr. 64. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html#4> [Nedlastet 2. august 2010].
- Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004) Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal*. 79 (3), 621-34.
- Honey, C. P. & Baker, J. A. (2011) Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today*. [Epub ahead of print].
- Hutchinson, A. M. & Johnston, L. (2006) Beyond the BARRIERS Scale: Commonly Reported Barriers to Research Use. *Journal of Nursing Administration*, 36 (4), s. 189-199.

Hyllseth, B. (2001) *Forskningsbasert undervisning*. Norgesnettrådets rapporter.

[Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/NNR-publikasjoner/forskn_basert_undv.pdf> [Nedlastet 19. april 2011].

Høgskolen i Akershus (10. november 2010) *Videreutdanning for helsepersonell*

[Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.hiak.no/nor/studietilbud/videreutdanninger/kunnskapsbasert-praksis-i-helsetjenesten>> [Nedlastet 2. mai 2011].

Høgskolen i Bergen (2010) *Kunnskapsbasert praksis* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://www.kunnskapsbasertpraksis.no/>> [Nedlastet 3. april 2011].

Høgskolen i Bergen (18. april 2011) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert, 15 studiepoeng* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://student.hib.no/fagplaner/ahs/fagplan.asp?kode=B15KUNN>> [Nedlastet 2. mai 2010].

Høgskolen i Molde (14. mars 2011) *Videreutdanning i kunnskapsbasert praksis*.

[Internett]. Tilgjengelig fra:

<<http://himolde.studiehandbok.no/katalog/content/view/full/12455>> [Nedlastet 2. mai 2011].

Høgskolen Stord/Haugesund (16. oktober 2009) *Kunnskapsbasert praksis 1*. [Internett].

Tilgjengelig fra:

<http://www.hsh.no/studentportal/studiekvardagen/studiehandbok/emner/emner_09_10.htm?db=Studiebok09&lang=BOKM%C5L&code=k-pra&submit=S%F8k> [Nedlastet 2. mai 2011].

Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R. D., Hill, J. C., Ogilvie, L. & Volk, D. (2003) Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy*, 83 (9): 786-805.

Tilgjengelig fra: <<http://ptjournal.apta.org/content/83/9/786.full.pdf>> [Nedlastet 15. januar 2011].

Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M. & Wadensten, B. (2010) Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management*, 18 (1): 70-7.

Johannessen, A., Tuft, P. A. & Kristoffersen, L. (2006) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Abstrakt forlag as.

Kajermo, K. N., Boström, A. M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A. & Wallin, L. (2010) The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implement Science*, 5: 32. Tilgjengelig fra: <<http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-32.pdf>> [Nedlastet 9. mai 2011].

Khan, K. S. & Coomarasamy, A. (2006) A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidence-based medicine. *BMC Medical Education*, 6: 59. Tilgjengelig fra <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1770917/pdf/1472-6920-6-59.pdf>> [Nedlastet 3. november 2010].

Knowles, M. (1990) *The adult learner: A neglected species*. 4. utg. Houston, Gulf Publishing Company.

Koehn, M. L. & Lehman, K. (2007) Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), s. 209-215.

Kunnskapsdepartementet (mai 2010) *Rammeplaner for høyere utdanning* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269376-rammeplan_for_sykepleierutdanning_05.pdf> [Nedlastet 18. februar 2011].

Lee, A. G., Boldt, H. C., Golnik, K. C., Arnold, A. C., Oetting, T. A., Beaver, H. A., Olson, R. J. & Carter, K. (2005) Using the Journal Club to Teach and Assess Competence in Practice-based Learning and Improvement: A Literature Review and Recommendation for Implementation. *Survey of Ophthalmology*, 50 (6), s. 542-548.

Leufer, T. & Cleary-Holdforth, J. Advancing evidence-based practice through nurse education. *CARE Journal*, 1 (1).

Levin, R. F., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Barnes, M. & Vetter, M. J. (2011) Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nursing Administration Quarterly*, 35 (1), s. 21-33.

Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C. & Graham, I. D. (2009) Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implementation Science*, 4: 27 Tilgjengelig fra:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694761/pdf/1748-5908-4-27.pdf>>

[Nedlastet 29. april 2011].

Mariano, K. G., Caley, L. M., Eschberger, L., Woloszyn, A., Volker, P., Leonard, M. S. & Tung, Y. (2009) Building evidence-based practice with staff nurses through mentoring. *Journal of Neonatal Nursing*, 15 (3), s. 81-7.

Meijers, J. M., Janssen, M. A., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A. & Halfens R. Y. (2006) Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (5): 622-35.

Melnyk, B. M., Bullock, T., McGrath, J., Jacobsen, D., Kelly, S. & Baba, L. (2010a) Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24 (1), s. 74-80.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Fischebeck Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L. & Kraus, R. (2004) Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1 (3), s. 185-93.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Fischebeck Feinstein, N., Sadler, L. S. & Green-Hernandez, C. (2008) Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *Journal of Professional Nursing*, 24 (1), s. 7-13.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M. & Cruz, R. (2010b) Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nursing Outlook*, 58 (6), s. 301-308.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E. & Mays, M. Z. (2008) The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5 (4), s. 208-16.

Milbrandt E. B. & Vincent J.L. (2004) Evidence-based medicine journal club. *Critical Care*, 8 (6), s. 401-2. Tilgjengelig fra: <<http://ccforum.com/content/pdf/cc3005.pdf>> [Nedlastet 9. mai 2011].

Naustdal, A. G. (2010) Kompetanseutvikling under press – erfaringer til sjukepleiere etter omorganisering av sjukehusa. *Sykepleien Forskning*, 5 (4), s. 286-292. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=566857> [Nedlastet 18. april 2011].

Nilsgård, Y. & Lohse, G. (2010) Evidence-based physiotherapy: A survey of knowledge, behaviour, attitudes and prerequisites. *Advances in Physiotherapy*, 12, s. 179–186.

NOKUT (2011) *Evalueringsrapporter* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://nokut.no/no/Norsk-utdanning/Universitet-og-hogskole/Evaluering-av-systemer-for-kvalitetssikring/Evalueringsrapportar/>> [Nedlastet 8. februar 2011].

Norsk Fysioterapiforbund (2010) *NFFs yrkesetiske retningslinjer* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.fysio.no/FAG/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>> [Nedlastet 18. februar 2011].

Norsk Sykepleierforbund (2001) *Yrkesetiske retningslinjer for Sykepleiere* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://stud.hsh.no/home/125211/HSH/Yrkesetiske%2520retningslinjer%25202001.pdf>> [Nedlastet 18. februar 2011].

Nortvedt, M. W. & Jamtvd, G. (2009) Engasjerer og provoserer. *Sykepleien*, 97 (7), s. 64-69. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=160590> [Nedlastet 18. april 2011].

Nortvedt, M. W., Jamtvd, G., Graverholt, B. & Reinar, L. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*, Oslo, Norsk Sykepleieforbund.

Parkes, J., Hyde, C., Deeks J. J. & Milne, R. (2001) Teaching critical appraisal skills in health care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Tilgjengelig fra:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001270/frame.html>> [Nedlastet 3. november 2010].

Palfreyman, S., Tod, A. & Doyle, J. (2003) Comparing evidence-based practice of nurses and physiotherapists. *British Journal of Nursing*, 12 (4), s. 246 – 253.

Pallant, J. (2010) *SPSS Survival Manual*. 4. utg. Maidenhead, McGraw Hill Companies

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. & Nygård, L. (2004) Bemanning og kvalitet i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 22 (124), s. 2954-5. Tilgjengelig fra: <<http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php> > [Nedlastet 21. april 2011].

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Prior, P., Wilkinson, J. & Neville, S. (2010) Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive study. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26 (2): 14-25.

Prochaska, J. & Velicer, E. F. (1997) The Transtheoretical Model of Health Behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12 (1): 38-48.

Rycroft-Malone, J. (2008) Evidence-informed practice: from individual to context. *Journal of Nursing Management*, 16; 404-408.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996) Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, s. 71-72. Tilgjengelig fra: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>> [Nedlastet 9. mars 2011].
- Schreiber, J. & Stern, P. (2005) A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 3 (4). Tilgjengelig fra: <<http://ijahsp.nova.edu/articles/vol3num4/schreiber.pdf>> [Nedlastet 20. oktober 2010].
- Sciarra, E. (2011) Does journal club membership empower practice? *Nursing Management*, 42 (1), s. 17-8.
- Scott, S. D., Estabrooks, C. A., Allen, M. & Pollock, C. (2008) A context of uncertainty: how context shapes nurses' research utilization behaviors. *Qualitative Health Research*, 18 (3), s. 347-57.
- Scott-Findlay, S. & Golden-Biddle, K. (2005) Understanding how organizational culture shapes research use. *Journal of Nursing Administration*, 35 (7), s. 359-365.
- Shaneyfelt, T., Baum, K. D., Bell, D., Feldstein, D., Houston, T. K., Kaatz, S., Whelan, C. & Green, M. (2006) Instruments for Evaluating Education in Evidence-Based Practice: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 296 (9), s. 1116-1127. Tilgjengelig fra: <<http://biblioteca.asmn.re.it/allegati/ILB11.pdf>> [Nedlastet 18. februar 2010].
- Sosial- og Helsedirektoratet (8. april 2010) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf> [Nedlastet 18. februar 2011].
- Sosial- og Helsedirektoratet (8. september 2008) *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling?...og bedre skal det bli!* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00019/IS-1502_19228a.pdf> [Nedlastet 18. februar 2011].

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011) Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update.

Implementation Science, 6:1. Tilgjengelig fra:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024963/pdf/1748-5908-6-1.pdf>>

[Nedlastet 9. mai 2011].

Statens helsetilsyn (2002) *Retningslinjer for retningslinjer* [Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-2653_11457a.pdf>

[Nedlastet 12. april 2011].

Stichler, J. F., Fields, W., Kim, S. C. & Brown, C. E. (2011) Faculty knowledge, attitudes, and perceived barriers to teaching evidence-based nursing. *Journal of Professional Nursing*, 27 (2), s. 92-100.

Straus, S. E., Green, M. L., Bell, D. S., Badgett, R., Davis, D., Gerrity, M., Ortiz, E., Shaneyfelt, T. M., Whelan, C. & Mangrulkar, R. (2004) Evaluating the teaching of evidence-based medicine: conceptual framework. *British Medical Journal*, 329, s. 1029-32. Tilgjengelig fra: <<http://www.bmj.com/content/329/7473/1029.full.pdf>> [Nedlastet 9. mars 2011].

Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P. & Haynes, R. B. (2005) *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*, 3. utg. Philadelphia, Elsevier.

Taylor, R. S., Reeves, B. C., Ewings, P. E. & Taylor, R. J. (2004) Critical appraisal skills training for health care professionals: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 4 (1), s. 30. Tilgjengelig fra:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539272/pdf/1472-6920-4-30.pdf>>

[Nedlastet 4. april 2011].

Thompson, D. S., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L. & Estabrooks, C. A. (2008) The relationship between busyness and research utilization: it is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 539–548.

Tuntland, H. & Nordheim, L. (2009) Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis: presentasjon av CASP-modellen. *Ergoterapeuten*, 9, s. 22-25. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/ep_tmp/files/8580124534c19df0f31eb4.pdf> [Nedlastet 2. april 2011].

Tveit, H., Strøm, B. & Hafslund, B. (2007) Utfordringer ved implementering. *Hold Pusten* 2, s. 14-16. Tilgjengelig fra: <http://www.radiograf.no/stream_file.asp?iEntityId=154> [Nedlastet 18. april 2011].

Upton, D. & Upton P. (2006) Development of an evidence-based questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), s. 454-8.

Varnell, G., Haas, B., Duke, G. & Hudson, K. (2008) Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5 (4), s. 172-81.

Wallen, G. R., Mitchell, S. A., Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J. & Hastings, C. (2010) Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (12), s. 2761–2771.

Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Harvard Business School Press.

WHO (2011) *Process of translation and adaptation of instruments* [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en> [Nedlastet 11. februar 2011].

Vedlegg 1. Tabell 1. Oversikt over tverrsnittstudier som har kartlagt holdninger og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos helse- og sosialarbeidere.

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Bennett et al., (2003) Undersøkte holdninger, oppfatning av barrierer og utdanningsbehov knyttet til KBP.	Instrument: Tilpasset spørreskjema fra McColls skjema fra 1998. Postal undersøkelse med en purring.	Ergoterapeuter medlem Australian Association of Occupational Therapists. (n = 1491) Tilfeldig utvalg Svarprosent = 44 %	Positiv holdning til KBP: - 95,7 % enig i at KBP var viktig - 88.2 % forbedrer pasientbehandling - 86 % funn fra forskning viktig i pasientkontakt, men brukte klinisk erfaring (96,3%), info fra utdanning (81,9%) og kollega (79,9 %) som kunnskapskilder. Opplæring i KBP: - mer positiv holdning til KBP - brukte flere kunnskapskilder - tryggere i KBP ferdigheter - opplevde færre barrierer Barrierer: Tid, mangel på evidens, mangel på søkeferdigheter og forsknings litteratur	Positiv holdning til KBP. Måltrett opplæring, ressurser og systemer er nødvendig for å støtte KBP i ergoterapien.
Jette et al., (2003) Undersøkte 1)holdning barrierer, utdanning, kunnskap og ferdigheter for å utøve KBP 2)sammenheng mellom disse variabler og atferd	Instrument: EBP Questionnaire Postal undersøkelse med en purring. Innholds validitet Test-retest reliabilitet	Fysioterapeuter medlem American Physical Therapy Association, USA. (n = 1000) Tilfeldig utvalg Svarprosent = 48.8 %	Positiv holdning til KBP: - forskning og litteratur til hjelp når beslutninger skal tas i praksis - KBP forbedret praksis Alder og utdanning: yngre, godkjent siste fem år og mer enn bachelorutdanning: - mer positive holdninger - høyere ferdigheter og trygghet i å finne og kritisk vurdere forskning Atferd: - 84 % vil øke bruk av evidens i praksis - 85 % vil lære/forbedre KBP ferdighet	Positive holdninger til KBP, interesse for å lære mer og behov for å øke bruk av forskning i daglig praksis.. Alder og utdanning relatert til holdning og ferdigheter.
Aarons, (2004) Undersøkte holdninger til KBP ifht individuelle forskjeller og organisatorisk karakteristika.	Instrument: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) Forskningskoordinator tilgjengelig ved utfylling.	Sosionomer (Public sector clinical service workers) USA. (n = 322) Svarprosent = 96 %	Fire dimensjoner for holdning til bruk av KBP: - intuitiv interesse for KBP - sannsynligheten for å bruke KBP gitt betingelser for å gjøre det - åpenhet til ny eller innovativ praksis - opplevd divergens mellom vanlig praksis og forskningsbaserte intervensjoner	Instrumentet ble funnet reliabelt for å måle holdninger til adaptering av KBP.
Melnyk et al., (2004) Undersøkte: kunnskap og holdning til KBP, i hvilken grad atferd var kunnskapsbasert og sammenheng mellom disse	Instrument: Eget spørreskjema Skjema besvart før KBP konf. KBPworkshop Innholds validitet	Sykepleiere USA. (n = 160) Bekvemmelighets utvalg Svarprosent ikke oppgitt.	Positiv holdning: - høy skår holdning og fordel med KBP - lav skår kunnskap - moderat tro på at evidens brukes i spl praksis og til å forbedre pasient utfall. Sign. sammenheng grad av KBP og: -kunnskap -tro på fordeler med KBP -mentor Barrierer: mangel på tid, ressurser, og økonomi	Intervensjoner som styrker tro på KBP viktig i tillegg til kunnskap og ferdigheter. KBP mentorer kan være nøkkelpersoner for KBP.

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Upton & Upton, (2006) Utviklet og validerte skala som måler holdning til kunnskap om KBP og implementering av KBP.	Instrument: EBPQ Postal undersøkelse. Begreps validitet Cronbach's alfa = 0,87 Atferd = 0,85 Kunnsk= 0,91 Holdn= 0,79	Sykepleiere Wales (n = 1000) Tilfeldig utvalg Svarprosent = 75.1 %	Skalaen inneholder tre underskalaer; 1 praksis (atferd) 2 holdning 3 kunnskap relatert til KBP	Instrumentet kan brukes til å måle implementering av KBP.
Koehn & Lehman, (2007) Undersøkte oppfatning, holdninger, kunnskap og ferdigheter assosiert med KBP.	Instrument. EBPQ Skjema distribuert og samlet inn på sykehuset. Begreps validert Cronbach's alfa = 0,94 Atferd =0,87 Kunnsk = 0,95 Holdn = 0,72	Sykepleiere ved stort medisinsk senter, USA. (n = 1031) Bekvemmelighets utvalg (Alle ved senteret) Svarprosent = 40,9 %	Atferd (5,21) og holdning (5,19), kunnskap (4,67). Utdanning: Høy utdanning (bachelor og høyere) signifikant forskjell i holdning ifht lavere utdanning. Barrierer: tid og kunnskap.	Lite variasjon i skårene kan tyde på at instrumentet ikke skiller mellom individuelle forskjeller. Bør evalueres, evt. revideres. Metodisk tilnærming ved utarbeiding av plan for implementering av KBP kultur.
Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, (2008) Undersøkte psykometriske egenskaper for skala som måler holdning og atferd relatert til KBP.	Instrument: EBPBS og EBPIIS. Skjema før deltakelse KBP workshop. Cronbach's alfa EBPBS= 0,90 EBPIS= 0,96	Sykepleiere USA (n = 394) Bekvemmelighets utvalg Svarprosent ikke oppgitt.	Tidligere eksponert KBP EBP Belief = 55,46 og BP Impl = 18,27 Ikke eksponert: EBP Belief = 54,68 og EBP Impl = 8,60 Korrelasjon holdning og atferd. Høyere skåre holdning og atferd avhengig av: - tidligere eksponert for KBP - utdanningsnivå - sykepleierolle - alder (ikke for atferd)	Holdepunkter for kriterierelatert og begrepsvaliditet for begge skalaene i et heterogent utvalg praktiserende sykepleiere.
Boström et al., (2009) Undersøkte: 1)anvendelse av KBP to år etter utdanning 2)anvendelse av KBP i forhold til klinisk setting & arbeidsplass	Instrument: Spørreskjema som målte grad av KBP anvendelse. Del av en longitudinell studie. Innholds validitet	Sykepleiere i klinisk praksis to år etter utdanning, Sverige. (n=1657) Svarprosent = 76 %	Selvrapportert atferd: -19 % formulerte spørsmål, søkte - 56 % benyttet andre informasjonskilder for innhenting av relevant forskningskunnskap - 31 % vurderte artikler -30 % deltok i praksisutvikling -34 % deltok i evaluering av praksis Arbeidsplass: Flere innen eldreomsorgen anvendte KBP i fht på sykehus, psykiatri eller primæromsorg.	Lav anvendelse av KBP to år etter utdanning til tross for satsning på KBP i Sverige. Kontekstuelle faktorer og sykepleierens rolle i organisasjon viktig for implementering

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Brown et al. (2009) Undersøkte 1)kunnskap, holdning og atferd relatert til KBP 2) så på oppfatning av faktorer som hemmer og fremmer KBP.	Instrument: EBPQ og BARRIERS Scale Elektronisk datasamling Begreps validitet Crohnbach's alfa for Atferd = 0,90 Kunnsk = 0,94 Holdn = 0,67	Sykepleiere Akademisk medisinsk senter USA. (n = 1025) Bekvemmelighets utvalg Svarprosent = 44,68 %	Høyest på holdning (5,15), deretter kunnskap (4,56) og atferd (4,49). Høye skår på kunnskap og ferdigheter i KBP ga høye skår på atferd. Korrelasjon mellom: - atferd og kunnskap, - barriere og atferd, - kunnskap og holdning relatert til KBP Barrierer: tid, mangel på autoritet og manglende støtte fra kollegaer. Facilitatorer: opplæringstilbud, kulturbygging og tilgjengelige + lettfattelige ressurser	Barrierer hindrer KBP. Organisasjoner som vil støtte KBP må ha et tilrettelagt opplærings tilbud.
Estrada, (2009) Undersøkte holdninger og atferd relatert til KBP i fht oppfatning av egen arbeidsplass som lærende organisasjon.	Instrument: EBPBS EBPIS og DLOQ. Distribuert via internpost og samlet inn i postkasser. Cronbach's alfa: EBPBS =0,89 EBPIS= 0,94	Sykepleiere akutt sykehus USA (n = 1750) Bekvemmelighets utvalg Svarprosent = 34 %	Sammenheng mellom holdninger og atferd relatert til KBP. Signifikant svakt forhold mellom karakteristika ved oppfattelse av en lærende organisasjon og KBP holdninger.	Kunnskap, ressurs og tid er viktige faktorer ved implementering av KBP
Akinbo et al., (2009) Undersøkte kunnskap, holdning og atferd relatert til KBP	Instrument: Tilpasset spørreskjema fra McColls skjema fra 1998. Skjema delt på vitensk. konferanse og personlig oppmøte fysio avdeling sykehus	Fysioterapeuter Medlem Nigerian Society of Physiotherapy (n=280) Svarprosent = 77,5 %	Positiv holdning til KBP: - 99 % enig i at KBP var viktig - 98 % litteratur er nyttig i praksis - 98 % forbedrer pasientbehandling - 99 % må øke bruk av evidens i praksis - 88 % evidens hjelper ved beslutningstaking. Alder og utdanning: - yngre, nyutdannede og de med videreutdanning mer positiv til KBP og tryggere på bruk av evidens i praksis Barriere: Tid	Positiv holdning til KBP og interessert i ferdigheter for å implementere KBP. Nylig utdannet og de med videreutdanning var mest positive.
Brown et al., (2010) Undersøkte Forsknings kunnskap, holdninger og atferd relatert til KBP	Instrument: Research Knowledge, Attitudes and Practices of Research Survey (KAP Survey). Postal undersøkelse	Ergoterapeuter Australia, England og Taiwan (n = 1230) Bekvemmelighets utvalg Svarprosent = 56,6 %	Forskingskunnskap, holdning og atferd vurdert til moderat nivå. Holdning til forskning høyest, atferd lavest. Kunnskap og atferd for å implementere forskning lav i Australia og England. Ingen signifikant forskjell i kunnskap, holdning og atferd England og Australia. Deltakerne fra Taiwan signifikant høyere på kunnskap og atferd.	Taiwan såret kunnskap og praksis høyere enn Australia og England. Fortløpende opplæring for å bedre kunnskap og forskningspraksis viktig for å sikre KBP og bruk av forskning.

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Chang, Russell & Jones, (2010) Undersøkte holdning og barrierer til KBP	Instrument: Eget spørreskjema Datasamling ikke beskrevet. Ikke validert skjema. Cronbach's alfa = 0,78	Sykepleiere Seks tilfeldig valgte sykehjem, Taiwan (n = 89) Bekvemmelighets utvalg Svarprosent = 92,3	Positiv holdning til forskning og KBP. Holdningene varierte ikke i forhold til: - tidligere arbeidsplass - utdanningsnivå - alder - antall års erfaring. Barrierer: mangel på autoritet og statistikk kunnskap.	Positive holdninger. Barrierer lik som i vestlige land. Videre opplæring nødvendig.
Johansson, Fogelberg-Dahm & Wadensten, (2010) Undersøkte sammenheng KBP, antall år i praksis og utdanning innen KBP.	Instrument: Eget spørreskjema inspirert av Research Utilization Questionnaire fra 1989. Elektronisk datasamling Ikke validert eller testet for reliabilitet.	Oversykepleiere Universitets-sykehus og Lokalsykehus, Sverige (n = 168) Svarprosent = 59 %	Positiv holdning til KBP. Aktivitet KBP: -mangel på tid og engasjement for å utøve KBP aktiviteter. -50 % søkt, lest og diskutert forskning med andre oversykepleiere - pos korrelasjon år i stilling og bruk av forskning - ingen sammenheng kurs i KBP og holdning eller aktivitet relatert til KBP Sammenheng mellom KBP aktivitet og: - flere år i stilling og bruk av forskning - utdanning innen forskningsmetode - oppfatning av støtte fra overordnet	Utdanning i forsknings metode og støttende lederskap viktig for KBP.
Nilsgård & Lohse, (2010) Undersøkte 1) kunnskap, holdning, atferd og forutsetninger for KBP 2) forskjell ifht arbeidssted & utdanningsnivå.	Instrument: Eget spørreskjema Web-basert spørreskjema -invitasjon, link og purring pr mail.	Fysioterapeuter Sverige (n = 2160) Tilfeldig utvalg Svarprosent = 45 %	Holdning: Forskning og utviklingsansatte fant KBP viktigere og mente det forbedret pleien signifikant mer enn andre. Atferd: Forskning og utviklingsansatte utførte aktiviteter som søk i databaser, lese og kritisk vurdere forskningsartikler oftere enn andre. Barrierer: mangel på tid, rådgiver, kunnskap og manglende lederinteresse.	Ved høyere utdanning: høyere kunnskap, mer positive holdninger, bedre forutsetninger og færre barrierer Forskjell i atferd og forutsetning for KBP avhengig av arbeidssted
Prior, Wilkinson & Neville, (2010) Undersøkte: 1) atferd, holdning, kunnskap og ferdigheter relatert til KBP 2) utdannings effekt på disse variablene	Instrument: Upton & Uptons EBPQ Postal undersøkelse Begreps validitet Cronbach's alfa = 0,956 Atferd=0,908 Kunnsk=0,953 Holdn=0,694	Sykepleiere primærhelsetjene sten, New Zealand. (n = 110) Svarprosent = 50 %	Kunnskap og ferdigheter, holdninger til KBP og utdanning viktige faktorer som påvirket atferd relatert til KBP. Utdanning influerte positivt på: - forståelse av KBP - ferdigheter i kritisk vurdering - overføring av resultat til praksis - bruk/ anvendelse av forskning i praksis Ingen korrelasjon holdning KBP og: -ansiennitet, utdanningsgrad - hvor ofte de leste forskningslitteratur. Atferd positivt korrelert med disse faktorene.	Utdannings intervensjoner nødvendig for å implementere KBP og sikre kunnskap og ferdigheter som er relevant for å bruke KBP.

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Heiwe et al., (2011) Undersøkte holdninger, kunnskap og atferd i forhold til KBP.	Instrument: Jettes EBPQ Datasamling ikke beskrevet	Ergoterapeuter, fysioterapeuter dietetikere Universitets Sykehus, Sverige. (n = 306) Svarprosent = 74 %	Positive holdninger til KBP og til bruk av forskning som støtte i beslutninger. - KBP nødvendig og forskningsfunn nyttig i praksis. - nok ferdigheter til å tolke og forstå evidens. - 75 % var klar over og brukte kliniske retningslinjer i praksis Barriere: mangel på tid.	God forutsetning for KBP. På ledernivå må det lages måter å gjøre KBP tidseffektivt, lett tilgjengelig og relevant for klinisk praksis så det ikke påvirker produktivitet og pasientflyt.

Vedlegg 2. Bakgrunnsskjema

Ref.nr.

Dato

Bakgrunnsskjema "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"

Vennligst kryss av for svaralternativene som passer best og fyll ut de åpne svarrubbrikkene.

- 1) Kjønn: Mann Kvinne
- 2) Alder: _____ år
- 3) Helsefaglige bakgrunn:
- | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sykepleier | <input type="checkbox"/> Sosionom | <input type="checkbox"/> Vernepleier |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapeut | <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> Radicgraf |
| <input type="checkbox"/> Annen _____ | | |
- 4) Når avsluttet du din grunnutdanning? Årstall: _____
- 5) Har du formell videreutdanning på høgscole- og/eller universitetsnivå i tillegg til videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"? Ja Nei
Hvis ja, hvilken?
- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Videreutdanning | I så fall, hvilken: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurs i forskningsmetode i regi av høgscole/universitet | |
| <input type="checkbox"/> Mastergrad/Hovedfag | |
| <input type="checkbox"/> Doktorgrad | |
| <input type="checkbox"/> Annen: _____ | |
- 6) Hvilke type stilling og hvilken stillingsprosent har du?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vanlig klinisk stilling _____% | <input type="checkbox"/> Lærer v/ høgscole/universitet _____% |
| <input type="checkbox"/> Ansvar fagutvikling _____% | <input type="checkbox"/> Leder _____% |
| <input type="checkbox"/> Spesialist / Spesialsykepleier _____% | <input type="checkbox"/> Annen _____% |
- 7) Hvor arbeider du?
- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Universitetssykehus | <input type="checkbox"/> Sykehjem | <input type="checkbox"/> Høgscole |
| <input type="checkbox"/> Lokalsykehus | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien | <input type="checkbox"/> Universitet |
| <input type="checkbox"/> Annet _____ | | |
- 8) Hvor lenge har du arbeidet der du arbeider nå? Antall år: _____
- 9) Har du pasientkontakt i din jobb? Ja Nei
- 10) Deltar du i et kunnskapsbasert nettverk / en kunnskapsbasert arbeidsgruppe?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| Hvis ja, på hvilken måte? | |
| <input type="checkbox"/> Fagring | <input type="checkbox"/> Fagprosedyregruppe |
| <input type="checkbox"/> Lesegruppe / Lesesirkel / Journal Club | <input type="checkbox"/> Artikkelskrivegruppe |
| <input type="checkbox"/> Annet: _____ | |

Vedlegg 3. KBP holdningsskala

Ref.nr

Dato

Holdningsskala

Nedenfor finner du 16 påstander om kunnskapsbasert praksis (KBP). Venn igst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvor enig eller uenig du er i hver påstand. Hvis du ikke har pasientkontakt i din jobb kan noen av spørsmålene oppleves som lite relevante. Vi ber deg likevel besvare alle spørsmålene. Det er ingen rette eller gale svar.

	Svært uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Svært enig
1. Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling.	1	2	3	4	5
2. Jeg kjenner til trinnene i KBP.	1	2	3	4	5
3. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP.	1	2	3	4	5
4. Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP.	1	2	3	4	5
5. Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis.	1	2	3	4	5
6. Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer som antall liggedøgn, dødelighet, fallfrekvens) for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte.	1	2	3	4	5
7. Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP.	1	2	3	4	5
8. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte.	1	2	3	4	5
9. Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/iltak jeg gir til mine pasienter.	1	2	3	4	5
10. Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis.	1	2	3	4	5
11. Jeg tror KBP tar for mye tid.	1	2	3	4	5
12. Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP.	1	2	3	4	5
13. Jeg tror KBP er vanskelig.	1	2	3	4	5
14. Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis.	1	2	3	4	5
15. Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid.	1	2	3	4	5
16. Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert.	1	2	3	4	5

Developed by Melnyk & Fineout-Overholt. Copyright 2003

Oversatt til norsk av Nina Rydland Olsen, Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis, 2008.

Vedlegg 4. KBP implementeringsskala

Ref.nr | | | |

Dato | | | |

KBP Implementeringsskala

Nedenfor finner du 18 spørsmål om kunnskapsbasert praksis (KBP). Noen helsearbeidere gjør enkelte av disse aktivitetene oftere enn andre helsearbeidere. Det er ingen fasit som angir hvor ofte man bør utføre disse oppgavene. Hvis du ikke har pasientkontakt i din jobb kan noen av spørsmålene oppleves som lite relevante. Vi ber deg likevel besvare alle spørsmålene. Vennligst svar på hvert spørsmål ved å sette ring rundt det tallet som best beskriver følgende utsagn:

I løpet av de siste 8 ukene, har jeg:

	Ingen ganger	1-3 ganger	4-5 ganger	6-8 ganger	>8 ganger
1. Brukt kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer som antall liggedøgn, dødelighet, fallfrekvens) for å endre min kliniske praksis...	0	1	2	3	4
2. Kritisk vurdert en forskningsstudie...	0	1	2	3	4
3. Formulert et klinisk spørsmål på en standardisert måte (f.eks. ved hjelp av PICO)...	0	1	2	3	4
4. Diskutert en forskningsstudie uformelt med en kollega...	0	1	2	3	4
5. Samlet klinisk informasjon om pasientproblem (f.eks. data om liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.)...	0	1	2	3	4
6. Presentert kunnskapsbasert kunnskap i en rapport eller presentasjon for mer enn 2 kollegaer...	0	1	2	3	4
7. Evaluert resultater (utfall) fra en gjennomført endring av praksis...	0	1	2	3	4
8. Fortalt en kollega om kliniske retningslinjer basert på forskning...	0	1	2	3	4
9. Formidlet kunnskap fra en forskningsstudie til en pasient/pårørende...	0	1	2	3	4
10. Formidlet kunnskap fra en forskningsstudie til et medlem i en tverrfaglig gruppe...	0	1	2	3	4
11. Lest og kritisk vurdert en klinisk forskningsstudie...	0	1	2	3	4
12. Vært inne i Cochrane-databasen over systematiske oversikter...	0	1	2	3	4
13. Vært inne på Guidelines International Network (GIN)...	0	1	2	3	4
14. Brukt retningslinjer basert på forskning eller en systematisk oversikt til å endre klinisk praksis på min arbeidsplass...	0	1	2	3	4
15. Evaluert et prosjekt i praksis ved å samle inn pasientdata (f.eks. liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.)...	0	1	2	3	4
16. Formidlet innsamlete pasientdata (f.eks. liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.) for kollegaer...	0	1	2	3	4
17. Endret praksis basert på innsamlete pasientdata (f.eks. liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.)...	0	1	2	3	4
18. Fremmet bruk av KBP blant mine kollegaer...	0	1	2	3	4

Developed by Melnyk & Fineout-Overholt, Copyright, 2003

Oversatt til norsk av Nina Rydland Olson, Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag, Sentre for kunnskapsbasert praksis, 2008.

Vedlegg 5. EBP Belief Scale

Id nr. _____

EBP Beliefs Scale Melnik & Fineout-Overholt, Copyright, 2003

Below are 16 statements about evidence-based practice (EBP). Please circle the number that best describes your agreement or disagreement with each statement. There are no right or wrong answers.

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
1. I believe that EBP results in the best clinical care for patients.	1	2	3	4	5
2. I am clear about the steps of EBP.	1	2	3	4	5
3. I am sure that I can implement EBP.	1	2	3	4	5
4. I believe that critically appraising evidence is an important step in the EBP process.	1	2	3	4	5
5. I am sure that evidence-based guidelines can improve clinical care.	1	2	3	4	5
6. I believe that I can search for the best evidence to answer clinical questions in a time efficient way.	1	2	3	4	5
7. I believe that I can overcome barriers in implementing EBP.	1	2	3	4	5
8. I am sure that I can implement EBP in a time efficient way.	1	2	3	4	5
9. I am sure that implementing EBP will improve the care that I deliver to my patients.	1	2	3	4	5
10. I am sure about how to measure the outcomes of clinical care.	1	2	3	4	5
11. I believe that EBP takes too much time.	1	2	3	4	5
12. I am sure that I can access the best resources in order to implement EBP.	1	2	3	4	5
13. I believe EBP is difficult.	1	2	3	4	5
14. I know how to implement EBP sufficiently enough to make practice changes.	1	2	3	4	5
15. I am confident about my ability to implement EBP where I work.	1	2	3	4	5
16. I believe the care that I deliver is evidence-based.	1	2	3	4	5

Vedlegg 6. EBP Implementation Scale

Id.nr _____

EBP Implementation scale Melnyk & Fincout-Overholt Copyright, 2003

Below are 18 questions about evidence-based practice (EBP). Some healthcare providers do some of these things more often than other healthcare providers. There is no certain frequency in which you should be performing these tasks. Please answer each by circling the number that best describes **how often each item has applied to you in the past 8 weeks.**

In the **past 8 weeks**, I have:

	0 times	1-3 times	4-5 times	6-8 times	> 8 times
1. Used evidence to change my clinical practice...					
2. Critically appraised evidence from a research study...					
3. Generated a PICO question about my clinical practice...					
4. Informally discussed evidence from a research study with a colleague...					
5. Collected data on a patient problem...					
6. Shared evidence from a study or studies in the form of a report or presentation to more than 2 colleagues...					
7. Evaluated the outcomes of a practice change...					
8. Shared an EBP guideline with a colleague...					
9. Shared evidence from a research study with a patient/family member...					
10. Shared evidence from a research study with a multi-disciplinary team member...					
11. Read and critically appraised a clinical research study...					
12. Accessed the Cochrane database of systematic reviews...					
13. Accessed the National Guidelines Clearinghouse...					
14. Used an EBP guideline or systematic review to change clinical practice where I work...					
15. Evaluated a care initiative by collecting patient outcome data...					
16. Shared the outcome data collected with colleagues...					
17. Changed practice based on patient outcome data...					
18. Promoted the use of EBP to my colleagues...					

Vedlegg 7. Forvarsel om studien



Bergen, 4. oktober 2010

Informasjon om spørreundersøkelse blant tidligere deltakere av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"

Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen ønsker å gjennomføre en spørreundersøkelse for å kartlegge holdninger og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos tidligere deltakere av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert".

Om to uker vil du få tilsendt en spørreundersøkelse jeg håper du vil ta deg tid til å besvare og returnere.

Som takk for deltakelsen vil du være med i loddtrekning av 15 fagbøker. Vinnerne av fagbøkene vil bli filskrevet i uke 50.

Med vennlig hilsen

Monica W. Nortvedt
Prosjektleder / Professor
Leder Senter for kunnskapsbasert praksis
Høgskolen i Bergen

Vedlegg 8. Forespørsel om deltakelse i studien



HØGSKOLEN I BERGEN

Bergen, 18. oktober 2010

Forespørsel om å delta i evaluering av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"

Med dette skrivet vil vi informere deg og samtidig spørre om du kan delta i en studie som skal evaluere videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert".

Bakgrunn

Som et ledd i satsningen på kunnskapsbasert praksis utviklet Høgskolen i Bergen videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" sammen med Nasjonalt kunnskapsenter for helseetjeningen i 2004. Det er hittil ikke gjort noen systematiske undersøkelser som viser hvilke holdninger deltakerne har til kunnskapsbasert praksis eller om de gjør aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd når de er tilbake i arbeid.

Hensikt

Vi ønsker å kartlegge holdninger og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis hos tidligere deltakere av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert".

Hva studien innebærer

Alle som har gjennomført og bestått 15 studiepoeng eksamen ved videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" vil bli bedt om å besvare og returnere et spørreskjema. Spørreskjemaet etterspør holdninger til kunnskapsbasert praksis, i hvilken grad aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd utføres samt generelle bakgrunnsopplysninger om deg og din utdannings- og arbeidssituasjon. Det tar ca. 15 minutter å besvare skjemaet.

Innsamlede data fra spørreskjemaene vil bli lagret på PC hos Senter for kunnskapsbasert praksis. Dataene vil bli brukt til å evaluere videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert". Resultatene vil gjøres kjent som rapporter, masteroppgaver, og bli publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift. Ved publisering vil det ikke fremgå opplysninger som kan tilbakeføres til deg som person.

Monica Wammen Nortvedt er ansvarlig for prosjektet og datamaterialet, men vil kunne inkludere masterstudenter eller andre ansatte ved institusjonen i prosjektet i løpet av prosjektperioden. Disse vil bruke datamaterialet mer eller mindre selvstendig til egne evalueringsprosjekter av videreutdanningen. Prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt og alle opplysninger som fremkommer fra deg vil bli behandlet konfidensielt. Senest ved prosjektslutt 02.01.2020 vil navnelister bli slettet mens indirekte personidentifiserende opplysninger vil bli slettet eller grovkategorisert på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Personvernombudet for forskning (NSD).

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Du kan trekke deg fra studien når som helst uten å oppgi grunn, og du kan kreve at opplysningene som er fremkommet slettes eller anonymiseres. Ved å returnere spørreskjemaene i vedlagte svarkonvolutt gir du samtykke til å delta i undersøkelsen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Anne Kristin Snibsør på tøl 55 58 78 78 / mobil 41 33 78 87, evt e-post aksn@hib.no

Vi håper du har anledning til å sette av tid til å besvare og returnere dette spørreskjemaet. Som takk for deltakelsen vil du være med i loddrekning av 15 fagbøker.

Med vennlig hilsen

Anne Kristin Snibsør
Masterstudent

Nina Rydland Olsen (sign)
Veileder / PhD-student

Monica Wammen Nortvedt
Prosjektleder / Professor

Vedlegg 9. Første purring



Bergen, 8. november 2010

2. gangs utsendelse av skjema i forbindelse med evaluering av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert".

For tre uker siden sendte vi deg et spørreskjema som etterspør dine holdninger til kunnskapsbasert praksis, i hvilken grad du utfører aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd samt generelle bakgrunnsopplysninger om deg og din nåværende utdannings- og arbeidssituasjon.

Vi skriver til deg igjen fordi det er av stor betydning at flest mulig spørreskjema blir besvart og returnert. I tilfelle spørreskjemat ditt er blitt borte sender vi deg et nytt skjema og en ny frankert svarconvolutt.

Vinnerne av fagbøkene vil bli tilskrevet i uke 50.

På forhånd takk for hjelpen.

Vennlig hilsen

Anne Kristin Snibjørn
Masterstudent
Høgskolen i Bergen
Senter for kunnskapsbasert praksis

Nina Rydland Olsen (sign)
Veileder / PhD-student
Høgskolen i Bergen
Senter for kunnskapsbasert praksis

Monica W. Nortvedt
Prosjektansvarlig
Høgskolen i Bergen
Senter for kunnskapsbasert praksis

Vedlegg 10. Andre purring



HØGSKOLEN I BERGEN

Bergen, 10. januar 2011

Siste utsendelse av skjema i forbindelse med evaluering av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert".

Før jul sendte vi deg et spørreskjema med spørsmål som omhandler kunnskapsbasert praksis.

Vi skriver til deg igjen, fordi det er av stor betydning at flest mulig spørreskjema blir besvart og returnert. I tilfelle spørreskjemaet ditt er blitt borte sender vi deg et nytt skjema og en ny frankert svarconvolutt.

På forhånd takk for hjelpen.

Vennlig hilsen

Anne Kristin Snibsær

Anne Kristin Snibsær
Masterstudent
Høgskolen i Bergen
Senter for kunnskapsbasert praksis

Nina Rydland Olsen (sign)
Veileder / PhD-student
Høgskolen i Bergen
Senter for kunnskapsbasert praksis

Monica W. Nortvedt

Monica W. Nortvedt
Prosjektansvarlig
Høgskolen i Bergen
Senter for kunnskapsbasert praksis

Vedlegg 11. Brev til deltakere som vant fagbok



Bergen, 20. desember 2010

Kjære deltaker

Vi har den glede å informere deg om at du er en av vinnerne av fagboken "How to read a paper – the basics of evidence-based medicine".

Takk for deltakelsen i studien!

Med vennlig hilsen,

Monica W. Nortvedt
Senter for kunnskapsbasert praksis

Anne Kristin Snibsøer
Masterstudent i kunnskapsbasert praksis
Høgskolen i Bergen

Vedlegg 12. Meldeskjema NSD

Meldeskjema

2008 4

for forsknings- og studentprosjekt, som medfører meldeplikt eller konsekvensplikt
(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Kopi av innsendt meldeskjema

Prosjektnummer: 22883

1. PROSJEKTTITTEL			
Evalueringsprosjekt. Videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"			
2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON			
Institusjon: Høgskolen i Bergen			
Afdeling/fakultet: Afdeling for helse- og sosialfag		Institutt:	
3. DAGLIG ANSVARLIG			
Navn (fornavn og etternavn): Monica Wammen Norvedt			
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Senter for kunnskapsbasert praksis Høgskolen Bergen		Akademisk grad: Doktorgrad	Stilling: Professor
Adresse – arbeidssted: Postboks 7030		Postnummer: 5020	Poststed: BERGEN
Telefon: 55585558	Mobil: 99048344	Telefaks:	E-post: monica.norvedt@hib.no
4. VED STUDENTPROSJEKT (studiested må alltid være samme som arbeidssted til daglig ansvarlig)			
Navn (fornavn og etternavn) på student:		Akademisk grad:	
Adresse – privat:		Postnummer:	Poststed:
Telefon:	Mobil:	Telefaks:	E-post:

5. FORMÅL MED PROSJEKTET	
<p>Problemstillinger, forskningsspørsmål, eller lignende.</p>	<p>Formålet med prosjektet: Bakgrunn: Forskere er enige om at en av de største utfordringene i å undervise i kunnskapsbasert praksis (KBP) er å vurdere effekten av undervisning og læring på arbeidsplassen i praksis. Melnyk & Fineout-Overholt (2002) har utviklet to skalaer (spørreskjema) for vurdering av denne prosessen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • KBP Holdningskala tar sikte på å måle studentenes "anbefaling av premisset om at KBP bedrer kliniske utfall og tillit til KBP kunnskap/ferdigheter". • KBP Implementeringsskala måler studentenes grad av engasjement i relevante KBP atferd, dvs. å søke og vurdere evidens, deling av evidens med kolleger og/eller pasienter, samle og vurdere data om resultater knyttet til KBP, og bruke evidens til å endre praksis. <p>Hensikt: Videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" ble opprettet i 2004. Vi ønsker å videreutvikle og forbedre tilbudet til studenter som tar videreutdanningen og se hvordan studenter bruker sine ferdigheter i kunnskapsbasert praksis over tid. Vi vil benytte "KBP skalaene" og intervju til å vurdere effekt av læring i kunnskapsbasert praksis og om dette implementeres i praksis. Primært skal dataene brukes til evaluering av og forbedring av studiet. Vi vil også publisere resultater i vitenskapelige tidsskrifter og presentere dem på konferanser.</p>
6. PROSJEKTOMFANG	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Enkelt institusjon <input type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie</p> <p>Angi øvrige institusjoner som skal delta:</p>	
7. UTVALGSBESKRIVELSE	
<p><u>Beskrivelse av utvalget</u> Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, sakteter)</p>	<p>Studenter som er tatt opp på videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert". Dette gjelder studenter tatt opp høsten 2009, ca. 35 studenter. I tillegg ønsker vi å opprette en database ved å følge opp tidligere og fremtidige videreutdanninger.</p>
<p><u>Rekruttering og trekking</u> Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som forstar rekrutteringen/ trekkingen.</p>	<p>Alle studenter som er tatt opp og som samtykker vil bli inkludert.</p>
<p><u>Førstegangskontakt</u> Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget</p>	<p>Studentene får utlevert spørreskjema ved første studiesamling. Utlevering gjøres av p.medarbeider.</p>
<p>Oppgi alder på utvalget</p>	<p><input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)</p>
<p>Antall personer som inngår i utvalget.</p>	<p>I første omgang 35 studenter. Antallet suppleres med studenter fra tidligere og fremtidige kull.</p>

<p>Dersom det inkluderes personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse, beskriv denne del av utvalget nærmere.</p>	
8. INFORMASJON OG SAMTYKKE	
<p>Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon. <input checked="" type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon.</p> <p>Redegjør for hvilken informasjon som gis Vi kommer til å gå igjennom informasjonen som står i samtykkeskjemaet og de to spørreskjemaene som skal benyttes.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gies informasjon.</p>
<p>Samtykke Innhentes samtykke fra den registrerte? NB. Se veiledning for krav til samtykke.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes. På et informert samtykkeskjema der de undertegner at de ønsker å være med.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.</p>
9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER	
<p>Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Biologisk materiale <input type="checkbox"/> Uprøving av legemidler <input checked="" type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken: Karakterer på oppnådd eksamensbesvarelse</p>

Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger:

Spørreskjema deles ut i papirform med et ID-nummer. Hvert skjema leveres ut ved studiets første dag og etter endt videreutdanning. Studentene vil også bli bedt om å besvare spørreskjemaene og la seg intervju når de er tilbake i praksis.

Vi ønsker også å sende ut spørreskjema til alle som har gjennomført videreutdanningen siden 2004, dvs. ca 300 personer.

10. DATAMATERIALETS INNHOLD

<i>Gjør kort rede for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, intervjuguide, registreringsskjema e. s., som foreligger ferdig utarbeidet eller som utkast.</i>	Opplysninger fra spørreskjema fra de to validerte skjema (se vedlegg) og demografiske variabler (se vedlegg).	
	Opplysninger fra åpne intervju med fokus på bruk av kunnskapsbasert praksis i arbeidslivet.	
<i>Registreres det direkte personidentifiserende opplysninger?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <input checked="" type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer
<i>Registreres det indirekte identifiserende personopplysninger?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: Den som behandler data vil ikke ha navn, men forholde seg til et id nr som kan oppspores. Dette er nødvendig fordi vi ønsker å følge studentene opp over tid. Det samles inn en del bakgrunnsvariabler.
<i>Behandles det sensitive personopplysninger?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi hvilke: <input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling. <input type="checkbox"/> Helsetilstand. <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold. <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger.
<i>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen? <input type="checkbox"/> Får skriftlig informasjon. <input type="checkbox"/> Får muntlig informasjon. <input type="checkbox"/> Blir ikke informert.

11. INFORMASJONSSIKKERHET

<i>Redegjør for hvordan datamaterialet registreres og oppbevares</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (spesifiser hvilke på punkt 10) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares afskilt fra det øvrige datamaterialet. Oppgi hvordan koblingsnøkkelene lagres og hvem som har tilgang til denne. Prosjektleder har adgang til navnelisten med id nr. Resten av prosjektmedlemmene vil kun forholde seg til id nr.
	<input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet. Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet.

	<input type="checkbox"/> Annet: Spesifiser:	
Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares? Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert på tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Pc i nettverksystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Videopptak/fotografi	<input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Manuelt papir <input type="checkbox"/> Annet: Hvis annen lagring, beskriv nærmere: Behandles lyd/videoopptak på pc? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Sikring av konfidensialitet.	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene? Spørreskjema med id nr. vil bli oppbevart innlåst i et skap til de er registrert. Deretter makueres de.	
Vil prosjektet ha prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig student?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Oppgi hvilke: Prosjektmedarbeider vil ha tilgang til datamaterialet, men ikke koblingsnøkkel. Prosjektleder har tilgang til datamaterialet + koblingsnøkkel.
Innhentet eller overtas personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett/ekstern dataseil?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvem:
Skal opplysninger samles inn/bearbejdes ved hjelp av databehandler?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, redegjør for hvem som skal samle inn data og hvilke data dette gjelder:
Hvis multisensterstudie:	Redegjør for hvordan samarbeidet mellom institusjonene foregår. -Hvem har tilgang til materialet og hvordan reguleres tilgangen.	
12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER		
Er prosjektet fremleggelses pliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tiltalelse. Det er ingen pasienter inkludert, kun studenter.
Dersom det anvendes biologisk materiale er det søkt REK om opprettelse av forskningsbiobank?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tiltalelse.
Er det nødvendig å søke om dispensasjon fra taushetsplikt for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tiltalelse.
Er det nødvendig med melding til Statens legemiddelverk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding/tiltalelse.

Andre	Angi hvem. <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
13. PROSJEKTPERIODE	
Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – <u>prosjektstart</u> samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører – <u>prosjektstutt</u> .	Prosjektstart (ddmmåååå): 05.10.2009 Prosjektstutt (ddmmåååå): 02.07.2020
Gjør rede for hva som skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt.	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres. Prosjektleder har navneliste med kodel id nr. Dataene vil bli makuert og detaljer slettes etter prosjektstutt. <input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon Hvor skal datamaterialet oppbevares? Ønsker å gi samme spørreskjema til samme person ved forskjellige tidspunkt. Gi en redegjørelse for hvorfor datamaterialet ska oppbevares med personidentifikasjon. På PC der informasjonen lagres på personlig domene med passord og brukerkode.
14. FINANSIERING	
Dette er et ledd av evalueringen av videreutdanningen og finanseres av Høgskolen i Bergen	
15. TILLEGGSOPPLYSNINGER	
16. ANTALL VEDLEGG	
Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	6

Vedlegg 13. Kvittring på meldeskjema fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A5
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Fredrik Høegs gate 19
40-5023 Bergen
Kontor
Tlf: +47 55 51 21 11
Faks: +47 55 51 21 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
E-post: NSD@nsd.uib.no

Monica Wammen Nortvedt
Senter for kunnskapsbasert praksis
Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5020 BERGEN

Vår dato: 01.12.2009

Vår ref.: 22887/2009

Deres dato:

Deres ref.:

KVITTRING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.10.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22887

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

Videnskapsprosjekt, Videnskapsingen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert"
Høgskolen i Bergen, ved institusjonsansvarlig leder
Monica Wammen Nortvedt

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldingspliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemact, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjekter i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 02.01.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal (tlf: 55 58 35 42)
Vedlegg: Prosjektvurdering

Godt ingjær-tjenst / Dobra služby

NSD: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, Postboks 7030, 5020 Bergen, Tlf: +47 55 51 21 11, nsd@nsd.uib.no
NSD: Norwegian Social Science Data Services, Postboks 7030, 5020 Bergen, Tlf: +47 55 51 21 11, nsd@nsd.uib.no
NSD: NSD, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, Postboks 7030, 5020 Bergen, Tlf: +47 55 51 21 11, nsd@nsd.uib.no

Vedlegg 14. Endringsmelding NSD

1

Endringsskjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes per post,
e-post eller faks, i ett eksemplar, til

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
Personvernombudet for forskning
Harald Hårfagres gate 29
5007 BERGEN

personvernombudet@nsd.uib.no / Telefaks: 55 58 95 50 / Telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

1. BEHANDLINGSANSVARLIG¹			
Institusjon: Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag		Dato for innsending:	
Adresse: Postboks 7030		Postnr.: 5020	Poststed: 5020
2. DAGLIG ANSVAR¹			
Navn (forenavn - etternavn): Monica Wammen Nortvedt		Stillingegrad: Professor	
Arbeidssted (avdeling/seksjon/institutt): Senter for kunnsapsbasert praksis Høgskolen i Bergen		Postnr.: 5020	Poststed: Bergen
Adresse - arbeidssted: Postboks 7030		Telefon: 55585596	Telefaks: Mobil: 99048344
		E-postadresse: Monica.nortvedt@hib.no	
3. VED STUDENTPROSJEKT¹			
Navn (forenavn - etternavn) på studenten: Anne Kristin Sribjør		Grad: Masterstudent	
Adresse: Øvre Sollien 45		Postnr.: 5096	Poststed: Bergen
Telefon: 55294556		Telefaks: Mobil: 41337587	E-postadresse: akan@hib.no
4. PROSJEKTNUMMER OG PROSJEKTITTEL			
Nummer: 22883			
Tittel: Evalueringssjekk. Videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnsapsbasert"			
5. ENDRING			

Er det spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 21 17.

Det er tidligere søkt om å brytte "KBP skilene" til å vurdere effekt av læring i kunnskapsbasert praksis og om dette implementeres i praksis: prosjekt 22883.

Som et ledd i evalueringen av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" ønsker vi å kartlegge tidligere deltakers holdninger og affekt relatert til kunnskapsbasert praksis. I oktober 2010 vil det bli gjennomført en postal spørreundersøkelse. Alle som har bestått 15 studiepoengs eksamen ved videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" siden videreutdanningen ble opprettet i 2004 vil få tilsendt spørreskjemaet "KBP holdningsskala", "KBP implementeringsskala" samt et bakgrunnskjema.

Forsøket med prosjektet er å kartlegge selvrapporterte holdninger og selvrapportert affekt relatert til kunnskapsbasert praksis hos tidligere deltakere av videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert". I tillegg vil det bli undersøkt om det er sammenheng mellom selvrapporterte holdninger og/eller affekt i forhold til kunnskapsbasert praksis og bakgrunnsvariabler som alder, helsefaglig bakgrunn, type stilling, arbeidssted, utdanningsnivå, antall år i nåværende jobb og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk.

Endringer utover de ovenfor nevnte:

1. Ett av spørsmålene på KBP holdningsskala og åtte av spørsmålene på KBP implementeringsskala hander om klinisk praksis. Disse spørsmålene kan dermed oppleves som lite relevante for deltakere som ikke har pasientkontakt. I informasjonen på spørreskjemaet er det derfor påført følgende tilleggstekst: "Hvis du ikke har pasientkontakt i din jobb kan noen av spørsmålene oppleves som lite relevante. Vi ber deg likevel besvare alle spørsmålene."
2. Retur av spørreskjema er samtykke til deltakelse i studien. I prosjekt 22883 skal deltakerne fylle ut en samtykkeserklæring. I denne postale spørreundersøkelsen informeres deltakerne om at retur av spørreskjema gir samtykke til deltakelse i studien. Det vil dermed ikke foreligge en egen samtykkeserklæring.
3. Det er tilført noen flere spørsmål i bakgrunnskjemaet. Spørsmål som er tilført etter spør deltakelse i kunnskapsbasert nettverk, pasientkontakt, antall år i nåværende jobb, og antall år siden grunnutdanningen ble avsluttet.
4. I denne undersøkelsen gis det kun skriftlig informasjon. Informasjon om undersøkelsen blir beskrevet i "brevseriel om deltakelse i studien". Informasjon om utfylling av spørreskjema blir beskrevet øverst på hvert spørreskjema.
5. Data i denne undersøkelsen vil bli samlet inn via spørreskjema. Årsattil for bestått eksamen er hentet fra eksamenkontorene ved Høgskolen i Bergen.

6. SPESIELLE TILLATELSER¹⁾

Er endringen meldt til Regionale komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding
Gjør endringen et prosjekt nå blir fremtidsrettet for Regionale komité for medisinsk forskningsetikk (inkludert melding om forskningsetikk)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilråding
Gjør endringen det nødvendig å søke om dispensasjon fra fauletsplikten for å få tilgang til data?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend dispensasjon

7. TILLEGGSOPPLYSNINGER

--

8. ANTALL VEDLEGG

Legg ved eventuelle nye vedlegg (forensersel intervjuguide, registreringsskjema, spørreskjema, tilfeller og lignende)	Vedlegg 1: KBP holdningsskala Vedlegg 2: KBP implementeringsskala Vedlegg 3: Bakgrunnskjema Vedlegg 4: Forensersel om studien Vedlegg 5: Forensersel om deltakelse i studien Vedlegg 6: Puring nr. 1 Vedlegg 7: Takk for deltakelsen
--	--

Er det spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, ta gjerne kontakt med Personvernombudet hos NSD, telefon 55 58 21 17

i Behandlingsansvarlig

I forskningsprosjekt er behandlingsansvarlig som regel den institusjon, ved institusjonens øverste leder, som forsker/student er ansatt ved/studenter ved.

Den behandlingsansvarlige har bestemmelsesrett over opplysningene og det er den behandlingsansvarlige som står ansvarlig utad for at behandlingen er lovlig. Den behandlingsansvarlige vil være den som kan saksøkes og pådra seg straffansvar for overtredelse av lovens bestemmelser. Avgjørende moment når man skal avgjøre hvem som er ansvarlig er blant annet hvem som initierer prosjektet og om forskers befating med prosjektet skjer i egenskap av å være ansatt eller ikke.

ii Daglig ansvar

Forsker/veileder skal føres opp i dette feltet.

Det daglige ansvaret for behandlingen av personopplysningene ligger hos øverste leder for virksomheten som er oppført som behandlingsansvarlig. I forsknings- og studentprosjekt delegeres det daglige ansvaret til forsker/veileder for prosjektet.

iii Studentprosjekt

Feltet fylles ut dersom behandlingen av personopplysningene gjennomføres som et studentprosjekt.

iv Spesielle tillatelser

For mer informasjon om hvorvidt et prosjekt er framleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, vises det til www.etikkom.no

For å få utlevert taushetsbelagte opplysninger fra offentlige forvaltningsorgan, sykehus, trygdekontor, sosialkontor m.m., må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Søknad om utlevering av helseopplysninger rettes til Sosia- og helsedirektoratet.

Vedlegg 15. Godkjenning fra NSD

Hei,

Vi viser til innsendt endringsmelding for prosjekt 22883, mottatt 20.09.2010.

Vi har registrert at det vil bli sendt ut en ny spørreundersøkelse til alle som har bestått 15 studiepoengs eksamen ved videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert" siden videreutdanningen ble opprettet i 2004. Spørreskjemaet er videre utvidet med et par spørsmål om bakgrunnsopplysninger.

Vi har videre mottatt revidert informasjonsskriv per e-post 29.09.10, hvor riktig dato for prosjektslutt 02.01.2020 er påført. Vi forutsetter at utvalget er informert om alle sider av prosjektet. Dersom det planlegges nye prosjekter som skal benytte det samme datamaterialet, forutsetter vi at prosjektet meldes til ombudet i god tid før prosjektstart. Vi forutsetter videre at utvalget får ny informasjon og at det innhentes nytt samtykke.

Det legges til grunn at prosjektet forøvrig er uendret. Vi viser i den forbindelse til vår tidligere vurdering, datert 03.12.2009.

--

Vennlig hilsen

Juni Skjold Lexau
Fagkonsulent
Personvernombudet for forskning
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Harald Hårfagres gate 29 // 5007 BERGEN

Tlf: 55 58 35 42// Tlf. sentral: 55 58 21 17 // Faks: 55 58 96 50
www.nsd.uib.no/personvern // juni.lexau@nsd.uib.no

Vedlegg 16 Tabell 14. Oversikt over studier som har brukt EBP Belief Scale (EBPBS) og EBP Implementation Scale (EBPIS).

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Melnik BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ (2008) Undersøkte psykometriske egenskaper for skala som måler holdning og atferd relatert til KBP.</p>	<p>Instrument: EBPBS og EBPIS. Design: Survey Før-måling Intervensjon: deltakelse KBP workshop Cronbach's BPBS= 0,90 EBPIS= 0,96</p>	<p>Sykepleiere USA (n = 394) Bekvemmelighetsutvalg Svarprosent ikke oppgitt.</p>	<p>Tidligere eksponert KBP EBPBS=55,46 EBPIS=18,27 Korrelasjon holdning og atferd. Høy skåre holdning, atferd avh: - tidligere eksponert for KBP - utdanningsnivå - sykepleierolle - alder (ikke for atferd)</p>	<p>Holdepunkter for kriterierelatert og begrepsvaliditet for begge skalaene i et heterogent utvalg praktiserende sykepleiere.</p>
<p>Leufer & Cleary-Holdforth (2007) Undersøkte holdning, kunnskap og bruk av KBP</p>	<p>Instrument: EBPB og EBPIS Design: Survey Etter-måling Intervensjon: Opplæring KBP v/ spl.skole</p>	<p>Sykepleie studenter (n=145) Bekvemmelighetsutvalg Svarprosent = 66 %</p>	<p>EBPBS: 56,5 EBPIS: 18,2 Positiv korrelasjon holdning og atferd, r=0,35. Sterkt enig i at KBP resulterer i best pleie for pasienten, men nøytral skåre ifht om pleien de ga var KBP.</p>	<p>Studiens resultater støtter integrering av KBP i læreplan for sykepleierstudenter.</p>
<p>Varnell et al. (2008) Undersøkte effekt av et intensivt opplæringsprogram for KBP champions på sykepleieres holdning og implementering av KBP</p>	<p>Instrument: EBPBS og EBPIS. Design: Kvasieksp. Før-etter studie. Intervensjon: 8 ukers intensivt opplæringsprogram for å bli KBP champions Cronbach's alfa EBPBS= 0,82 EBPIS= 0,95</p>	<p>Sykepleiere akuttavdeling USA (n = 49)</p>	<p>Opplæring KBP Champions: EBPBS før=57,10 etter= 63,73 EBPIS før=15,29 etter= 22,86 Opplæring ga sign forbedring begge skalaer. Ingen signifikant korrelasjon mellom: alder, ansiennitet, arbeidssted og holdning /atferd relatert til KBP.</p>	<p>Sykepleiere som deltar på et intensivt opplæringsprogram i KBP har potensialet for bedre holdning og atferd relatert til KBP. Administrativ støtte og samarbeid mellom akademisk og praksis essensiell suksessfaktor</p>
<p>Estrada (2009) Undersøkte holdninger og atferd relatert til KBP i fht oppfatning av egen arbeidsplass som lærende organisasjon.</p>	<p>Instrument: EBPBS, EBPIS og DLOQ Design: Survey Skjemaene distribuert via internpost og samlet inn i postkasser. Cronbach's a: EBPBS=0,89 EBPIS= 0,94</p>	<p>Sykepleiere akutt sykehus USA (n = 1750) Bekvemmelighetsutvalg Svarprosent = 34 %</p>	<p>Sammenheng mellom holdninger og atferd relatert til KBP. Signifikant svakt forhold mellom karakteristika ved oppfattelse av en lærende organisasjon og KBP holdninger. 4 subscales: 1) knowledge Cronbach's a=0,79 2) value Cronbach's alfa=0,87 3) resource Cronbach's alfa=0,84 4) time and difficulty beliefs Cronbach's =0,78</p>	<p>Kunnskap, ressurs og tid er viktige faktorer ved implementering av KBP</p>

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Melnyk et al. (2010a) Undersøkte: 1) holdning og atferd til KBP v implementering COPE-program 2) strategi for implementering COPE-program 3) faktorer som hemmer og fremmer implementering COPE-program	Instrument: EBPBS og EBPIIS. Design: Før-etter studie. Intervensjon: workshop i KBP og COPE. Cronbach's a: EBPBS= 0,88 EBPIIS= 0,95	Sykepleiere nyfødtavdeling USA (n = 180) Svarprosent = 45 %	Workshop KBP og COPE: EBPBS: før= 52.54 etter= 52.96 EBPIIS: før=7,37 etter=11,42 Ikke workshop: EBPBS: før=52.95 etter=48.60 EBPIIS: før= 5,95 etter=8,25 Deltakelse KBP workshop ga høye skåre. Ingen statistisk endring i atferd mellom de to gruppene.	Viktig å skape kultur som støtter KBP i helsesystemer og finne strategier som akselererer effektive intervensjoner i klinisk praksis.
Melnyk et al. (2010b) Undersøkte sammenheng mellom holdning, implementering av KBP, organisasjonskultur, gruppetilhørighet og jobbtillfredshet	Instrument: EBPBS, EBPIIS og skjema som målte: org. kultur gruppetilhørighet jobbtillfredshet Design: Før-studie Elektronisk us Intervensjon: 12 mnd mentor program for implement ARCC. Cronbach's a: EBPBS= 0,88 EBPIIS= 0,92	Sykepleiere og annet helsepersonell USA (n = 58)	EBPBS = 63,54 EBPIIS = 18,96 Holdninger til KBP signifikant relatert til de andre variablene. Deltakere m høye holdninger: - implementerte KBP i større grad - større gruppetilhørighet og jobbtillfredshet - opplevde org.kultur som mer positiv og klar for KBP. Atferd signifikant relatert til: - holdninger (r=0,38) - org. kultur og villighet for KBP Svakhet med studien: - deltakere mentorprogram var håndplukket	Begrensninger knyttet til resultatet; utvalg håndplukket og motivert for mentoring og KBP. Studien gir empirisk støtte til forholdet mellom holdning, atferd, org. kultur for KBP og jobbtillfredshet. Behov for å etablere en kultur som fasiliterer KBP, og styrker spl. tro på KBP og deres evne til å implementere KBP.
Wallen et al. (2010) Undersøkte: 1) effekt av et strukturert mange fasettert mentor program for implementering av KBP. 2) mentoring ifht holdning og atferd org.kultur jobbtillfredshet, gruppetilhørighet, og planer om å slutte i jobben og/eller yrket.	Instrument: EBPB og EBPIIS og skjema som målte: - org. kultur - gruppetilhørighet - jobbtillfredshet - plan om å slutte jobb/yrke Design: Mixed methods. Før-etter Fokusgr intervju Intervensjon: KBP mentor program To dager KBP workshop Cronbach's a: EBPBS= 0,92 EBPIIS= 0,94	Intervensjons gruppen: Sykepleiere ledere, kliniske spesialist,lærere forskere, ledere fra The Shared Governance Nursing Practice Council (Pre:n=94) (Post:n=58) Kontrollgruppen ikke-workshop deltakere, stratifisert og tilfeldig valgt. (Pre:n=65) (Post:n=41)	Mentorprogram: EBPBS: før=57,2 etter=62,6 EBPIIS: før=34,3 etter=40,9 Kontroll: EBPBS: før=58 etter=58,2 EBPIIS: før=29,7 etter=32,7 EBP belief positivt korrelert med EBP impl. (r=0,36, p<0,01). Deltakere på mentor program større økning i EBP belief og EBP impl. Organisasjonens kultur og klarhet for implementering av KBP var positivt korrelert med EBP belief (r=0,56, p<0,01). Svakhet med studien: - deltakere mentorprogram var håndplukket. - stort frafall fra pre – post måling.	Sykepleieres holdning til KBP er signifikant korrelert med atferd. KBP mentor (rådgivning) program bestående av KBP workshops kan ha positiv effekt på spl's persepsjon av org.kultur, holdning og atferd relatert til KBP, jobbtillfredshet og planer om å bli i jobben. Mer forskning i ulike miljø må til for å bekrefte resultatet

Forfatter	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Levin et al. (2011) Undersøkte effekt av implementering av ARCC-modellen på sykepleieres holdning og affert til KBP, gruppe-tilhørighet, produktivitet, jobbtifredshet, turnover rate</p> <p>(Advancing Research and Clinical Practice through close Collaboration)</p>	<p>Instrument: EBPB og EBPIIS og skjema som målte: - gruppetilhør - jobbtifredshet - produktivitet -turnover</p> <p>Design: RCT, Pilotstudie</p> <p>Intervensjon: - opplæring KBP prinsipper - promotering av KBP i avd. - tilgjengelig KBP mentor</p> <p>Prosjekt 16 uker</p> <p>Kontrollgruppe Opplæring i fysisk vurdering av voksne.</p> <p>Cronbach's a: EBPBS=0,88 EBPIS=0,95</p>	<p>Sykepleiere Hjemme-sykepleien (home care setting) (n=46) (Int.gr=22, Ktr.gr=24)</p>	<p>Statistisk forbedring i intervensjon gruppens holdninger til KBP ifht kontrollgruppen.</p> <p>Gj.snitt skåre KBP impl.skala høyere for impl.gr.(29,5) enn ktr.gr.(10,4).</p> <p>Stor forbedring i impl. skåre fra første måling (10,3) til tredje måling (41,5). Lavere på fjerde måling (intervensjonen avsluttet).</p>	<p>Implementering av ARCC-modellen i hj.spl er mulig.</p> <p>Mentor har positiv innflytelse på holdning og atferd relatert til KBP.</p> <p>Mentorer er nøkkelpersoner ved implementering av KBP (støtter tidligere litteratur som sier at undervisning alene ikke er nok for å endre KBP atferd).</p>
<p>Sciarra E (2011) Undersøkte sykepleieres holdning til KBP ved aktiv deltakelse i KBP journal club.</p>	<p>Instrument: EBPB</p> <p>Design: Før-etter studie (andre måling etter 4 uker)</p> <p>Intervensjon: Deltakelse Journal Club</p> <p>Cronbach's a: EBPBS=0,90</p>	<p>Sykepleiere Universitets sykehus, USA (n=7)</p>	<p>EBPBS: før=57,1 og etter = 60,4</p> <p>Svak studie: Kun 7 deltakere, ettermåling etter 4 uker.</p>	<p>Konkluderer med at journal club har positiv innvirkning på sykepleieres holdning til KBP.</p>