

Mastergradsoppgave

**Holdninger og atferd relatert til kunnskapsbasert praksis
En survey**

**Beliefs and Attitudes Toward Evidence-Based Practice
A survey**

Kjersti Stokke

Veileder: Nina Rydland Olsen og Monica Wammen Nortvedt

Innleveringsdato: 16. mai 2011

Antall sider: 67

Forord

Denne mastergradsoppgaven vil fullføre min mastergrad i Helse- og sosialfag, innen Kunnskapsbasert praksis (KBP) ved Høgskolen i Bergen. Mastergraden er gjennomført på deltid fra høsten 2008 til våren 2011.

Jeg har arbeidet med kreftpasienter i 21 år og har i 14 av disse årene også arbeidet fagutvikling innen sykepleie. Da jeg ble oppfordret av arbeidsgiver å ta master i Kunnskapsbasert praksis, var dette en gylden anledning til å få mer kunnskap om fagutvikling, forskning og kvalitetsforbedring. Samtidig med mastergradsstudiet har jeg arbeidet som kreftsykepleier og prosjektleder for prosjektet: ”Implementering i kunnskapsbasert praksis”.

Målet med implementeringsprosjektet på Radiumhospitalet er å fremme kvaliteten på sykepleien gjennom bruk av KBP. Halvveis i prosjektets tidsplan var det behov for å kartlegge hvordan sykepleierne forholdte seg til KBP. Jeg ønsket derfor å bruke mastergradsoppgaven til å undersøke sykepleiernes holdninger og atferd relatert til KBP.

Å skrive en masteroppgave kan sammenlignes med å bygge et hus. En har en plan i utgangspunktet, men den blir endret gang på gang. Alt tar mye lengre tid enn forventet og det blir forsinkelser på grunn av både ytre og indre omstendigheter. Når huset er ferdig vet en mye mer om hvordan en egentlig skulle bygget det hvis man kunne gjøre det på nytt. Og en sitter med en utrolig lærdom om hvordan det kan gjøres og hvordan det ikke bør gjøres.

En stor takk går først til helsefaglig rådgiver Marie Bruheim som i 2008 utfordret meg til å ta dette masterstudiet, for å ha lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre det, på nytt utfordret meg til å ta prosjektlederjobben og alltid hatt tro på at jeg ville få til begge deler. En stor takk går også til lederne på sengepost B2, Elin og Jorid, som alltid har møtt mine behov for bytting av vakter, stillingsprosent og permisjoner og gitt oppmuntrende tilrop fra sidelinjen. Jeg vil og rette en takk til prosjektgruppen på Radiumhospitalet for deres gode innspill og til kollegaene mine som gjennom småprat på korridoren har gitt meg inspirasjon og støtte.

En stor takk går selvfølgelig til de 185 sykepleierne som tok seg tid til å delta i studien i en travel og krevende arbeidsdag.

Takk også til mine veiledere Nina Rydland Olsen og Monica Wammen Nortvedt som både har vært litt arkitekter, litt snekkere og bidratt til både fremdrift og noen forsinkelser i byggeprosessen grunnet justering av byggeplanene på grunn av forhold jeg ikke har tenkt på. For ikke å glemme Birgitte Espehaug som har veiledet meg i forhold til de statistiske analysene. Tusen takk for din formidling og din tålmodighet.

Medstudenter fortjener også en stor takk for gode kaffepauser og sosialt samvær i Bergen når det behøvdtes som mest. Takk til medstudent Anne Kristin, som brukte samme spørreskjema, for faglige diskusjoner gjennom arbeidet med mastergradsoppgaven. En spesiell takk til Katrine for godt samarbeid og vennskap gjennom hele studiet. Det har vært utrolig godt å dele tanker, ideer, frustrasjon og gleder med deg.

Pappa! Tusen takk for at du alltid tror på meg og støtter meg! Og takk til mine gode venninner og søster som har dratt meg ut av glassboblen og har gitt meg tonnevis med latter og gode øyeblikk underveis.

Den største takken går likevel til min mann Hans Ottar, for hans støtte og for at han til tider har tatt mer enn sin del av driften av familien. Mine sønner, Lars og Kristian har også vist stor tålmodighet med mitt skolearbeid, men ser nok fram til at mamma ikke lenger har lekser. Takk til dere for at dere har minnet meg på å leke, kose, være mamma og skape gode stunder sammen.

Tusen
takker

Asker, 12. 05. 2011

Kjersti Stokke

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ved Radiumhospitalet integreres kunnskapsbasert praksis (KBP) gjennom prosjektet: ”Å implementere KBP i sykepleietjenesten ved Radiumhospitalet”. Halvveis i prosjektet var det behov for å kartlegge hvordan sykepleierne forholdt seg til KBP.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge selvrapporterte holdninger og atferd til KBP hos sykepleierne ved Radiumhospitalet og se om det var en sammenheng mellom holdninger og atferd knyttet til KBP.

Metode: Vi utførte en tverrsnittsundersøkelse blant 356 sykepleiere ved Radiumhospitalet. I tillegg til bakgrunnsvariablene alder, ansiennitet, kjønn, stilling, utdanning, kunnskap om KBP og deltagelse i KBP- arbeidsgrupper ble holdninger og atferd relatert til KBP registrert. Den norske versjonen av ”EBP Implementation Scale” og ”EBP Belief Scale” ble benyttet.

Resultater: I undersøkelsen deltok 185 sykepleiere (svarprosent 52 %). Resultatene viste at sykepleierne hadde en positiv holdning til KBP, men de rapporterte liten grad av KBP-aktiviteter. Det var en sammenheng mellom holdninger og atferd relatert til KBP, der holdninger relatert til kunnskaper var av størst betydning for implementering. Sykepleierne hadde høy tro på verdien av KBP, men liten tro på egen kunnskap til KBP. Troen på KBP var signifikant høyere i gruppen som hadde lært om KBP i forhold til gruppen som ikke hadde lært om KBP, og i gruppen som arbeidet i kunnskapsbaserte arbeidsgrupper enn de som ikke gjorde det.

Konklusjon: Studien indikerer at den enkeltes holdning til KBP er relatert til i hvilken grad de utfører KBP. Dette funnet er viktig siden kognitive holdninger er mottagelig til å endres ved intervensjoner. Å inneha kunnskaper og å arbeide i kunnskapsbaserte arbeidsgrupper ser også ut til å ha betydning. Å trene definerte personer i KBP, organisere og veilede arbeidsgrupper ser ut til å kunne være gunstig.

Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis, KBP- Implementeringsskala, KBP- Holdningsskala, Survey, Sykepleiere.

ENGLISH SUMMARY

Background: At the Norwegian Radium Hospital evidence-based practice (EBP) has been integrated through the project: “Implementing EBP in the nursing service at the Norwegian Radium Hospital”. Halfway through the project schedule we wanted to identify how nurses related to EBP.

Aim: The purpose of this study was to investigate self-reported attitudes toward and implementation of EBP by nurses at the Norwegian Radium Hospital and see if there was correlation between beliefs and implementation to EBP.

Method: A cross-sectional study among 356 nurses at the Norwegian Radium Hospital was performed. Background variables such as age, seniority, gender, occupation, education, knowledge of EBP and participation in EBP-working groups and attitudes and behaviors related to EBP were registered. The Norwegian version of the "EBP Implementation Scale" and "EBP Belief Scale" was used.

Results: A total of 185 nurses participated in the survey (response rate 52 %). Results showed that the nurses had a positive attitude to EBP but they reported a low level of EBP – activities. A correlation between attitudes and behavior related to EBP showed that an attitude related to knowledge was of primary importance for the implementation. The nurses had a high belief in the value of EBP but little faith in their own knowledge of EBP. Belief in EBP was significantly higher in the group who had knowledge about EBP compared with the group who had no knowledge of EBP and in the group who worked in EBP- working groups compared with those who did not.

Conclusion: The study indicates that an individual’s belief about EBP is related to the extent to which they perform EBP. This finding is important as cognitive beliefs about and implementation of EBP can be strengthened through interventions. To possess knowledge and to work in EBP working groups also seems to matter. Training defined persons in EBP, organizing and guiding the work groups appear to be beneficial.

Keywords: Evidence-based practice, EBP Implementation Scale, EBP Belief Scale, Survey, Nurses.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	9
1.2 Oppbygging av oppgaven	11
2. BAKGRUNN	12
2.1 Kunnskapsbasert praksis	12
2.2 Faktorer som fremmer implementering av KBP	15
2.3 Holdninger og atferd	18
2.4 Presentasjon av prosjektet: Å implementere kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten ved Radiumhospitalet	21
3. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	26
4. METODE	27
4.1 Design	27
4.2 Utvalg	28
4.3 Måleinstrumenter	29
4.4 Ethiske overveielser	31
4.5 Praktisk gjennomføring av studien	32
4.6 Databehandling og statistiske analyser	33
5. RESULTATER	37
5.1 Beskrivelse av utvalget	37
5.2 Holdninger og atferd relatert til KBP	40
5.3 Sammenheng mellom holdninger/ atferd og bakgrunnsvariabler	47

5.4 Sammenheng mellom holdninger og atferd knyttet til KBP	56
6. DISKUSJON	59
6.1 Oppsummering av sentrale funn i studien.....	59
6.2 Drøfting av resultatene	63
7. Konklusjon	73
7.1 Ubevarte spørsmål og fremtidig forskning	74
REFERANSELISTE	

VEDLEGG:

- I Litteratormatrise: Studier om hva som fremmer KBP
- II Litteratormatrise: Studier som har brukt "EBP Beliefs Scale" og "EBP Implementation Scale"
- III KBP Holdningsskala
- IV KBP Implementeringsskala
- V Skjema som etterspør bakgrunnsvariabler
- VI Samtykkeerklæring
- VII Innmelding til Personvernombudet (PVO),
Oslo Universitetssykehus (OUS)
- VIII Godkjenning fra PVO/ OUS
- IX Informasjonsskriv om studien
- X Plakat om studien
- XI Cover til spørreskjemaene

1. INNLEDNING

Studier har vist at helsearbeidere i stor grad støtter seg til den kunnskapen de har fra sin grunnutdanning og sin kliniske erfaring, og at kun en liten andel av tiltakene bygger på relevant, gyldig og pålitelig forskning (Upton & Upton, 2006). Samtidig publiseres daglig flere tusen forskningsrapporter og vitenskapelige artikler om medisinske og helsefaglige emner. Den enkelte helse- og omsorgsarbeider kan vanskelig følge med i alt som publiseres, selv innen et avgrenset område. Det er derfor et misforhold mellom den produserte og den anvendte kunnskap i dag, og behovet for å få systematisert og kvalitetssikret informasjon oppleves større enn noen gang.

Det er et ønske om å redusere gapet mellom forskning og praksis ved å basere praksis på både erfaringsbasert kunnskap, brukerbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap. Dette synet er klart i tråd med krav og forventninger til helsetjenestene internasjonalt og nasjonalt. Prinsippet om å levere de beste tjenestene, ønsket om kvalitetsforbedring og økende helseutgifter har skapt et klima for utviklingen av kunnskapsbaserte helsetjenester (Rycroft-Malone, Bucknall & Melnyk, 2004). I de fleste land er det ikke lenger snakk om kunnskapsbasert praksis skal innføres eller ei, men hvordan det kan gjøres i praksis.

Å utøve kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (Nortvedt et al., 2007, s.15).

KBP har lenge vært en målsetting innen helsefaglige og politiske miljøer internasjonalt. Både innen Verdens Helseorganisasjon og EU er det en målsetting at kunnskapsbasert praksis skal møte de spesifikke behovene pasienten har (European Commission 2004, s.2; World Health Organization, 2011).

Norske myndigheter har også som mål at helse- og omsorgstjenestene skal være kunnskapsbaserte. Denne målsettingen sees gjennom flere nasjonale, regionale og lokale helsepolitiske strategidokumenter. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten blir det påpekt at god kvalitet forutsetter at beslutninger om

behandling, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.21).

Helse – og omsorgsdepartementet er også klare på at god kunnskapshåndtering bør ligge til grunn for innføring av nye behandlingsmetoder, for faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer. De påpeker i St.meld. nr. 16 at organisering, finansiering, planlegging og drift av helse- og omsorgstjenestene forutsettes å være kunnskapsbaserte (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011, s. 95- 96).

De regionale helseforetakene arbeider nå aktivt for å fremme KBP, og dette er en av fem innsatsområder i Helse SørØst (2009) sin handlingsstrategi. Her fremheves viktigheten av å gjøre kunnskap om god praksis tilgjengelig for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen. Radiumhospitalet er et spesialsykehus for kreft og skal være en drivkraft i forebygging, behandling og rehabilitering av kreft. Sykehuset er en del av Oslo Universitetssykehus HF, som er et helseforetak underlagt Helse SørØst RHF.

Ved Radiumhospitalet integreres kunnskapsbasert praksis systematisk gjennom prosjektet: ”Å implementere kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten ved Radiumhospitalet” som ble satt i verk i 2009 og skal slutføres i juni 2012. I løpet av denne tiden har Radiumhospitalet fusjonert med Rikshospitalet, Ullevål universitetssykehus og Aker sykehus til Oslo Universitetssykehus (OUS) HF. Det betyr at i det videre arbeidet blir målet å videreføre implementering av KBP til de øvrige helseprofesjonene i Kreft- og kirurgiklinikken, OUS.

Å implementere KBP kan være en krevende prosess, og det er mange faktorer som påvirker om en lykkes eller ikke. Kravet om KBP utfordrer helsepersonell til å se på praksis på en annen måte ved at den beste tilgjengelige kunnskapen skal innlemmes i våre tjenester. Å implementere KBP krever positive holdninger, kunnskaper og ferdigheter blant helsepersonell (Coomarasamy & Khan, 2004; Sackett et al., 2000; Scott & McSherry, 2008; Shaneyfelt et al., 2006).

Målet med implementeringsprosjektet på Radiumhospitalet er å fremme kvaliteten på sykepleien gjennom bruk av KBP. Halvveis i prosjektets tidsplan var det behov for å

kartlegge hvordan sykepleierne forholdt seg til KBP. Denne mastergradsoppgaven har til hensikt å undersøke sykepleiernes holdninger og atferd relatert til KBP.

1.2 Oppbygging av oppgaven

Studien i denne mastergradsoppgaven har som mål å kartlegge holdninger og atferd relatert til KBP hos sykepleiere ved Radiumhospitalet omtrent ett og ett halvt år etter oppstart av implementeringsprosjektet.

I bakgrunnskapittelet redegjøres det først for opprinnelsen til KBP og hva KBP er. Det vises så til studier som har identifisert faktorer som fremmer implementering av KBP. Holdninger og atferd er sentralt i denne studien og det vil derfor bli redegjort for disse begrepene relatert til KBP. Videre presenteres instrumenter som måler holdninger og atferd til KBP. Da to av de instrumentene er evaluert til å vise tilfredsstillende validitet og reliabilitet, blir tidligere studier som har brukt disse spørreskjemaene kort gjort rede for. Avslutningsvis i bakgrunnskapittelet presenteres prosjektet: ”Å implementere kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten ved Radiumhospitalet”.

Forskningsspørsmålene for studien presenteres i kapittel tre. I metodekapittelet utdypes metoden som brukes i undersøkelsen. Resultater fra undersøkelsen presenteres deretter i kapittel fem. I diskusjonen av resultatene vil det tas utgangspunkt i de ulike forskningsspørsmålene. En vil også se på konsekvenser resultatene eventuelt kan ha for praksis.

Oppgaven avslutter med en konklusjon der en gjør en generell oppsummering og peker på videre forskning som kan belyse tema og problemstilling.

2. BAKGRUNN

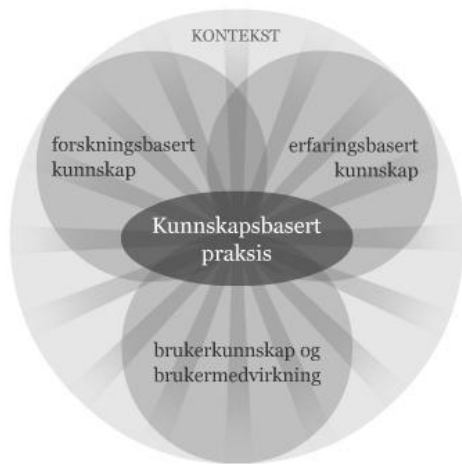
2.1 Kunnskapsbasert praksis

Selve begrepet evidence-based practice, som er oversatt til kunnskapsbasert praksis på norsk, stammer fra den britiske epidemiologen Archie Cochrane (Cochrane, 1972). Cochrane beskrev ideen om å samle forskning innen et bestemt område, systematisere den og gjøre den tilgjengelig for å veilede klinisk praksis. Begrunnelsen var at den store mengden med forskning som ble produsert, i for liten grad kom pasientene til gode (Cochrane, 1972).

Cochranes ideer ble fulgt opp av The Evidence-Based Medicine Working Group fra McMaster University i Canada (Evidence-based Working Group, 1992) og av den britiske professor Sackett fra Oxford og hans kolleger (Sackett, 1997). Sackett et al. (1996) sin definisjon av Evidence based medicin legger vekt på en ansvarsbevisst bruk av den beste tilgjengelige kunnskap som benyttes, når behandlingen og pleien til pasienten tilrettelegges. Det uttrykkes slik:

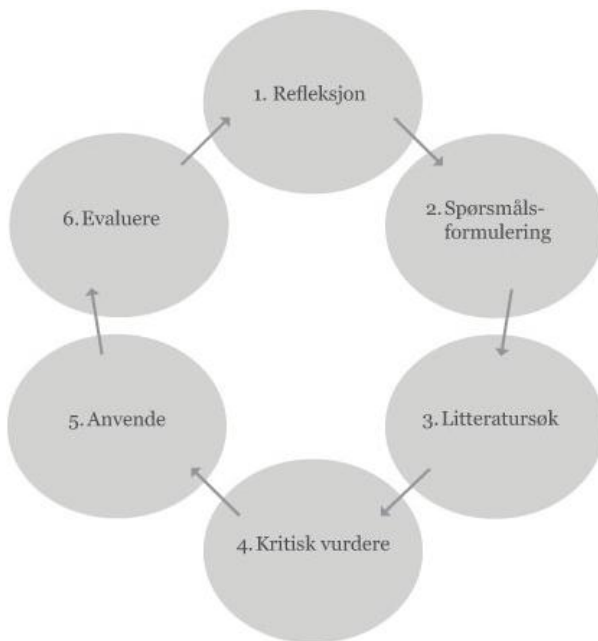
“Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of the current best evidence in making decisions about care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research” (Sackett et al., 1996).

Forskningsbasert kunnskap alene er altså ikke tilstrekkelig for å ta faglige avgjørelser. Den forskningsbaserte kunnskapen kombineres med kunnskap om individuelle pasienters og pårørendes behov og opplevelse av egen situasjon, klinikerens erfaringer og behandlingsprinsipper, samt de kontekstuelle forutsetninger som råder innenfor behandling og pleie (Willman, Stolz & Bathsevani, 2007, s. 35, 43) som illustrert i Figur 1.



Figur 1: Modell som illustrerer delene til kunnskapsbasert praksis (Kunnskapscenteret, 2008a)

KBP er en prosess i klinisk beslutningstaking som gir redskaper til å utvikle praksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder. Den systematiske fremgangsmåten, som har seks trinn (Figur 2), støtter og veileder en slik at prosessen blir lettere (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005).



Figur 2: Modell som illustrerer trinnene i den kunnskapsbaserte prosessen (Kunnskapscenteret, 2008b)

Prosessen starter med refleksjon i praksis og erkjennelsen av at man har et behov for informasjon. Refleksjon hjelper oss å oppdage og tenke nytt. Å stille spørsmål over egen praksis er grunnlaget for å forbedre praksis og å erkjenne og identifisere informasjonsbehov. Refleksjon er nødvendig for å høyne faglig kvalitet og sikre at pasienter og pårørendes behov blir godt ivaretatt.

For å kunne realisere prinsippet om å integrere den beste tilgjengelige kunnskapen i klinikken, må så et relevant klinisk forskningsspørsmål formuleres. Klinikerne må være seg bevisst hvilke problemfelt de mangler kunnskap eller hva de ønsker å få ny kunnskap om. Det krever en viss porsjon nysgjerrighet og vilje til å undersøke ”det vi pleier å gjøre” (Ericson-Owens & Kennedy, 2001, s.137).

På bakgrunn av de spørsmål som stilles søkes det deretter etter relevante vitenskapelige studier der det tas stilling til studiens relevans i forhold til problemstillingen. Det er derfor behov for kunnskap om fremgangsmåten for å fremskaffe vitenskapelig litteratur på en systematisk måte. Neste trinn i prosessen er å kritisk vurdere de beste tilgjengelige vitenskapelige resultatene innenfor det spesifikke tema. Det legges vekt på å vurdere resultater, som er av avgjørende betydning for pasientene. Disse resultatene kan dreie seg om overlevelse, utbrudd av sykdom, informasjonsbehov og opplevelse av helse, velbefinnende og livskvalitet (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). Vurderingen av hvorvidt en vitenskapelig studie er relevant, skjer ikke kun ut fra en vurdering av forskningens kvalitet og anvendelighet, men også på bakgrunn av refleksjoner og vurderinger foretatt i en faglig kollegial sammenheng (Mulhall, 1998, s.65). Det legges vekt på å vurdere resultater, som er av avgjørende betydning for pasientene.

Det femte trinnet er så å implementere resultatene i praksis (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005).

Implementation can be described as a planned process and systematic introduction of innovations and/ or changes of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in the health care structure (Zorg Onderzoek Nederland, 1997, referert i Grol, Wensing & Eccles, 2009, s. 10)

Implementering av KBP må altså planlegges og innovasjoner må innføres systematisk.

Evaluering av praksis er siste trinn i sirkelen for kunnskapsbasert praksis. Den vanligste måten å operasjonalisere dette trinnet på, er å evaluere utfallet av egen praksis. Eksterne aktører, som pasienter, samarbeidspartnere eller helsemyndighetene, kan også være interessert i å vite om tjenestene er kunnskapsbaserte. Evalueringen kan enten være å måle hva fagutøverne gjør i praksis eller måling av pasientutfall. I begge tilfeller er det viktig å bruke gode og pålitelige målemetoder. Evaluering kan også gjennomføres som en evaluering av egen kunnskapshåndteringspraksis. Dette innebærer at man evaluerer seg selv basert på spørsmål knyttet til trinnene i sirkelen (Figur 2) (Jamtvedt & Nortvedt, 2008).

2.2 Faktorer som fremmer implementering av KBP

Implementering av KBP er en utfordring, og de gjennomgående rapporterte barrierer er: mangel på tid, mangel på myndighet til å endre praksis, organisasjonskultur, oppgave-basert praksis, misforståelse om KBP, mangel på administrativ støtte, mangel på mentorvirksomhet, mangel på tilgang til ressurser, dårlig forståelse av statistikk og kritisk vurdering, uklare forventninger av arbeidsgiver og manglende grunnleggende kunnskaper og erfaringer med forskning (Funk et al., 1991; DiCenso et al., 1998; Parahoo, 2000; Retsas, 2000; Estabrooks et al., 2003; Fink et al., 2005; Kajermo et al., 2008). Det er gjort mange studier om barrierer, noe som er svært verdifullt. Det er samtidig et behov for å se på studier som har sett på hva som støtter implementering av KBP.

Det ble derfor foretatt et systematisk litteratursøk for å finne studier som hadde sett på hva som fremmer implementering av KBP. Det ble inkludert 10 studier som hadde identifisert faktorer som fremmer implementering av KBP blant sykepleiere ved somatiske sykehus (Vedlegg I). Av disse var tre systematiske oversiktsartikler og syv enkeltstudier.

Resultatet fra disse studiene viser ulike faktorer som bidrar til å fremme sykepleieres bruk av forskning og kunnskapsbasert praksis i klinikken.

Tre hovedområder ser ut til å ha betydning: 1) Miljø/ fagutvikling og ledelse, 2) tilgjengelige ressurser og 3) kunnskap relatert til KBP.

Miljø /fagutvikling og ledelse

Med ”miljø og fagutvikling” menes sykepleiernes syn på praksis, vilje og ressurser for å utvikle faget, det å engasjere personalet, samarbeid og struktur på fagutviklingsarbeid og arbeidsmiljøet som sådan. Et positivt arbeidsmiljø som er mottagelig for endring er en nødvendighet for implementering av forskning i praksis (Nagy et al. 2001; Stetler et al., 2009).

Foruten intervensjoner rettet mot personalet, finnes det også forskning som er gjort på strategier rettet mot ledelse og organisatorisk infrastruktur. Foxcroft & Cole (2000) så i sin systematiske oversiktsartikkel på hvilke faktorer ved organisatorisk infrastruktur som fremmet implementering av KBP. Organisatorisk infrastruktur kan være så mangt. I følge forfatterne kan dette være handlingsplan og verdigrunnlag, arbeidsmønstre, forskning og fagutviklingsprogram, kliniske utviklingsprogram/stige med mer. Dessverre får vi ingen svar i denne oversikten, da alle de 121 studiene er av dårlig kvalitet. Men de får frem viktigheten av at organisatorisk infrastruktur er en vesentlig brikke i implementering av KBP og oversiktsartikkelen er derfor verdifull.

Spørreundersøkelsen til Wallin et al. (2003) sammenlignet to grupper sykepleiere, der den ene vedvarende arbeidet med kvalitetsforbedring og den andre ikke. Å være opptatt av fag, fagutvikling og å være med i forskningsprosjekt ble høyt rangert som fremmende faktorer for å arbeide kunnskapsbasert. Spørreundersøkelsen til Egerod og Hansen (2005) konkluderte med at bruk av kliniske retningslinjer i det daglige arbeidet var en velegnet måte å veilede sykepleiere i å arbeide kunnskapsbasert.

I oversiktsartikkelen til Doumit et al. (2007) som inkluderte 12 RCT-studier ble det konkludert at bruk av rollemodeller (opinionsledere) kan være effektivt for å fremme ønskelig KBP-atferd. Dessuten var støtte fra ledelsen var en sentral faktor som ble

presisert i flere av studiene (Gale & Schaffer, 2009; Nagy, 2001; Novak, Doodley & Clark, 2008; Stetler et al., 2009; French, 2005). Å implementere KBP handler i stor grad om endringsledelse (Nagy et al., 2001). Å involvere lederne på de ulike nivåene innenfor organisasjon kan gjøre dem til viktige pådrivere for en vellykket implementering (Gale & Schaffer, 2009).

Den kvalitative studien til Novak, Doodley og Clark (2008) konkluderte med at det å bygge en ”grasroteffekt” på postplan med tverrfaglige team kan ha betydning for implementeringen. De fremhevet videre betydningen av å begynne oppbyggingen av arbeidet i den kliniske virksomheten med vedvarende organisatorisk støtte.

Tilgjengelige ressurser

En oversiktsartikkel (Meijers et al., 2006) og to tverrsnittstudier (Gale & Schaffer, 2009; Nagy et al., 2001) fremhevet at man må rette oppmerksomheten på de ressursene som har betydning for å implementere KBP. Ressurser som hadde betydning i følge disse studiene var tid, tilgang til elektroniske databaser og tidsskrifter og lærebøker som gir bakgrunnskunnskap (Gale & Schaffer, 2009), samt hjelp fra bibliotekarer og økonomiske ressurser (Meijers et al., 2006). Det innebærer å anskaffe utstyr, utvikle web-baserte internettressurser og opprette mentorstillinger (”champions”) som er eksperter i å fremme implementeringen av KBP. I tillegg viste resultatene til en kvalitativ studie (Novak, Doodley & Clark, 2008) at det var av betydning for implementeringen at det ble satt av strategiske midler til gjennomføringen.

Kunnskap relatert til KBP

I oversiktsartikkelen av Meijers (2006) ble utdanning ansett for å være en viktig faktor. Det kreves utdanningsprogram for å utvikle ferdigheter i å stille fokuserte spørsmål, til å finne, analysere og implementere forskning for å kunne jobbe kunnskapsbasert (Nagy et al., 2001; Stetler et al., 2009; French, 2005). Flere av tverrsnittstudiene beskrev også betydningen av å tilrettelegge for kompetanseheving

av helsepersonell (Gale & Schaffer, 2009; Nagy et al., 2001, Egerod & Hansen, 2005; Stetler et al., 2009). Pedagogiske aktiviteter inkluderte forskningsmetoder, statistikkurs og opplæring i KBP. Dette øker sykepleiernes status i organisasjonen, noe som er av betydning i å implementere KBP (Egerod & Hansen, 2005).

Videre viste noen av studiene at det var viktig at sykepleiere hadde en positiv holdning til KBP og at de trodde på verdien KBP hadde for pasientene (Nagy et al., 2001; Stetler et al., 2009). Dette støttes også av Gale og Schaffer (2009) som i sin tverrsnittstudie sier at endringen til en kunnskapsbasert praksis blir lettere ved å synliggjøre fordelene for både pasientene og sykepleierne.

2.3 Holdninger og atferd

Utvalget av teorier om holdninger og atferdsendringer er flere, men evidensgrunlaget over de fleste endringsteorier om praksis er begrenset (Wensing et al., 2005).

Årsaken til at forskning ikke har lyktes med å påvise direkte samsvar mellom holdninger og atferd, skyldes delvis at begrepene atferd og holdning har blitt studert som generelle begrep. For å kunne undersøke denne sammenhengen er det nødvendig å være spesifikk (Ajzen & Fishbein, 1980). Ajzen & Fishbein argumenterer med at for å kunne forutsi en gitt atferd, bør studiene kun beskjefte seg med holdninger til nettopp denne type atferd. Dette betyr at operasjonalisering og måling av holdninger og atferd må beskrives spesifikt, konkret og for avgrensede situasjoner. De argumenterer med at teori som er opptatt av å kunne forutsi atferd derfor ikke bør omhandle holdninger generelt og til alle objekter, men bør begrense seg til holdninger til atferden som er av interesse.

Holdning innebærer en subjektiv vurdering av et objekt langs en skala fra positiv til negativ (Eagly & Chaiken, 1993). Dette objektet kan være et formål, en person eller en hendelse (Englund et al., 1998). En holdning er ikke bare en «god følelse» eller «en

dårlig følelse», men en vurdering av at noe virkelig er ”godt” eller ”dårlig” (Aarø & Rise, 1996).

Hvorvidt det er sammenheng mellom holdninger og påfølgende atferd er et sentralt spørsmål i opplæring og bevisstgjøring om KBP, og det er vist at det er en nær forbindelse mellom holdninger om KBP og atferd til KBP (Estabrooks et al., 2003; Melnyk et al., 2004). Å påvirke helsepersonells holdninger til KBP ser derfor ut til å ha betydning når en skal implementere KBP.

Estabrooks et al. (2003) har i sin systematiske oversikt oppsummert bruken av forskning i praksis og har funnet en mulig sammenheng mellom individuelle holdninger til KBP og i hvilken grad KBP brukes i praksis. Det ser ut til at det er større sjanse for at sykepleiere som har en positiv holding og tro på at KBP kan forbedre praksis, vil bruke forskning og innlemme den i praksis, sammenlignet med sykepleiere som har negative holdninger og ikke tror på KBP.

I Coomarasamy & Khans (2004) systematiske oversiktsartikkel oppsummerte de studier som så på effekten av undervisningsmetoder i KBP. De påpeker at bruk av KBP ikke kan oppnås med endringer i kunnskap og ferdigheter i KBP alene, men påpeker at det vil også kreve endringer i holdninger og atferd.

2.3.1 Instrumenter som måler holdninger og atferd til KBP

Et litteratursøk ble gjennomført for å identifisere potensielle standardiserte spørreskjemaer som måler holdninger og atferd relatert til KBP. Det er spesielt fire spørreskjemaer som blir brukt blant helsepersonell og særlig blant sykepleiere.

Disse skalaene er Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) utviklet av Aarons (2004), Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) utviklet av Upton og Upton (2006), og EBP Beliefs Scale” og EBP Implementation Scale utviklet av Melnyk, Fineout-Overholt, og Mays (2008).

I 2006 konkluderte Shaneyfelt (2006) i en systematisk oversiktsartikkel at det ikke forelå noen tilfredsstillende måleinstrument som kartla holdninger til KBP på det

tidspunktet. I 2008 publiserte så Melnyk, Fineout-Overholt og Mays måleinstrumentene ”EBP Beliefs Scale” og ”EBP Implementation Scale”. Senere er ”EBP Beliefs Scale” og ”EBP Implementation Scale” testet både for validitet og reliabilitet (Shaneyfelt, 2009).

2.3.2 Oversikt over tidligere studier som har brukt ”EBP Beliefs Scale” og ”EBP Implementation Scale”

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført for å finne kartleggingsstudier som hadde brukt ”EBP Beliefs Scale” og ”EBP Implementation Scale” blant sykepleiere i somatiske sykehus. En fant 12 kartleggingsstudier, der fire studier ble ekskludert: En RCT-studie (Levin et al., 2011), en som omhandlet sykepleielærere (Melnyk et al., 2008), en studie der utvalget består av sykepleiestudenter (Leufer & Cleary-Holdforth, 2007) og en med en lav svarprosent på 16,7 % (Sredl, 2005). Oversikt over de åtte enkeltstudiene som ble inkludert sees i vedlegg II.

”EBP Beliefs Scale” og ”EBP Implementation Scale” er altså brukt i flere studier og viser høy intern konsistens og validitet for begge disse instrumentene (Estrada & Verran, 2007; Long, Berkett & McGee, 2007; Sredl, 2008; Varnell et al, 2008; Estrada, 2009; Mariano et al, 2009; Melnyk et al, 2009, Melnyk et al, 2010a; Melnyk et al, 2010b).

Studiene synliggjør holdningene til KBP og i hvilken grad sykepleiere utfører aktiviteter som er relatert til KBP. Flere av studiene ser også på om det er en sammenheng mellom holdninger og atferd.

De inkluderte studiene omhandler alle sykepleiere. Størrelsen på utvalget i de forskjellige studiene varierer fra 7 – 594 respondenter, med en responsrate fra 66 % til 35 %. Alle studiene er utført i USA.

Av de inkluderte studiene er tre tverrsnittsstudier (Melnyk, Fineout – Overholt & Mays, 2008; Estrada, 2009; Melnyk et al., 2010 b). I studien til Melnyk, Fineout – Overholt & Mays (2008) undersøker de holdninger og atferd relatert til KBP hos et

utvalg som består av sykepleiere som deltok i et etterutdanningskurs i KBP. Estrada (2009) studerer holdninger og atferd hos 1750 sykepleiere på seks sykehus., I Melnyk et al. (2010 b) sin studie er utvalget helsepersonell, deriblant sykepleiere, som er valgt ut til å delta i et 12 måneder langt mentorship program i KBP.

De fem andre studiene er intervensjonsstudier med før og etter målinger (Varnell et al., 2008; Mariano, 2009; Melnyk et al., 2010 a; Wallen, 2010; Sciarra, 2011). Her er det blitt evaluert forskjellige intervensjoner, som veiledning (Marino, 2009), COPE program som er et program som støtter foreldre som har barn på neonatalavdeling (Melnyk et al., 2010), Journal Club (Sciarra, 2011), undervisningsprogram i KBP (Varnell et al., 2008) og et mentorprogram for KBP (Wallen, 2010).

2.4 Presentasjon av prosjektet: Å implementere kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten ved Radiumhospitalet

Det overordnede målet for prosjektet på Radiumhospitalet er å fremme kvaliteten på sykepleien gjennom bruk av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, og å gi sykepleierne kunnskap, erfaring og støtte som gjør det mulig å realisere dette. Det er videre et mål å gjøre det enklere og fatte gode beslutninger om hvilken informasjon som skal gis til pasienter og pårørende, og hvilke tiltak vi skal utføre innen sykepleien. Prosjektet har to delmål: 1) Å utvikle kompetanse og systemer for å iverksette kunnskapsbasert praksis i yrkesutøvelsen. 2) Å stimulere til økt anvendelse av vitenskapelig kunnskap i sykepleiepraksis

Det ble etablert en styringsgruppe og en prosjektgruppe som har ansvar for å levere i henhold til prosjektmålene. Min rolle er prosjektleder og leder det daglige arbeidet med prosjektet, og har sammen med prosjektgruppen ansvar for å levere i henhold til målene. Etablering av prosjektet er ledelsesforankret og i løpet av det første året av prosjektarbeidet hadde vi spesielt fokus på å formidle betydningen av KBP blant mellomlederne i organisasjonene. Det var også et mål at sykepleiere skulle få en

positiv holdning til KBP ved å formidle hvordan KBP kan forbedre praksis. Det å bevisst bruke vitenskapelige verktøy og gjøre seg kjent med vitenskapelig litteratur som omhandler implementering av KBP har vært viktig i implementeringsprosjektet ved Radiumhospitalet.

For å presentere prosjektet ved Radiumhospitalet vil det videre redegjøres for de mest sentrale delprosjektene: 1) Kompetanseheving, 2) Refleksjon over praksis, 3) Utarbeide og implementere fagprosedyrer og 4) Formidling og publisering. De presenteres kort i tabell 1, s. 23.

Tabell 1: Oversikt over sentrale delprosjekt og tiltak i prosjektet ved Radiumhospitalet

Delprosjekt 1: Kompetanseheving	Mål: At sykepleiere har kompetanse i KBP.
Tiltak: Våren 2009 og Våren 2011: Ressurspersoner deltar på videreutdanningen "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert". 15 studiepoeng. Seminarer, fagdager og internundervisning for alle i sykepleietjenesten. Benytte studiedager til å ta Kunnskapssenterets E-læringskurs (Nasjonalt kunnskapssenter 2008)	
Delprosjekt 2: Refleksjon over praksis	Mål: At sykepleierne har økt bevissthet over sin egen praksis
Tiltak: Ha møter med avdelingssykepleiere og fagutviklingssykepleiere for å se på hvordan man kan etablere møteplasser for refleksjon der man våger å stille spørsmål over egen praksis. Bevisstgjøre avdelingssykepleierne, fagutviklingssykepleiere og ressurspersonene til å følge opp. Avdelingslederne, fagutviklingssykepleiere og ressurspersonene må fange opp hvilke spørsmål over praksis som kommer opp og formidle de til prosjektgruppen som organiserer det videre arbeidet.	
Delprosjekt 3: Utarbeide og implementere fagprosedyrer	Mål: Utarbeide og implementere kunnskapsbasert pasientinformasjon og prosedyrer.
Tiltak: Prosjektgruppen skal innhente hvilke tema praksisfeltet eller ledelsen ønsker det skal utarbeides kunnskapsbaserte pasientinformasjon/ prosedyrer for. Ut fra aktuell problemstilling oppretter prosjektgruppen en fagprosedyregruppe bestående av kliniske eksperter fra alle relevante faggrupper og skaffer veileder Tilser at det er progresjon i arbeidet og at slutføringsdato blir holdt. Fastlegger en implementeringsplan for fagprosedyren. Utarbeide metodiske kriterier for å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer	
Delprosjekt 4: Formidling og publisering	Mål: Prosjektet er kjent for alle sykepleiere, ledere og andre nøkkelpersoner på sykehuset. Samt for samarbeidspartnere og interesserte
Tiltak: Opprette en Webside, som holdes oppdatert. Aktiv møtedeltakelse med ledere, nøkkelpersoner og klinikere på sykehuset for å diskutere videre fremdrift og stadig informere om hvor langt prosjektet er kommet og hvordan gå videre. Arrangere et artikkelsskrivekurs, og skaffe veileder til ressurspersoner som skal skrive vitenskapelige artikler for publisering i faglige tidsskrift. Formidle prosjektarbeidet ut til samarbeidspartnere og interesserte helsearbeidere på seminar og konferanser.	

2.4.1 Delprosjekt 1: Kompetanseheving

Det har vært helt sentralt å heve kompetansen til de sykepleierne som ble valgt ut av sine ledere til å være ressurspersoner i klinikken. I regi av Senter for Kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen, arrangerte sykehuset videreutdanningen ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert”. Sykepleierne avsluttet studiet med eksamen (15 studiepoeng), og skal etter endt eksamen kunne skille mellom ulike forskningsmetode, finne forskningsbasert kunnskap, - kritisk vurdere kunnskapen, forstå forskjellen mellom ulike effektmål, - implementere gyldig kunnskap i praksis og kunne evaluere egen praksis. Det blir viktig å opprettholde og videreutvikle kompetansen hos ressurspersonene. Det må samtidig alltid være et visst antall i organisasjonen som skal kunne arbeide trinnvis etter modellen til KBP. Vi arrangerer derfor en ny videreutdanning, i regi av Høgskolen i Bergen, våren 2011 for å utdanne flere ressurspersoner.

For de øvrige sykepleierne i klinikken har det vært arrangert seminarer, fagdager og internundervisning for å gjøre begrepet KBP kjent. Det er planer å gå mer aktivt inn i de forskjellige avdelingene å diskutere hvordan de kan arbeide for å nærme seg en KBP.

2.4.2 Delprosjekt 2: Øke refleksjon over praksis

Det er et mål at det skal opparbeides en kultur for refleksjon. Å gjøre personalet bevisst ved å reflektere over praksis, over hvilket kunnskapsgrunnlag de handler ut fra, er et viktig delmål for prosjektet. Det har vært flere møter med avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere for å se på hvordan man kan etablere møteplasser for refleksjon der man stimulerer til å stille spørsmål over egen praksis. Å stille spørsmål danner grunnlaget for å forbedre praksis.

2.4.3 Delprosjekt 3: Utarbeide og implementere fagprosedyrer

Ved å utarbeide kunnskapsbaserte prosedyrer, vil de ansatte ved å følge prosedyrene praktisere på en kunnskapsbasert måte, uten nødvendigvis å ha kompetanse i KBP-

prosessen (Ciliska, 2006). Dette er en strategi for å fremme KBP, mens kompetansen blant de ansatte blir bygget (ibid). I prosjektet danner vi fagprosedyregrupper ut fra aktuelle spørsmål/ tematikk som ønskes fra klinikken. Gruppene utarbeider kunnskapsbasert pasientinformasjon og prosedyrer.

Prosjektgruppen har utarbeidet en mal som beskriver fremgangsmåte og metodiske kriterier for å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer som er tilgjengelig for alle. Prosjektleder veileder, tilser at det er progresjon i arbeidet, at slutføringsdato blir holdt og at det fastlegges en implementeringsplan for fagprosedyren.

2.4.5 Delprosjekt 4: Formidling og publisering

Prosjektet skal være kjent for alle sykepleiere, ledere og andre nøkkelpersoner på sykehuset. Å informere og formidle innholdet og fremgangen i prosjektarbeidet er en viktig oppgave. Aktiv møtedeltakelse i dialog med ledere, personalet og andre nøkkelpersoner på sykehuset har vært og er viktig for å få frem holdninger, diskutere hvordan en går frem, stadig informere om hvor langt prosjektet er kommet og hvordan en kan gå videre.

Å øke publisering er også et mål for prosjektet. Å utvikle praksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder, fordrer at man deler med andre. Samtidig er det viktig for sykehuset å markere seg som en kunnskapsinstitusjon. Det ble derfor arrangert et artikkelskrivekurs og skaffet veileder til ressurspersoner som skriver vitenskapelige artikler for publisering i faglige tidsskrift. Videre blir det viktig å formidle prosjektarbeidet ut til samarbeidspartnere og interesserte helsearbeidere på seminar og konferanser.

Prosjektet "Å implementere kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten ved Radiumhospitalet" skal evalueres. Evaluering er å samle inn opplysninger på en systematisk måte, for å undersøke om prosjektet hadde noen virkning, og hvordan virkningen eventuelt ble (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2005, s.79). I forbindelse med evalueringen av prosjektet på Radiumhospitalet vil vi som en del av midtevalueringen kartlegge holdninger og atferd sykepleierne har til KBP.

3.0 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med studien er å kartlegge selvrapporterte holdninger og atferd til KBP hos sykepleierne ved Radiumhospitalet og se om det er en sammenheng mellom holdninger og atferd knyttet til KBP.

Følgende fire problemstillinger vil bli undersøkt:

1. Hva er sykepleieres holdninger til KBP ved Radiumhospitalet?
2. Hva er sykepleieres atferd relatert til KBP ved Radiumhospitalet?
3. Er det en sammenheng mellom holdninger og/eller atferd i forhold til kunnskapsbasert praksis og bakgrunnsvariabler som alder, ansiennitet, type stilling, utdanning, eksponering til kunnskapsbasert praksis og deltakelse i kunnskapsbasert arbeid?
4. Er det en sammenheng mellom holdninger og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis hos sykepleierne ved Radiumhospitalet?

4 METODE

4.1 Design

Forskningsmetoden er de framgangsmåter og teknikker som brukes for å besvare de vitenskapelige spørsmål og problemstillinger i studien (Ringdal, 2007), og selv om valget av metode styres av problemstillingen, har også masteroppgavens begrensninger med hensyn til tid og omfang påvirket valget. Også min personlige tilknytning til forskningsfeltet har vært avgjørende for valg av metode.

Tverrsnittdesign er egnet til å skaffe informasjon fra populasjonen om utbredelse, fordeling og relasjoner mellom to eller flere variabler på et bestemt tidspunkt (Polit & Beck, 2008, s. 767), og ble derfor ansett som egnet til å gi et bilde av sykepleiernes holdninger og atferd til KBP og sammenhengen med disse variablene.

Forskningsmetoden ble i tillegg vurdert som egnet i forhold til kriteriet om å skape mest mulig avstand til respondentene, siden jeg jobber innenfor organisasjonen.

Dessuten kunne denne type datainnsamling gjøres relativt raskt med tanke på tidsaspektet i oppgaven, og var egnet for å nå fram til alle ansatte som ellers var vanskelig å nå i en hverdag med turnusarbeid.

En spørreundersøkelse ble benyttet for å belyse problemstillingene i studien. Sentralt i kvantitativ forskning er bruk av spørreundersøkelser, som også kalles for survey (Drageset & Ellingsen 2009, s.106). Survey defineres av Polit og Beck som:

”Nonexperimental research that obtains information about people’s activities, beliefs, preferences, and attitudes via direct questioning”(Polit & Beck, 2008, s. 767).

Ordet survey betyr overblikk, og survey er egnet til å gi oss overblikk over mange ulike fenomener som for eksempel personers handlinger, kunnskaper, planer, meninger, holdninger og/eller verdier knyttet til et spesielt tema. Ved hjelp av survey er det mulig å registrere sammenhenger mellom slike fenomener (Mordal, 1989).

Survey karakteriseres ved at samme type informasjon samles inn på en strukturert og systematisk måte, samt ved en statistisk analyse av datamaterialet. Surveydesign egner seg godt når hensikten med studien er å oppnå en oversikt over ulike samfunnsforhold

ved å undersøke et tverrsnitt av en større populasjon (Haraldsen, 1999; Olsen, 2005). Med sin strukturerte og systematiske egenart er survey en enkel måte å samle inn omfattende data på (de Vaus, 2004). Strukturen i spørreskjemaet gjør at standardiserte spørsmål stilles i samme rekkefølge og på samme måte til alle respondenter. Dataene i denne studien er basert på selvrapportering fra deltakerne, gjort i form av strukturerte spørreskjema med ferdig formulerte svaralternativ.

En skiller mellom komparativ og korrelasjons survey. I denne studien er en først og fremst opptatt av korrelasjon, da en er opptatt av å se på sammenhenger mellom bestemte variabler. Utvalget vil bestå av ulike undergrupper, og det vil derfor også gjøres komparative undersøkelser.

4.2 Utvalg

Ofte kan en ikke samle inn data blant alle i den faktiske populasjon, en må undersøke et utvalg. I denne studien er populasjonen sykepleiere som arbeider på Radiumhospitalet, da studien kartlegger deltagerne i et bestemt påbegynt prosjekt.

Utvalget for denne studien var alle sykepleierne som var i aktivt arbeid i klinikken på Radiumhospitalet i perioden 15. november til 3. desember 2010. Administrative ledere over enhetsnivå ble ekskludert fra studien. Sykepleiere som ikke hadde vært i aktivt arbeid de siste 8 ukene, samt de som var langtidssykemeldte eller på langtidsferie ble også ekskludert.

Det var totalt 356 sykepleiere ansatt i direkte pleierelatert tjeneste på det tidspunkt undersøkelsen fant sted. Yrkesgruppene bestod av avdelingssykepleiere, spesialsykepleiere med fagansvar på postnivå, studiesykepleiere, spesialutdannede sykepleiere og sykepleiere. Avdelingssykepleiere er videre i oppgaven omtalt som leder, spesialsykepleiere med fagansvar på postnivå er omtalt som fagansvarlig/ fagutviklingsykepleier, studiesykepleiere og spesialutdannede sykepleiere er omtalt som spesialsykepleiere og sykepleiere er i oppgaven omtalt som sykepleiere.

4.3 Måleinstrumenter

Det ble benyttet to spørreskjemaer i denne spørreundersøkelsen. Et skjema etterspør respondentenes selvrapporterte holdninger til KBP (vedlegg III). Det andre etterspør atferd relatert til KBP (vedlegg IV). Spørreskjemaene som er oversatt til norsk av Nina Rydland Olsen ved Senter for Kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen (ikke publisert) er basert på de engelske versjonene ”EBP Beliefs Scale” og ”EBP Implementation Scale”, utviklet av Melnyk og Fineout–Overholt (2008).

Spørreskjemaene ble valgt fordi de er brukt i flere internasjonale studier og er testet for reliabilitet og validitet. Det var også avgjørende at de er oversatt til norsk i tråd med WHO (2008) sin oversettelsesprosedyre. Målene med oversettelse og tilpasning av originalversjonen var å utvikle en norsk versjon som begrepsmessig var lik den opprinnelige, slik at forståelse og bruk av skjemaene fungerte etter intensjonen.

Det ble i tillegg utviklet et skjema for å samle inn demografiske bakgrunnsvariabler som: avdelingstilhørighet, alder, ansiennitet, stilling, stillingsprosent, utdanning, kompetanseheving i forhold til KBP og eventuell deltagelse i kunnskapsbasert nettverk (vedlegg V). Valg av variabler ble gjort i en kombinasjon av en tidligere studie av Melnyk, Fineout- Overholt og Mays (2008), supplert med de faktorer som var relevante for denne undersøkelsen. Hensikten med bakgrunnsvariablene var å gi grunnlag for deskriptiv statistikk og å kontrollere bakgrunnsvariablene opp mot holdninger og atferd relatert til KBP.

KBP Holdingsskalaen (vedlegg III) består av 16 spørsmål om personens holdninger til KBP. Holdning (beliefs) til KBP er av forfatterne Melnyk, Fineout – Overholt og Mays (2008) definert som:

- ”endorsement of the premise that EBP improves clinical outcomes and confidence in one’s EBP knowledge/skills” (Melnyk, Fineout – Overholt og Mays, 2008).

De legger altså vekt på troen på at KBP kan forbedre kliniske resultater, samt tiltroen på egne kunnskaper og ferdigheter til KBP. Det er to måter å gi uttrykk for tilslutning eller avvisning på. Respondentene kan godta eller avvise at en påstand er sann, eller de kan akseptere at den er gyldig (Haraldsen, 1999, s.180). Noen eksempel er: ”Jeg

mener at min praksis er kunnskapsbasert”, ”Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling”. De kan være mer eller mindre enig i påstanden, ved å svare på en 5 punkts Likert – skala som går fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig). Skåring av instrumentet består av motsatt skåring i de to negative svaralternativ som er reversert i skjemaet (spørsmål nummer: 11 og 13) og så summeres svarene til de 16 spørsmålene for en total skår som rangeres mellom 16 og 80.

Estrada (2009) identifiserte fire subskalaer på ”EBP Beliefs Scale” ved hjelp av faktoranalyse: (1) Holdninger relatert til kunnskap, (2) Holdninger relatert til verdien av KBP, (3) Holdninger relatert til ressurser og (4) Holdninger til tid og vanskelighetsgrad. Elementer knyttet til kunnskap er: kjennskap til trinnene i KBP, anvendelse av KBP, måling av utfall, effektivt anvendes av KBP for å få til endringer i praksis og trygghet på egen evne til å anvende KBP i arbeidet. Faktorer relatert til verdien av KBP er: troen på at KBP resulterer i den beste kliniske pleie og øker pasientens omsorg, viktige element i holdninger relatert til ressurser er evnen til å overvinne barrierer. Holdninger til vanskeligheter og tid handler om tid og vanskelighetsgrad til å gjennomføre KBP (Estrada, 2009).

Implementeringsskalaen (vedlegg IV) består av 18 påstander og måler atferd relatert til KBP. Implementering av KBP var definert av forfatterne Melnyk, Fineout – Overholt og Mays (2008) som:

-”engaging in relevant behaviors, including: (1) seeks and appraises scientific evidence, (2) shares evidence or data with colleagues or patients, (3) collects and evaluates outcome data, and (4) use evidence to change practice (Melnyk, Fineout-Overholt & Mays, 2008) .

Spørsmål om atferd er knyttet til faktisk utførelse av KBP i yrkesutøvelsen. Noen eksempler er: *”Brukt kunnskap fra ulike kilder for å endre min praksis”, ”Kritisk vurdert en forskningsstudie”* som svares på en 5 punkts Likers skala ved å angi hvor ofte at de har utført handlingene i løpet av de siste 8 ukene. Scoringen består av å summere svaralternativene til de 18 spørsmålene som gir en score som kan rangeres fra 0 - 72.

4.4 Ethiske overveielser

Etikken er forankret til grunnverdiene i samfunnet, og den gir føringer og normer for alle former for vitenskapelig virksomhet, også på nivået til en masteroppgave. De kvalitetskrav som stilles til forskningsprosessen har som formål å sikre pålitelighet og troverdighet (Befring, 2010). Alt i alt handler dette om regler og normer for god forskningsskikk som både kan ivareta forskningskvalitet og hensynet til mitt kollegiale og sykehuset som denne undersøkelsen skal tjene.

Hvert skjema ble på forhånd nummerert i forhold til utvalgslisten. Årsaken til det er ønsket om å kunne ha mulighet til å gjenta undersøkelsen på et senere tidspunkt for å se endringene vurdert over tid. Vi har derfor behov for å koble svarene fra første spørreundersøkelse med senere oppfølgingsstudie. Koblingsnøkkelen mellom navn og nummer oppbevares forsvarlig nedlåst hos forskningssjefen i Klinikk for kreft og kirurgi.

Alle konvoluttene ble åpnet samtidig, etter at navnelisten var levert fra meg, slik at det i arbeidet med dataene ikke var mulig å koble navn og nummer. Innsamlede data fra spørreskjemaene lagres til 2020. Datamaterialet vil så bli anonymisert og navnelisten slettet.

Alle opplysningene som fremkommer i studien ble behandlet konfidensielt. Det å sikre konfidensialiteten innebærer at man ikke kan identifisere respondentene gjennom opplysninger i materialet eller rapporten. Eksempler på slike opplysninger var opplysninger om de demografiske variablene, som for eksempel alder, stilling og ansiennitet. Kravet om konfidensialitet ble innfridd ved å presentere resultatene i form av tabeller og statistiske mål der det ikke skal være mulig å skille ut enkeltrespondenter (Hellevik, 2009).

Fritt informert samtykke innebar at respondentene ikke skulle være under noen form for press i å gi samtykke, og at de skulle gi samtykke på grunnlag av informasjon om den forskningen som skulle gjennomføres (Fossheim, 2009). Respondentene skrev under på egen samtykkeerklæring (vedlegg VI). Selve samtykkeerklæringen var ikke merket med noe ID-nummer. Den økte ikke identifiseringen da den ble lagt i en egen

vedlagt konvolutt, merket ”samtykkeerklæring”. Samtykkeerklæringene ble samlet inn uåpnet, og lagres forsvarlig i klinikken uten at jeg har tilgang til disse.

Regional etisk komité, konkluderte med at studien ikke var fremleggingspliktig. Studien ble meldt (vedlegg VII) og godkjent av Personvernombudet (PVO) ved Oslo Universitetssykehuset (vedlegg VIII). Klinikledelsen og avdelingslederne ved de respektive avdelinger ble informert skriftlig og muntlig om studien, og gav sin godkjenning til at spørreundersøkelsen ble gjennomført (vedlegg VIII). PVO sine retningslinjer for personvern og databehandling ble fulgt.

Studiens hensikt er også å fremheve forbedringspotensialet hos sykepleierne i forhold til KBP. Det blir derfor viktig å følge opp med informasjon om funn i denne undersøkelsen og hvilken betydning funnene har for eventuelle tiltak for å forbedre prosjektets videre arbeid.

4.5 Praktisk gjennomføring av studien

Informasjon om studiet ble aller først gitt til alle avdelingssykepleiere. De ble kort informert om undersøkelsen på forhånd via e-post. Det ble deretter opprettet et samarbeid med en kontaktperson på hver enhet om utdeling og innsamling av spørreskjemaene. Kontaktpersonene var en sykepleier som jobbet full stilling og som ble valgt ut av avdelingssykepleieren. Jeg hadde deretter et møte med avdelingssykepleier og kontaktperson på hver av de respektive enhetene for å gi mer detaljert informasjon om undersøkelsen. For at informasjonen skulle bli mest mulig lik for alle sykepleiere, fikk kontaktpersonene og enhetslederne informasjonskrivet (vedlegg IX) for å videreformidle informasjonen til personalet en uke før datainnsamlingen startet.

Kontaktpersonene delte ut spørreskjemaene med informasjonsbrev (vedlegg IX), samtykkeerklæring (vedlegg VI) og svarkonvolutt til alle sykepleiere som var på vakt den morgenen spørreundersøkelsen startet. I informasjonsbrevet ble formålet med

undersøkelsen forklart, samt at det var frivillig å delta og at svarene skulle behandles konfidensielt. Siden sykepleiere arbeider turnus og ikke er til stede hver dag, ble det satt av tre uker til datainnsamlingen. I datainnsamlingsperioden ble det hengt oppe plakater som informerte om den pågående undersøkelsen på lett synlige steder (vedlegg X). Kontaktpersonene ble oppfordret til å minne de ansatte på undersøkelsen på en positiv måte i løpet av disse tre ukene. Jeg sendte også, som anbefalt (Polit & Beck, 2008, s. 431) en e-post til alle sykepleierne etter to uker med takk for deltagelse, der jeg også gjorde oppmerksom på at uteglemte skjema fortsatt kunne innsendes.

Hvordan undersøkelsen gjennomføres har betydning for svarprosenten (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2005, s. 209). Jeg tok derfor hensyn til flere av funnene i en systematisk oversikt som har funnet flere metoder som øker responsraten på spørreskjemaer (Edwards et al., 2009). Faktorer som har vist seg å ha effekt og som jeg brukte var å informere respondentene om studien på forhånd via e-post (ibid). I tråd med Edwards et al (2009) så jeg også til at en bestemt person på hver post fulgte opp respondentene. Jeg laget et cover til spørreskjemaet med illustrasjon (vedlegg XI), hadde håndskrevne navn på mottakers konvolutt og håndskrevet signatur på informasjonsbrevet (vedlegg IX), da dette ser også ut til å ha effekt (ibid).

4.6 Databehandling og statistiske analyser

Alle data i denne studien ble lagt inn og bearbeidet ved hjelp av statistikkprogrammet Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versjon 18. All databehandling, punching av rådata, bearbeiding og analyse er gjort av undertegnede på privat passord-beskyttet PC tilknyttet internett med høy sikkerhetsinnstillinger. Det er utført frekvensanalyser for å oppdage og eliminere ikke-valide verdier.

Enkelte av leddene i spørreskjemaet ble ikke besvart av alle. Om man ignorerer manglende verdier, eller antar at det er nok å fjerne dem, risikerer man å få ugyldige resultater, spesielt i mindre utvalg (Polit og Beck, 2008, s. 646). Samtidig vil noen analyser ekskludere en deltaker hvis en observasjon skulle mangle (SPSS Norway,

2008). Manglende data blir derfor erstattet med gjennomsnittet av besvarelsene av det aktuelle spørsmålet (Polit & Beck, 2008, s. 648). Dette gjøres etter at deltakere som har svart på mindre enn 80 % av hvert av spørreskjemaene er ekskludert.

Videre beskrives de statistiske analysene som er brukt til å belyse problemstillingene i denne studien.

4.6.1 Statistiske analyser

Deskriptiv eller beskrivende statistikk er brukt for å oppsummere og beskrive data som framkommer i studien. Innledende gjøres derfor analyser av utvalgets fordeling i forhold til demografiske variabler, som blir beskrevet med gjennomsnitt, spredning i form av standardavvik (SD) og minste og største verdi. På bakgrunnsspørsmålene angående kunnskap om KBP og deltagelse i KBP - nettverk, blir frekvens- og prosentfordelinger oppgitt.

”Holdninger til KBP” og ”Atferd relatert til KBP” vil bli fremstilt som gjennomsnittlig sumskår og median sumskår for utvalget, spredning i form av SD og minste og største verdi. Videre vil prosentandelen av de som er svært enig/ enig i hvert enkelt utsagn i holdningsskalaen presenteres, før man ser på gjennomsnittlig prosentandel av de som er svært enig/ enig i de utsagn som forekom i hver delfaktor av KBP Holdningsskala. Deretter blir frekvensfordeling og prosentfordeling beregnet for å se på antall sykepleiere som hadde utført aktiviteter som står beskrevet i KBP Implementeringsskalaen.

Videre ønskes det å se på sammenhengen mellom holdninger/ atferd til KBP og de forskjellige bakgrunnsvariabler. Disse variablene er alder, ansiennitet, sykepleiestilling, utdanningsnivå, tidligere kunnskap til KBP og deltagelse i KBP-arbeidsgrupper.

I statistiske analyser er det viktig å skille mellom variablene som er kontinuerlige og kategoriske, da metodene for å analysere dataene vil være avhengig av type variabel. I

kontinuerlige variabler som alder og ansiennitet brukes Persons korrelasjonsanalyse for å undersøke graden av samvariasjon mellom to kontinuerlige variabler som alder og ansiennitet, og holdninger og atferd relatert til KBP. Pearsons r (Pearson's korrelasjonskoeffisient) går fra > 0 – 1 dersom det er snakk om en positiv korrelasjon og fra < 0 til $- 1$ dersom vi har å gjøre med en negativ korrelasjon (Polit & Beck, 2008, s. 571). Det vil si at $- 1,00$ er en perfekt negativ korrelasjon, 0 er ingen korrelasjon, og $+ 1,00$ er en perfekt positiv korrelasjon. Perfekte korrelasjoner er sjeldne (Polit & Beck, 2008, s. 571)

Av kategoriske variabler, som sykepleiestilling, utdanningsnivå, tidligere kunnskap til KBP og deltagelse i KPB arbeidsgrupper vil det gjøres statistiske analyser for å sammenligne gjennomsnittlig skår for holdning og atferd i grupper av materialet. Alder og ansiennitet vil også omkodes til kategoriske variabler ved å dele de inn i alders- og ansiennitetsgrupper med forskjellige nivåer, for se om en gruppe skiller seg ut fra en annen. Signifikans av de forskjellige variablene vil bli testet med parametriske tester. T-test vil benyttes når det er to grupper innen de uavhengige variablene for å vurdere om det finnes signifikante forskjeller på gruppens gjennomsnittskår på holdninger til KBP og atferd relatert til KBP. Variansanalysen benyttes for å sammenligne gjennomsnitt i mer enn 2 grupper for å se om det er statistiske forskjeller mellom de ulike gruppene. Analysen kalles ofte ANOVA etter sitt engelske navn analysis of variance (Løvås, 2004, s. 324).

Multipel lineær regresjonsanalyse vil brukes for å undersøke i hvilken grad hver bakgrunnsvariabel relaterer seg til utfallene holdninger og implementering/ atferd til KBP når det samtidig kontrolleres for andre bakgrunnsvariabler.

P-verdien uttrykker hvor sannsynlig det er at den sammenhengen som er funnet reflekterer en «tilfeldig» i motsetning til en «reell» effekt. Hvis p-verdien er 0,05 vil det si at det er 5 % sannsynlighet for at den påviste sammenhengen kan skyldes en tilfeldighet. Det vil si at i gjennomsnitt vil 5 av 100 slike funn skyldes en tilfeldighet. I denne studien har en valgt å sette $p = 0,05$ som grense for å si om resultatet er signifikant.

For å se på sammenhengen mellom holdninger og atferd knyttet til KBP vil samvariasjonen illustreres med et punktdiagram - spredningsplot. Dersom bildet indikerer at det er en sammenheng, kan videre statistiske analyser som Pearsons korrelasjonsanalyse observere om sammenhengen er tilfeldig eller signifikant (Løvås, 2004, s. 267).

Indre konsistent til spørreskjemaene beregnes ved Cronbach`s alpha (Polit & Beck, 2008, s. 445) på de ulike ititems i KBP Holdningsskalaen og KBP-Implementeringsskalaen. En tilfredsstillende alpha vil i de fleste tilfeller være over 0,70, hvor 0 er lavest og 1 er høyest. Samtidig bør ikke alpha være mye høyere enn 0,9 (Streiner og Norman, 2003).

5. RESULTATER

I dette kapitlet vil en oversikt over utvalget og demografiske forhold bli presentert. Deretter presenteres de mest sentrale resultatene i lys av studiens forskningsspørsmål.

5.1 Beskrivelse av utvalget

Spørreskjemaene ble levert ut til 356 sykepleiere, ansatt på Radiumhospitalet (Fig 3). Totalt valgte 187 sykepleiere å delta i studien. Svarprosenten varierte fra 75 – 28 % blant de 15 postene hvor skjemaene ble levert ut. Respondenter som besvarte mindre enn 80 % av spørsmålene på holdning – og implementeringsskalaene ble ekskludert (n= 2). Nettoutvalget ble dermed 185 sykepleiere, noe som utgjør en svarprosent på 52 %.

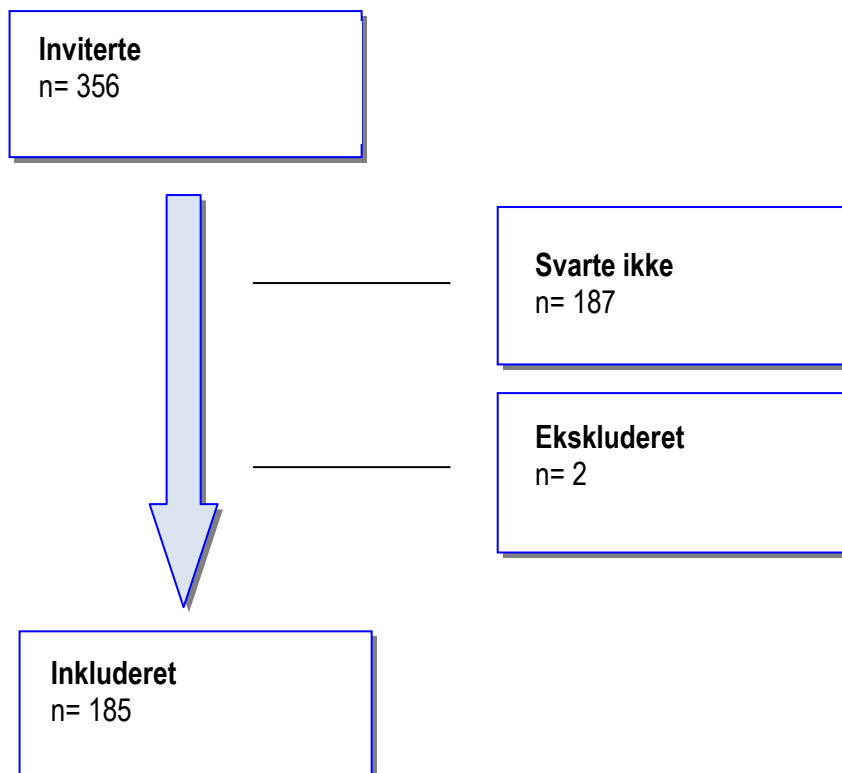


Fig 3: Flytskjema over utvalget.

Dette betyr at omtrent halvparten av de som ble invitert til å delta i studiet valgte å ikke delta. Det var derfor av interesse å se om de som deltok skilte seg ut fra de som ikke-deltok, for å se om de utgjorde en skjevhet. Det ble derfor også samlet inn opplysninger om alle ansatte. Av opplysningene som lot seg innhente var alder og videreutdanning utover grunnutdanning i sykepleie. Gjennomsnittsalderen for alle sykepleiere på Radiumhospitalet var 44 år, mens utvalget i studiet var 39,6 år. Det var 49,4 %, som hadde videreutdanning utover grunnutdanning blant alle sykepleierne på Radiumhospitalet, mens 49,7 % hadde videreutdanning utover grunnutdanning blant de som deltok i studien.

5.1.2 Demografiske variabler

Sykepleierne som ble inkludert i analysen (n=185) fordelte seg med 175 kvinner og 10 menn. Gjennomsnittsalderen var 40 år, med en spredning fra 22- 65 år. Det var gjennomsnittlig 14 år siden sykepleierne var ferdigutdannet, med en spredning fra 0- 42 år. Respondentene hadde arbeidet på Radiumhospitalet gjennomsnittlig 10 år, med en spredning fra 0 – 36 år (Tabell 3).

Halvparten av deltakerne arbeidet i stillinger som sykepleiere (n= 94), mens omtrent en tredjedel hadde stillinger som spesialsykepleiere (n= 57). Det var 14 av deltakerne som arbeidet som ledere og fem som fagutviklingssykepleier.

To tredjedeler av respondentene arbeidet fulltid (n= 122). Flertallet jobbet 80 % eller mer (n=161) og en liten andel jobbet 50 % eller mindre (n=11). Omtrent halvparten av utvalget hadde videreutdanning/ spesialutdanning (n= 86) og seks stykker hadde en mastergrad eller hovedfag. De aller fleste hadde pasientkontakt i sitt daglige arbeid (n= 178) (Tabell 3).

Tabell 3: Beskrivelse av demografiske variabler.

n= 185		
ALDER	Mean = 39,6 (SD* 11,6) Median = 38 Min – max = 22 – 65	
ANSIENNITET		
Totalt:	Mean =13.58 (SD 11,0) Median = 10 Min – max: 0 – 42	
På Radiumhospitalet:	Mean =9,6 (SD 8,7) Median = 7 Min – max: 0 – 36	
		n (%)
KJØNN	Menn	10 (5,4)
	Kvinner	175 (95,6)
STILLING	Sykepleier	94 (50,8)
	Spesialsykepleier	72(38,9)
	Fagansvarlig	5 (2,7)
	Leder	14 (7,6)
HØYESTE UTDANNING	Grunnutdanning	93 (50,3)
	Videreutdanning	86 (46,5)
	Master/ Hovedfag	6 (3,2)
	Doktorgrad	0

* Standardavvik (SD) er mål for spredningen rundt gjennomsnittet.

5.1.3 Bakgrunnsspørsmål om KBP

Det var 82 % av sykepleierne som svarte bekreftende på at de hadde kunnskaper om KBP (tabell X). De oppgav at de har lært om KBP fra forskjellige hold (Tabell 4). Omtrent 70 % hadde lært om KBP på Radiumhospitalet. De som hadde tatt videreutdanningen i KBP utgjorde 7 %. Ellers hadde 25 % lært om KBP på grunnutdanningen i sykepleie. Resten av utvalget hadde lært om KBP via kurs og andre sammenhenger som videreutdanninger, møter og foredrag (13,5 %).

Blant respondentene oppgav 10 % av sykepleierne at de deltok i kunnskapsbaserte arbeidsgrupper: I grupper som utarbeidet kunnskapsbaserte fagprosedyrer (n= 15) og skrev artikler (n= 8). Noen deltok i begge typer arbeid (n= 3).

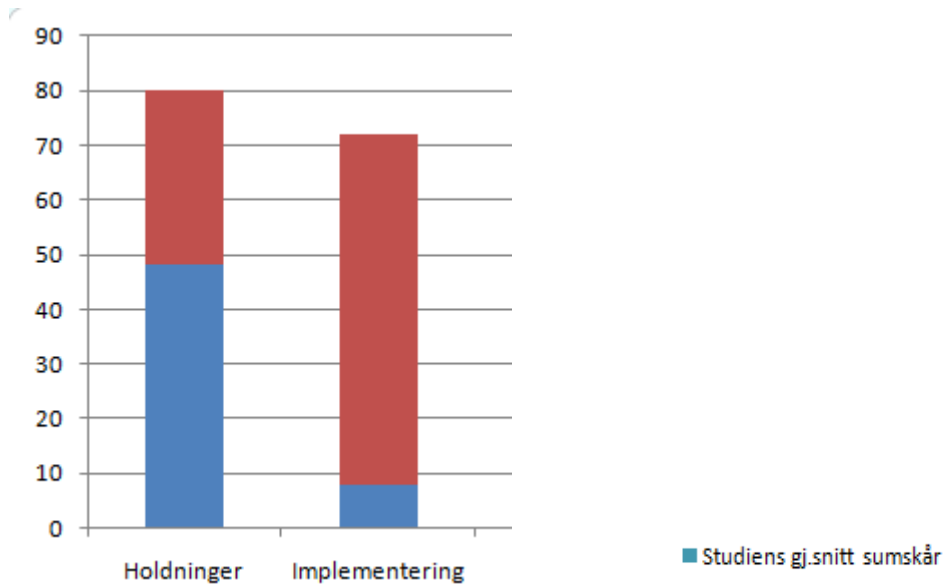
Tabell 4: Beskrivelse av kunnskaper om KBP og deltagelse i KBP nettverk.

n= 185		Antall (%)
Kunnskaper eller ikke om KBP	Har ikke tidligere kunnskap	33 (17,8)
	Har tidligere kunnskap	152 (82,2)
Lært om KBP gjennom*:	- Jobben	106 (69,7)
	- Grunnutdanning	39 (25,7)
	- Utdanning KBP(15sp)	13 (8,5)
	- Kurs	3 (2,0)
	- Annet	25 (16,4)
Deltagelse eller ikke i KBP arbeidsgruppe	Deltar ikke i KBP arbeidsgruppe	165 (89,2)
	Deltar i KBP arbeidsgruppe	21 (10,8)
Type KBP arbeidsgruppe*	Fagprosedyrer	15 (8,1)
	Artikkelskriving	8 (4,3)

* Overlapp/ muligheter for å krysse av flere kryss i spørreskjemaet.

5.2 Holdninger og atferd relatert til KBP

Sumskåren på KBP Holdningsskalaen kan ha verdier i intervallet 16 – 80. Den gjennomsnittlige sumskåren til utvalget var 42,0 (SD 6,8) (Fig. 4). For KBP Implementeringsskalaen kan sumskåren ha verdier fra 0 til 72. Her var studiens gjennomsnittlige sumskåren 7,8 (SD 7,9).



Holdningskalaen: Gjennomsnittlig sumskår = 42.0 (SD = 6.8), min – max: 20 – 70, Median = 42
 Implementeringskalaen: Gjennomsnittlig sumskår = 7.8 (SD = 7.9), min – max: 0 – 48, Median = 6

Figur 4: Studiens oppnådde gjennomsnittskår på holdninger og aktiviteter knyttet til implementering (n = 185).

5.2.1 Holdninger relatert til KBP

Ved å se nærmere på sykepleiernes holdninger relatert til KBP ble prosentandelen for de som var svært enige/enige i hvert enkelt utsagn i spørreskjemaet utregnet (Tabell 5).

Det var 86 % av respondentene som var enig/ svært enig i at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis, at KBP resulterer i at pasientene får den beste behandlingen (78 %) og at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/ tiltak de gir til sine pasienter (72 %).

Det som kom lavest ut var på spørsmål om de visste hvordan KBP effektivt kan anvendes i praksis, hvordan de kan måle effekt av klinisk praksis, og om de var sikre på at de hadde tilgang til de beste ressursene som trengs for å anvende KBP.

Tabell 5: Prosentandel på tilslutning på elementer i KBP holdningsskalaen, sortert etter høyeste prosentandel.

Spm.nr	Spørsmål	Svært enig/ enig %
5.	Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis	86
4.	Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP.	79
1.	Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	77,8
9.	Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter	72
7.	Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP	62,2
16.	Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert	44,3
2.	Jeg kjenner til trinnene i KBP	36,2
3.	Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP	34
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	31,3
8.	Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte	24,3
15.	Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid	23
11.	Jeg tror KBP tar for mye tid	18,9
13.	Jeg tror KBP er vanskelig	17,3
12.	Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP	17
10.	Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis	13,5
14..	Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis	12

Videre ble analysen gjort på hver delskala av KBP Holdningsskalaen etter Estradas (2009) faktoranalyse, A) Holdninger relatert til kunnskap, B) Holdninger relatert til verdien av KBP, C) Holdninger relatert til ressurser og D) Holdninger til tid og vanskelighetsgrad (Tabell 6). Hvor mange prosent som gjennomsnittlig var sterkt enig/enig i de utsagnene som forekom under hver delfaktor ble utregnet. Respondentene skårte høyest på holdninger relatert til verdien av KBP. Her svarte 71,8 % at de var sterkt enig eller enig i at de trodde KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling. De trodde kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP og var sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre

klinisk praksis. De var sikker på at anvendelse av KBP ville forbedre behandlingen/tiltak de ga til sine pasienter og mente at deres praksis var kunnskapsbasert (Tabell 6, delskala B). På holdninger relatert til egne kunnskaper er kun litt over 20 % svært enig eller enig i at de kjenner til trinnene i KBP, er sikker på at de kan anvende KBP, er sikker på hvordan de kan måle effekt av klinisk praksis, vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis og er trygg på sin egen evne til å anvende KBP i sitt arbeid. Oppfatningene av ressurser knyttet til KBP skårte også lavt, mens de fleste av svarene klynget seg rundt ”verken enig eller uenig” på spørsmål om KBP er vanskelig og tar tid.

Tabell 6: Prosentandel som er enig/ svært enig i delskalaene av KBP Holdningskalaen

Delskalaer	Svært enig/ enig %
<p>A) Holdninger relatert til kunnskap:</p> <p>2. Jeg kjenner til trinnene i KBP.</p> <p>3. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP.</p> <p>10. Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis</p> <p>14. Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis.</p> <p>15. Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid</p>	23,7
<p>B) Holdninger relatert til verdien av KBP:</p> <p>1. Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling.</p> <p>4. Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP.</p> <p>5. Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis.</p> <p>9. Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter</p> <p>16. Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert</p>	71,8
<p>C) Holdninger relatert til ressurser:</p> <p>6. Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer) for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte.</p> <p>7. Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP.</p> <p>8. Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte.</p> <p>12. Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP</p>	33
<p>D) Holdninger til vanskeligheter og tid</p> <p>11. Jeg tror KBP tar for mye tid.</p> <p>13. Jeg tror KBP er vanskelig.</p>	22,5 (omvendt skår:18,1)

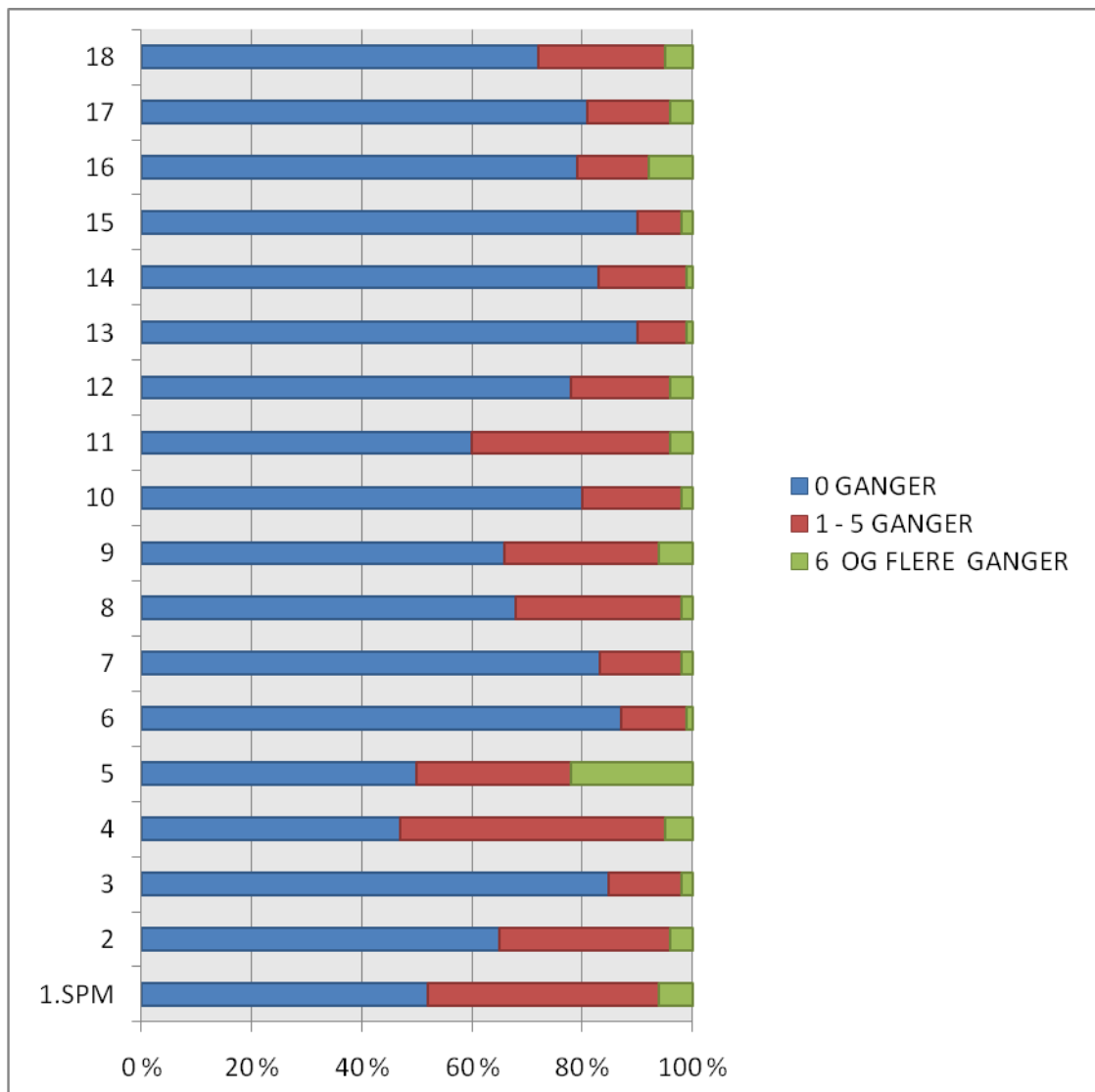
5.2.2 Atferd relatert til KBP

Den gjennomsnittlige totalskåren var 7,8. For å se på hva respondentene har rapportert at de har gjort de siste 8 ukene, er frekvensen og prosenten på antall sykepleiere som har utført handlingen satt opp i tabell 7. For å visuelt illustrere prosentandelen på handlingene som er gjort de siste 8 ukene før respondentene fylte ut spørreskjemaene, er dette satt opp i et søylediagram (Figur 5).

Den atferden som hyppigst ble utført i løpet av de 8 siste ukene var å diskutere en forskningsstudie uformelt med en kollega (53 %) (Spørsmål 4). Halvparten av sykepleierne hadde samlet klinisk informasjon om pasientproblem (f.eks. data om liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.) (Spørsmål 5). Omtrent halvparten hadde også brukt kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer som antall liggedøgn, dødelighet, fallfrekvens) for å endre sin kliniske praksis (Spørsmål 1). Cirka en tredjedel av sykepleierne hadde lest og kritisk vurdert en klinisk forskningsstudie (Spørsmål 2 og 11), formidlet kunnskap fra en forskningsstudie til en pasient/pårørende (Spørsmål 9) og/ eller fortalt en kollega om kliniske retningslinjer basert på forskning (Spørsmål 8). Derimot ser en ut fra tallene i tabell 7 og fra stolpediagrammet (Figur 5) at de aller fleste av sykepleierne ikke hadde utført noen handlinger som er knyttet til KBP. De handlingene de gjorde minst var å ha vært inne på databasen ”Guidelines International Network” (9 %, n=17) og å evaluere et prosjekt i praksis ved å samle inn data (10 %, n=18).

Tabell 7: Frekvensen og prosenten på antall sykepleiere som har utført handlingene i KBP implementeringsskalaen.

I løpet av de siste 8 ukene, har jeg:	0 ganger n (%)	1-5 ganger n (%)	6-> 8 ganger n (%)
1. Brukt kunnskap fra ulike kilder (f.eks. forskning, teori og kvalitetsindikatorer som antall liggedøgn, dødelighet, fallfrekvens) for å endre min kliniske praksis....	96 (52)	79 (42)	10 (6)
2. Kritisk vurdert en forskningsstudie...	121 (65)	57 (31)	7 (4)
3. Formulert et klinisk spørsmål på en standardisert måte (f.eks. ved hjelp av PICO)...	157 (85)	24 (13)	4 (2)
4. Diskutert en forskningsstudie uformelt med en kollega...	87 (47)	88 (48)	10 (5)
5. Samlet klinisk informasjon om pasientproblem (f.eks. data om liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT)	92 (49,5)	51 (28)	42 (22)
6. Presentert forskningsbasert kunnskap i en rapport eller presentasjon for mer enn 2 kollegaer...	160 (87)	23 (12)	2 (1)
7. Evaluert resultater (utfall) fra en gjennomført endring av praksis...	155 (84)	27 (14.5)	3 (1.5)
8. Fortalt en kollega om kliniske retningslinjer basert på forskning...	126 (68)	55 (30)	4 (2)
9. Formidlet kunnskap fra en forskningsstudie til en pasient/pårørende...	123 (66)	51 (28)	11 (6)
10. Formidlet kunnskap fra en forskningsstudie til et medlem i en tverrfaglig gruppe...	148 (80)	33 (18)	4 (2)
11. Lest og kritisk vurdert en klinisk forskningsstudie...	111 (60)	66 (36)	8 (4)
12. Vært inne i Cochrane-databasen over systematiske oversikter....	144 (78)	33 (18)	8 (4)
13. Vært inne på Guidelines International Network (GIN)...	168 (91)	16 (8,5)	1 (0,5)
14. Brukt retningslinjer basert på forskning eller en systematisk oversikt til å endre klinisk praksis på min arbeidsplass...	153 (83)	30 (16)	2 (1)
15. Evaluerte et prosjekt i praksis ved å samle inn pasientdata (f.eks. liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.)...	167 (90)	15 (8)	3 (2)
16. Formidlet innsamlete pasientdata (f.eks. liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT) for kollegaer...	147 (79,5)	24 (13)	14 (7,5)
17. Endret praksis basert på innsamlete pasientdata (f.eks. liggedøgn, fallfrekvens, dødelighet, trykksår, lab. verdier, vitale tegn som smerte, BT osv.)...	150 (81)	26 (15)	7 (4)
18. Fremmet bruk av KBP blant mine kollegaer...	134 (72)	42 (23)	9 (5)



I løpet av de siste 8 ukene, har jeg:

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

Fig 5: Utførte aktiviteter som etterspørres i implementeringsskalaen.

5.3 Sammenheng mellom holdninger/ atferd og bakgrunnsvariabler

Det tredje forskningsspørsmålet var å se på sammenheng mellom holdninger og/eller atferd i forhold til kunnskapsbasert praksis og de forskjellige bakgrunnsvariablene. Disse variablene er alder, ansiennitet, sykepleiestilling /rolle, utdanningsnivå, tidligere kunnskap til KBP og deltagelse i KBP arbeid.

5.3.1 Alder

Pearsons- korrelasjoner ble brukt for å undersøke en mulig lineær sammenheng mellom holdninger og alder som kontinuerlige variabler, samt atferd og alder. Ved verken holdninger versus alder ($r = 0,090$, $p = 0,223$) eller implementering versus alder ($r = 0,020$, $p = 0,789$) er det noen lineær sammenheng

Alder ble så omkodet til kategoriske variabler ved å dele respondentene inn i aldersgrupper- og ansiennitetsgrupper med forskjellige nivåer, for se om en gruppe skiller seg ut fra en annen (Tabell 9). De tre nivåene av aldersgrupper var 20 – 35 år, 36 – 50 år og 51 år og mer.

Tabell 8: Sammenligning av aldersgrupper.

	Aldersgrupper (n)	Mean (SD)	Min - Max	95% KI for Mean	Median
Holdninger totalskår	20 - 35 år (81)	41.2 (7.4)	20 - 70	39.5 - 42.8	41
	36- 50 år (64)	42.4 (6.4)	22 - 59	41.0 - 44.0	43
	51 år og mer (40)	43.1 (6.3)	33 - 62	41.1 - 45.1	43
	Total (185)	42.0 (6.9)	20 - 70	41.0 - 43.0	42.3
Implementering totalskår	20 - 35 år (81)	7.8 (8.4)	0 - 46	6.0 -9.6	5
	36- 50 år (64)	7.3 (7.3)	0 - 35	5.5 -9.2	5
	51 år og mer (40)	8.6 (8.4)	0 - 48	5.9 -11.3	7
	Total (185)	7.8 (8.0)	0 - 48	6.6 -8.9	5.6

Anova: Holdning gj.snittskår/ aldersgrupper: $F = 1.212$, $p = 0.300$

Implementering gj.snitt skår/ aldersgrupper: $F= 0.303$, $p = 0,739$

Det er ikke stor forskjell i gjennomsnittene i de forskjellige aldersgruppene. Gjennomsnittsskåren for holdninger stiger med alderen, med 1,2 fra den yngste (Mean (M) = 41.2) til mellomste aldersgruppe (M = 42.4) og med 0,7 fra den mellomste aldersgruppen til den eldste (43,1). Dette på en skala som kan variere fra 5 – 80. Ser vi på implementeringsskåren varierer den fra 7.3 – 8.6 i de tre aldersgruppene, der eldste skårer høyest (M = 8.6). Ved å se på One Way Anova test mellom aldersgruppene og holdninger til KBP, samt mellom aldersgruppene og atferd relatert til KBP, finner en ikke statistisk signifikante forskjeller på 0,05 nivå.

5.3.2 Ansiennitet

Pearsons- korrelasjoner ble brukt for å finne forholdene mellom holdninger og ansiennitet som kontinuerlige variabler, samt atferd og ansiennitet. På implementering og ansiennitet er det er svak korrelasjon, ikke statistisk signifikant ($r = 0,047$, $p = 0,522$). Ser man på holdninger versus ansiennitet er den svak positiv ($r = 0,095$, $p = 0,2$). Korrelasjonsanalysen viser en ikke signifikant svak positiv korrelasjon.

Ansiennitet ble så omkodet til kategoriske variabler ved å dele respondentene inn i ansiennitetsgrupper med forskjellige nivåer: 0-5 år, 6-10 år og 11 år og mer (Tabell 9).

Tabell 9: Sammenligning av ansiennitetsgrupper.

		Descriptives			
	Ansiennitet grupper (n)	Mean (SD)	Min - Max	95 % KI for Mean	Median
Holdninger	0 – 5 år (60)	41.4 (7.0)	26 - 70	39.6 - 43.2	41.4
totalskår	6 – 10 år (33)	42.5 (7.2)	23 - 59	40.0 - 45.1	42
	11 år og mer (92)	42.2 (6.7)	20 - 62	40.8 - 43.6	42
	Total (185)	42.0 (6.9)	20 - 70	41.0 - 43.0	41.8
Implementering	0 – 5 år (60)	7.3 (6.9)	0 - 32	5.5 - 9.1	6
totalskår	6 – 10 år (33)	8.7 (10.3)	0 - 46	5.1 - 12.4	5
	11 år og mer (92)	7.8 (7.7)	0 - 48	6.2 - 9.4	6
	Total (185)	7.8 (8.0)	0 - 48	6.6 - 9.0	5.6

Anova: Holdning gj.snittskår/ ansiennitetsgrupper: $F= 0.374$, $p = 0.688$
 Implementering gj.snitt skår/ ansiennitetsgrupper: $F= 0.319$, $p = 0,727$

Som Tabell 9 viser ser det ut til at det er liten variasjon i de forskjellige gruppene som er inndelt i ansiennitet. De som har ansiennitet på 5 år og mindre har lavest gjennomsnittlig skår ($M = 41,4$), mens de to andre gruppene ligger ganske likt (42,5 og 42,2). Når det gjelder implementering er det også her de som har ansiennitet på 5 år og mindre som skårer lavest ($M = 7,3$). Den eldste gruppen skårer ikke mye høyere ($M = 7,8$) mens den mellomste gruppen (ansiennitet på 6 – 10 år) som skårer høyest ($M = 8,7$).

Ved å se på One Way Anova test mellom ansiennitetsgruppene og holdninger til KBP, samt mellom ansiennitetsgruppene og atferd relatert til KBP, finner en ikke signifikant forskjeller.

5.3.3 Sykepleiestilling /rolle

Tre undergrupper av respondentene hadde stillinger som eventuelt kunne variere i å implementere KBP og ha varierende holdninger relatert til KBP: sykepleiere ($n = 94$), spesialsykepleiere ($n = 72$), ledere og fagutviklingssykepleiere ($n = 19$).

Tabell 10: Sammenligning av stillingsgrupper.

	Stillingsgrupper (n)	Descriptives			
		Mean (SD)	Min - Max	95% KI for Mean	Median
Holdninger totalskår	Sykepleier (94)	40.3 (6.9)	20 – 70	39.60– 41.7	41.
	Spesialsykepleier (72)	43.1 (6.6)	22 – 62	41,6 – 44.7	43
	Leder og fagutviklingssykepleier (19)	46.2 (4.4)	36 – 53	44.1 – 48.3	47
	Total (185)	42.0 (6.8)	20 – 70	41.0 – 43.0	42
Implementering totalskår	Sykepleier (94)	6.7 (7.4)	0 – 46	5.2 – 8.2	5
	Spesialsykepleier (72)	8.7 (8.7)	0 – 48	6.7 – 10.8	7
	Leder og fagutviklingssykepleier (19)	9.6 (7.4)	0 – 26	6.0 – 13.2	8
	Total (185)	7.8 (8.0)	0 – 48	6.6 – 9.0	6
Anova:	Holdning-gj.snittskår/ stillingssgrupper:		F= 7,90, p = 0,001		
	Implementering- gj.snitt skår/ stillingssgrupper:		F= 1,92, p = 0,149		

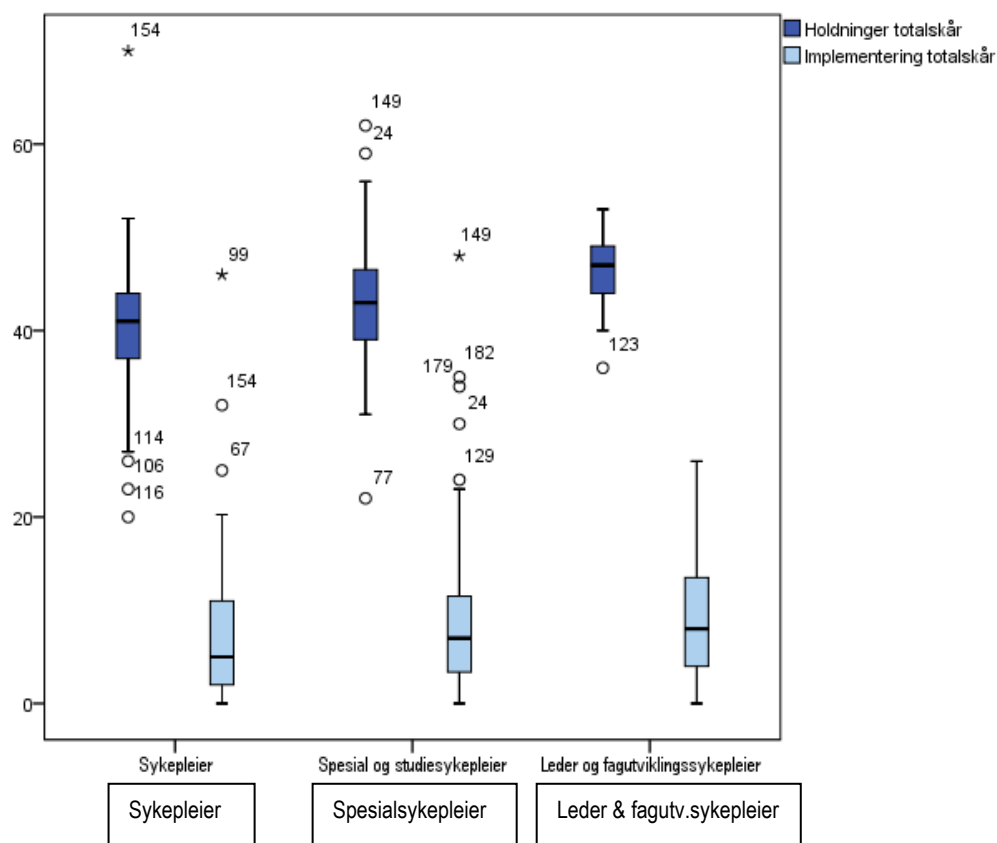


Fig. 6: Boxplot: Sammenligning av stillingsgrupper.

Ut fra Tabell 10 og Figur 6 ser det ut som det er en forskjell i gjennomsnittet i de forskjellige stillingsgruppene. Når det gjelder holdninger hadde sykepleiere en gjennomsnittskår på 40,3, mens spesialsykepleiere hadde 43,1. Den gruppen som består av ledere og fagutviklingssykepleiere hadde en gjennomsnittskår på 46,2. En One Way Anova test mellom stillingsgruppene og holdninger til KBP viser en statistisk signifikant forskjell ($p = 0,001$).

Ser man på implementeringsskalaen er forskjellen her mindre. Sykepleiere skåret lavest ($M = 6,7$), spesialsykepleiere skåret 8,7, mens ledere og fagutviklingssykepleiere skåret 9,6. En finner ikke statistisk signifikant forskjell mellom stillingsgruppene og atferd relatert til KBP ($p = 0,149$).

Det ble kjørt en multipl linear regresjonsanalyse (Tabell 16, s.56) , der alle forklaringsvariablene ble inkludert. Test for gruppeforskjeller med tanke på holdninger til KBP gav en p - verdi lik 0,106. Det vil si at forskjellene mellom stillingsgruppene ble redusert for andre faktorer, og ikke lengre signifikant. Tilsvarende analyse med adferd relatert til KBP som responsvariabel viste at gruppeforskjellene med tanke på adferd relatert til KBP gav en p -verdi lik 0,813. Det er da ingen signifikant forskjell mellom stillingsgruppene og atferd eller stillingsgruppene og holdninger relatert til KBP.

5.3.4 Utdanningsnivå

Når det gjelder utdanningsnivå ble respondentene delt i to grupper som fordelte seg i to like store grupper (Tabell 11, s. 52). Fordi det var så få i utvalget som hadde en master/ hovedfag ($n = 6$) og ingen som hadde doktorgrad ble disse slått sammen med de som hadde en videreutdanning. Denne gruppen ble definert som de med formell høyere utdanning utover grunnutdanning i sykepleie (49,7 %, $n= 92$). Den andre gruppen bestod av de som hadde grunnutdanning i sykepleie som høyeste utdanningsnivå (50;3 %, $n= 93$).

Gjennomsnittlig hadde de med høyere formell videreutdanning på høgskole og universitetsnivå en høyere gjennomsnittlig totalskår på holdninger ($M = 43,8$) enn de med grunnutdanning i sykepleie ($M= 40$). Forskjellene i gjennomsnitt er signifikante på 0,05 nivå ($p < 0,0001$).). I den multiple lineære regresjonsanalysen er p verdien lik 0,06, Det vil si at forskjellene ble noe redusert ved justering for andre faktorer og ikke lengre statistisk signifikant.

Det er en ubetydelig forskjell mellom disse gruppene når det gjelder implementering (6,5 og 6) (Tabell 11) Forskjellen er heller ikke statistisk signifikant. Det er dermed ingen statistisk forskjell mellom utdanningsnivå og atferd eller utdanningsnivå og holdninger relatert til KBP.

Tabell 11: Sammenligning av utdanningsgrupper.

	Utdanningsnivå (n)	Mean (SD)	Min - Max	Median
Holdninger totalskår	Grunnutdanning (89)	40 (6.9)	22 – 70	44
	Formell høyere utdanning utover grunnutdanning (96)	43.8 (7)*	22 – 70	44
Implementering totalskår	Grunnutdanning (89)	6.5	0 – 25	6
	Formell høyere utdanning utover grunnutdanning (96)	6**	0 – 25	7
t-test:	* Holdning gj.snittskår/ utdanningssgrupper: p < 0,0001 ** Implementering gj.snittskår/ utdanningssgrupper: p = 0,24			

Det var interessant å se på om de med master/ hovedfag skåret høyere. Disse ble derfor tatt ut som egen gruppe og sammenlignet med de som hadde tatt en videreutdanning i sykepleie. Ut fra Tabell 12 ser man at de med master/ hovedfag skåret høyere på holdninger (M = 47), mot de som har en videreutdanning (M = 43). Det samme gjelder implementering. De med master/ hovedfag hadde en gjennomsnittsskår på 16, mot de med videreutdanning som hadde en gjennomsnittsskår på 8,6. Men siden det gjelder kun 6 respondenter som har en mastergrad er det vanskelig å stole på resultatene, og t-test viser også at funnene ikke er signifikante på 0,05 nivå.

Tabell 12: Sammenligning av de med Master/ hovedfag og de med videreutdanninger.

N = 96				
	Utdanningsnivå (n)	Mean (SD)	Min - Max	Median
Holdninger totalskår	Master/ Hovedfag (6)	47 (6)*	38 - 56	46
	Videreutdanning (90)	43 (7,0)	22 - 70	43
Implementering totalskår	Master/ Hovedfag (6)	16 (17)**	0 - 46	11
	Videreutdanning (90)	8,6 (8,8)	0 - 48	6.5
t-test:	* p < 0,259, ** p = 0,65			

5.3.5 Tidligere kunnskap til KBP

Respondenter som opplyste at de hadde kunnskaper om KBP gjennom jobb, videreutdanningen i KBP, grunnutdanningen, spesialutdanninger, kurs møter og foredrag ble sammenlignet med de som ikke hadde kunnskaper om KBP. Gjennomsnittlig score er vist for hver subgruppe i Tabell 13. De som hadde kunnskaper om KBP skårer noe høyere (42,6) enn de som oppgir å ikke ha kunnskaper om KBP (39,2) når det gjelder holdninger. Forskjellen i gjennomsnittet er statistisk signifikant. I regresjonsanalysen er p-verdi lik 0,036, altså statistisk signifikant. Det er liten differanse i gjennomsnittskåren mellom gruppene når det gjelder implementering og den er ikke statistisk signifikant.

Tabell 13: Sammenligning av de med kunnskaper om KBP versus de som ikke har kunnskaper om KBP.

	Grupper (n)	Mean (SD)	Min - Max	Median
Holdninger totalskår	Har kunnskap om KBP (152)	42.6 (6.7)*	20 - 70	43
	Har ikke kunnskap om KBP (33)	39.2 (7.1)	22 - 49	40
Implementering totalskår	Har kunnskap om KBP (152)	8 (8)**	0 - 48	6
	Har ikke kunnskap om KBP (33)	7.1 (7.9)	0 - 48	5

t-test: * Holdning gj.snittskår/ Tidligere kunnskap til KBP: p = 0,016
** Implementering gj.snittskår/ Tidligere kunnskap til KBP: p = 0,592

De respondentene som oppgav at de hadde kunnskaper om KBP, rapporterte forskjellige måter de hadde lært om det. Presentasjonen av gjennomsnittsskåren i de forskjellige undergruppene sees i tabell 14. Her ser man når det gjelder holdninger av de som har lært om KBP så skårer de som har tatt videreutdanning i KBP høyest (M = 45,85). De som har lært om KBP i grunnutdanningen og ”annet” skårer omtrent likt (M = 43 & 43,7). Så følger de som har lært om KBP på Radiumhospitalet (M = 42,3) og til slutt de som har lært om det på kurs (M = 39).

Tabell 14: Sammenligning av de forskjellige undergruppene som har lært om KBP.

		Mean (SD)	Min - Max	Median
	Lært om KBP ved(n= 152):			
Holdninger	Videreutdanning KBP 15 st.p	45,85 (5,9)	30 - 52	47
totalskår	Grunnutdanning sykepleie	43 (5,5)	27 - 53	42
	Kurs	39 (8,5)	30 - 47	40
	Radiumhospitalet	42,3 (7,3)	20 - 70	42
	Annet (møter, foredrag)	43,7 (8,6)	30 - 70	42,5
Implementering	Videreutdanning KBP 15 st.p	9,7 (9,3)	0 - 34	7,5
totalskår	Grunnutdanning sykepleie	8,4 (6,4)	0 - 25	7
	Kurs	4,7 (6,4)	0 - 12	2
	Radiumhospitalet	8,4 (8,6)	0 - 34	5
	Annet (møter, foredrag)	9,9 (11,3)	0 - 46	6

(Overlapp/ muligheter for å krysse av flere kryss i spørreskjemaet)

Når det gjelder implementering skårer de som har lært om KBP via samlebetegnelsen ”annet” høyest (M = 9,9). Deretter følger de som har lært om KBP via videreutdanning i KBP (m = 9,7). Så følger de som har lært om det på Radiumhospitalet og grunnutdanning (M = 8,4).

5.3.6 Deltagelse i KBP arbeid

20 personer oppgav at de deltar i KBP arbeid. Dette er arbeid som innebærer å lage fagprosedyrer og skrive artikler. I utvalget skåret de som oppgav at de deltok i KBP arbeidsgrupper 4,1 poeng høyere på holdninger, og 3,9 poeng høyere på implementering (Tabell 15, s.54).

Tabell 15: Sammenligning av de som deltar i KBP arbeidsgruppe versus de som ikke gjør det

(n= 185)				
	Grupper (n)	Mean (SD)	Min - Max	Median
Holdninger totalskår	Deltar i KBP arbeidsgruppe (20)	45.7 (5.5) *	37 - 62	45
	Deltar ikke i KBP arbeidsgruppe (165)	41.6	20 - 70	42
Implementering totalskår	Deltar i KBP arbeidsgruppe (20)	11.3 (10.4) **	0 - 48	9.5
	Deltar ikke i KBP arbeidsgruppe (165)	7.4 (7.6)	0 - 46	5
t-test:	* Holdning-gj.snittskår/ deltar i KBP arbeidsgruppe:		p < 0,005	
	** Implementering-gj.snittskår/ deltar i KBP arbeidsgruppe:		p = 0,038	

Forskjellen i gjennomsnitt på holdninger er statistisk signifikant på 0,05 nivå ved t-test ($p = 0,005$). Det er fortsatt statistisk signifikant etter at en multippel regresjonsanalyse ble kjørt ($p = 0,045$). Forskjellen i gjennomsnitt på implementering er også statistisk signifikant på ($p = 0,038$). Etter multippel regresjonsanalyse ble forskjellene mellom gruppene noe redusert ved justering for andre faktorer ($p = 0,076$). Den er da ikke signifikant.

5.4 Multiple regresjonsanalyser

Mange av variablene som er blitt testet for sammenheng med holdninger og atferd til KBP i denne studien er innbyrdes korrelert. For å få et anslag på hvilke variabler som har en selvstendig effekt på holdninger og atferd til KBP, ble det brukt en multippel regresjonsanalyse (Tabell 16).

Resultatene viser at det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittet for holdninger til KBP mellom de som har lært og de som ikke har lært om KBP og mellom de som arbeider og de som ikke arbeider i en KBP arbeidsgruppe. Vanlige sykepleiere skåret også statistisk signifikant lavere enn spesialsykepleiere og

avdelingssykepleiere med fagansvar for holdninger til KBP (For detaljer, se kapittel 5.3).

Tabell 16: Multiple regresjonsanalyser.

	Multipl korrelasjonskoeffesienter p-verdi	
	Holdninger til KBP	Implementering av KBP
<u>Aldersgrupper:</u>		
20 – 35 år	- 1.378 (p = 0,56)	0,404 (p= 0,889)
36 – 50 år	-.667(p = 696)	-0,564 (p = 0,789)
> 50 år	0 (referanse)	0 (referanse)
<u>Ansiennitet (år):</u>	- 0,008 (p = 0,359)	0,024 (p = 0,800)
<u>Stilling:</u>		
Sykepleier	- 4,216 (0,042)	-1,548(p = 0,542)
Spesialsykepleier	-2,983 (0,077)	-0,501(p = 0,809)
Leder & Fagutv. sykepleier	0 (referanse)	0 (referanse)
<u>Utdanning</u>	2,688 (p = 0,060)	0,405 (p = 0,761)
<u>Lært om KBP</u>	2,739 (p = 0,036)	0,188 (p= 0,907)
<u>Deltagelse i KBP arbeidsgruppe</u>	3,2 (p = 0,045)	3,489 (p = 0,076)

Signifikante sammenhenger (p<0,05) er uthevet.

5.4 Sammenheng mellom holdninger og atferd knyttet til KBP

Korrelasjonskoeffisienten er et mål på styrken og retningen på den lineære samvariasjonen mellom to variabler. Samvariasjon mellom to numeriske variabler illustreres med punktdiagram – spredingsplot.

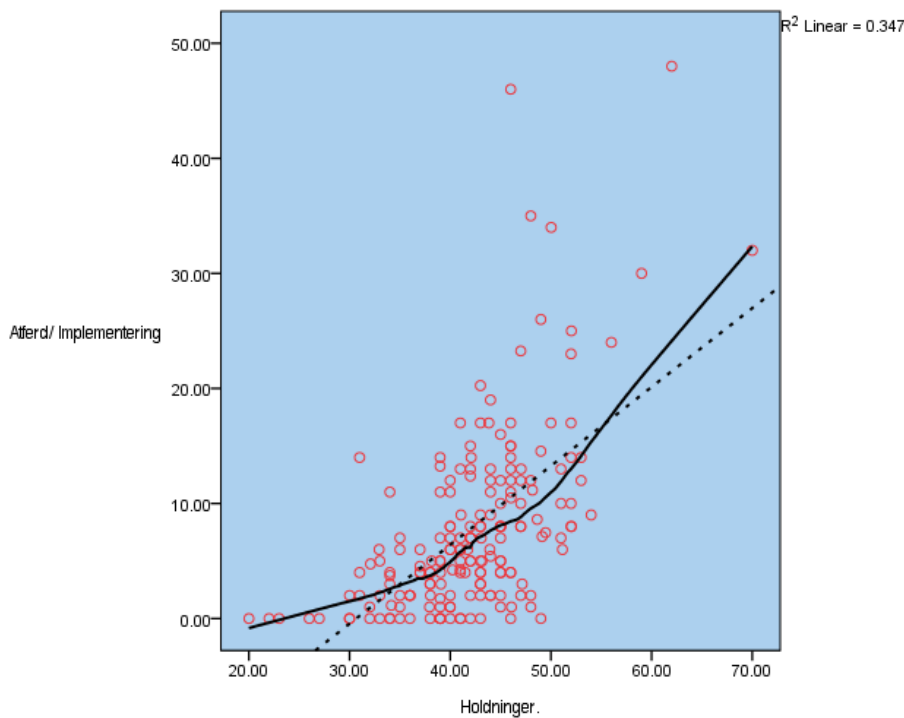


Fig 7: Punktdiagram der sumskår verdier for holdninger relatert til KBP er plottet mot sumskår verdier for KBP implementering (n= 185). Stiplet linje gir resultat fra enkel lineær regresjon og halvtrukken linje fra ikke linear regresjon (lowess).

Hver observasjon i datamaterialet representeres av en liten ring i diagramet (Fig 7). Vi ser av figuren at det er en sammenheng mellom holdninger og atferd, der økende verdier for holdninger er assosiert med økende verdier for implementering. Determinasjonskoeffisienten (R^2) viser at 34,7 % av variasjonen i materialet kan forklares ved en rett linje. Ved lavere sumskår enn 30 for holdning har alle en verdi 0 for implementering.

For å se om sammenhengen er tilfeldig eller signifikant, ble det utført en Pearson's korrelasjons analyse (Tabell 17). Det ble avdekket en positiv korrelasjon mellom skalaene (Pearson's $r = 0,589$, $p < 0,001$) som indikerer at jo sterkere holdningen er til KBP jo større er sannsynligheten for implementering av KBP. Korrelasjonsmønsteret beskrives i punktdiagram i Figur 7. Etter justering for alle bakgrunnsvariablene holder sammenhengen mellom atferd og holdninger seg uendret ($B = 0,705$, $p < 0,001$).

Tabell 17: Korrelasjonsmatrise mellom implementeringsskalaen og de fire delskalaene av KBP holdningsskalaen.

(n=185)		Atferd/ Implementering
Holdninger relatert til kunnskap	Pearson Correlation	0,380 (p < 0,0001)
Holdninger relatert til ressurser	Pearson Correlation	0,294 (p < 0,0001)
Holdninger relatert til verdien av KBP	Pearson Correlation	0,286 (p < 0,0001)
Holdninger relatert til vanskeligheter og tid	Pearson Correlation	0,245 (p = 0,001)

Som tabellen viser (Tabell 17) er det en statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom atferd/ implementering og alle de fire delskalaene av KBP Holdningsskalaen. Den som har høyest korrelasjon til atferd/ implementering er holdninger relatert til kunnskaper, så kommer holdninger relatert til ressurser, holdninger relatert til verdien av KBP og til slutt holdninger relatert til vanskeligheter og tid.

5.6 Reliabilitet

5.5.1 Cronbach's alpha

Cronbach's alpha er testet for begge spørreskjemaene. Begge skjemaene ligger over 0,80, som betraktes som tilfredsstillende reliabilitet (Tabell 18)

Tabell 18: Reliabiliteten av KBP Holdningsskjema og KBP Implementeringsskjema i denne undersøkelsen, målt ved Cronbach's alpha.

SPØRRESKJEMA	ANTALL SPØRSMÅL	CRONBACH'S ALPHA
KBP Holdningsskjema	16	0,86
KBP Implementeringsskjema	18	0,85

6. DISKUSJON

Denne masteroppgaven har til hensikt å undersøke holdninger og atferd relatert til KBP. Innledningsvis vil de mest sentrale funnene i studien presenteres kort. Videre i dette kapitlet vil metoden for denne studien drøftes før diskusjonen av resultatene fremstilles.

6.1 Oppsummering av sentrale funn i studien

I undersøkelsen deltok 185 sykepleiere (svarprosent 52 %). Resultatene viste at sykepleierne hadde en positiv holdning til KBP, men de rapporterte liten grad av KBP-aktiviteter. Det var en sammenheng mellom holdninger og atferd relatert til KBP, der holdninger relatert til kunnskaper var av størst betydning for implementering. Sykepleierne hadde høy tro på verdien av KBP, men liten tro på egen kunnskap til KBP. Troen på KBP var signifikant høyere i gruppen som hadde lært om KBP i forhold til gruppen som ikke hadde lært om KBP, og i gruppen som arbeidet i kunnskapsbaserte arbeidsgrupper enn de som ikke gjorde det.

6.2 Drøfting av metode

6.1.1 Bruk av design

Styrken ved å gjøre en kvantitativ undersøkelse var at den gav en større oversikt og grep fatt i det som var representativt og gjennomsnittlig for den gruppen av sykepleiere det ble forsket på. Da hensikten med undersøkelsen var å kartlegge, er tverrsnittsundersøkelse det beste designet. En tverrsnittdesign innebærer innsamling av data om mange analyseenheter (Halvorsen, 2008, s. 101), og vil derfor gi muligheter for statistisk å beskrive populasjonen av sykepleiere. Det er både styrker og svakheter ved å gjøre en tverrsnittsundersøkelse.

En styrke ifølge Ringdal (2001) er at forsker har ingen mulighet til å influere svarene, slik at de blir helt nøytrale. Denne formen gir også en stor grad av anonymitet for

respondenten. I en tverrsnittundersøkelse er data hentet fra et tverrsnitt av populasjonen på et bestemt tidspunkt. Den kan gi informasjon om variasjoner og sammenhenger mellom variabler på det aktuelle tidspunkt. Jeg kan dermed ikke trekke konklusjoner som sier noe om utvikling over tid (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2006).

6.1.2 Generaliserbarheten til resultatene

Svakheten med tverrsnittstudier kan være lav responsrate (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2005). Er svarprosenten lav, er det god grunn å være oppmerksom på eventuell skjevhet (Polit og Bech, 2008, s. 359). Svarprosenten i dette studiet var på 52 %, noe som betyr at nesten halvparten av sykepleierne ikke svarte. Dette er noe som truer validiteten til undersøkelsen dersom de som ikkevalgte å delta er forskjellige fra de som deltok. Det var usikkert om de som lot være å svare, var systematisk forskjellig fra de som svarte.

For å undersøke om utvalget var representativt, var det derfor ønskelig å få noen opplysninger om de som ikke valgte å delta i spørreundersøkelsen og om de representerte en skjevhet. Enhetslederne ble derfor spurt i etterkant om de vennligst kunne gi noen opplysninger om alle ansatte som samsvarte med noen av de demografiske variablene. Jeg fikk opplysninger om gjennomsnittsalder og antall videreutdanninger og mastergrader for hver avdeling/ sengepost. Gjennomsnittsalder og utdanningsgrad for de som deltok i studien skilte seg ikke ut fra alle sykepleierne ansatt på sykehuset. Utover dette er det vanskelig å si om det likevel kan være andre skjevheter. Det kan være at de som var mest negative til KBP eller følte at de kunne lite om KBP hadde en høyere sannsynlighet til å la vær å svare enn de som var positive og hadde kjennskap til KBP. Dette kan i så fall ha påvirket resultatene.

Studien er en kartleggingsundersøkelse blant sykepleiere på Radiumhospitalet. Resultatet vil si noe om holdninger og atferd til KBP som sykepleierne har i det gjeldende sykehus på et bestemt tidspunkt. Det er usikkert om det vil være mulig å generalisere resultatene til å gjelde sykepleiere utenfor det aktuelle sykehus, da

tverrsnittsundersøkelsen ved Radiumhospitalet ble gjennomført midtveis i implementeringsprosjektets periode, og ikke ved baseline.

6.1.3 Bruk av spørreskjemaene som instrument

En fordel med å bruke spørsmål fra spørreskjemaer brukt av andre er at vi kan sammenligne våre resultater med andre studier. Skal man gjøre en direkte sammenligning, forutsettes det at spørsmål og svaralternativ formuleres på nøyaktig samme måte som i det opprinnelige skjemaet. Hvis dette ikke følges, er det umulig å sammenligne resultater (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2005, s. 223).

KBP Implementeringsskalaen og KBP Holdningsskalaen gir en høy grad av standardisering, da alle respondentene får de samme spørsmålene med ferdigformulerte svaralternativ. Fordelen er at det var lett for respondenten å fylle ut skjemaet ved bare å markere for aktuelle svar. Dette gjorde også kodingen lettere etterpå. Faste spørsmål og svaralternativer innebar en standardisering der jeg så på ulikheter og variasjoner i hvordan respondentene hadde svart. Ulempen ved prestrukturerte skjemaer er at det ikke gir muligheten til å fange opp informasjon ut over de oppgitte spørsmålene og svaralternativene (Johannessen, Tufte og Kristoffersen, 2005, s.224).

Det kunne muligens vært interessant i denne studien å supplere med åpne spørsmål. Ved åpne spørsmål ville respondentene fått mulighet til å formulere svarene med egne ord, og jeg ville fått tilleggsinformasjon utover de svaralternativene som er oppgitt på forhånd. Malterud (1996) advarer derimot å gjøre dette da det er krevende å formulere spørsmål som virkelig er åpne. Det kan også være vanskelig å uttrykke seg korrekt skriftlig, og det er vanlig å få klisjépregede svar (Malterud, 1996). Jeg valgte derfor å bruke spørreskjemaet slik det var med lukkede spørsmål med svaralternativer.

Spørreskjemaene i denne undersøkelsen gav ikke respondentene mulighet til å svare "vet ikke" som et svaralternativ. Om dette bør være et alternativ i spørreskjemaer er en pågående diskusjon blant eksperter. I norsk metodelitteratur anbefales det at "vet ikke" bør være en mulig svarkategori, i tilfeller der det er sannsynlig at respondenten ikke er

i stand til å svare på det spørres om (Haraldsen, 1999; Ringdal, 2007; Johannesen, Tufte & Kristoffersen, 2005). Å gi respondenten mulighet til å svare "vet ikke", "har ingen mening" eller "ikke aktuelt å svare" gir forskeren informasjon om hvorfor ikke respondenten svarer (Johannesen, Tufte og Kristoffersen, 2005). I KBP Holdningsskalaen og KBP Implementeringsskalaen risikerer jeg at spørsmål forblir ubesvart uten at å vite hvorfor. Samtidig kan det være et for lett alternativ å krysse av "vet ikke" i stedet for å ta en avgjørelse, fordi respondenten slipper da å forholde seg til spørsmålene. Mange avkryssninger på "vet ikke" vanskeliggjør tolkingen av dataene, og jeg avstod derfor å supplere "vet ikke" som et svaralternativ.

6.1.4 Studiens validitet og reliabilitet

Det er en svakhet at jeg ikke har testet spørreskjemaene på min populasjon. Jeg står overfor faren for at respondenten ikke har forstått spørsmålene og at svarene derfor blir feil. Det som på en annen side kan styrke validiteten er at de originale spørreskjemaene er godt testet av Melnyk, Fineout-Overholt & Mays (2008), og at den norske oversettelsen er vitenskapelig gjennomført etter WHO's anbefalinger. "EBP Beliefs Scale" og "EBP Implementation Scale" er brukt i flere andre studier og viser høy intern konsistens og validitet for begge disse instrumentene (Estrada & Verran, 2007; Leufer & Cleary-Holdforth, 2007; Long, Berkett & McGee, 2007; Sredl, 2008; Varnell et al, 2008; Estrada, 2009; Mariano et al, 2009; Melnyk et al, 2009, Melnyk et al, 2010a; Melnyk et al, 2010b).

En generell måte å vurdere reliabiliteten på er test- retest- teknikken (Ringdal, 2007, s.87). Denne metoden går ut på å gjenta undersøkelsen på samme gruppe etter en viss tid. Om man får de samme resultatene kan man si at undersøkelsen har høy reliabilitet. Jeg gjorde ikke en test- retest, da jeg mente det ikke var rimelig å forvente at sykepleierne skulle fylle ut samme skjema med kort tids mellomrom. Tidsrammen i forhold til oppgaven ville heller ikke tillate det.

Måten reliabilitet ble vurdert på, var å måle grad av intern konsistens mellom indikatorene som inngikk i indeksen. Intern konsistens måles med Cronbach's alfa, en statistisk størrelse som varierer fra 0 – 1. En indeks har en tilfredsstillende reliabilitet

hvis alfa har en høy verdi, helst over 0,70. Jo sterkere sammenhenger mellom indikatorene, og jo flere de er, dess bedre blir reliabiliteten målt med Cronbachs alfa (Ringdal, 2007, s 87). Resultatet for begge spørreskjemaene med dette utvalget viste bra reliabilitet.

Ifølge Malterud (2003) er det ikke fruktbart å stille spørsmålet om forskeren påvirker forskningsprosessen, men hvordan man påvirker. Min nærhet til prosjektet er en viktig side av min motivasjon for å ville forske på dette temaet. Som emosjonelt involvert vil jeg kanskje stå i en interessekonflikt, og sånn sett representere en risikofaktor. Derimot innebærer ikke automatisk en personlig involvering et uakseptabelt utgangspunkt. Innen de fleste fag finner vi mange bidragsytere som har en sterk og personlig forankring i de problemområdene forskningen dreier seg om. Det som blir viktig er at jeg makter å ta vare på både entusiasmen og den nødvendige objektiviteten. En del av forskningsprosessen vil være å sette min forforståelse tilside, og være åpen for det empiriske materialet.

6.2 Drøfting av resultatene

6.2.1 Holdninger og atferd relatert til KBP hos sykepleiere ved Radiumhospitalet.

Den gjennomsnittlige sumskåren på KBP Holdningskalaen i denne studien viste en positiv holdning til KBP blant deltakerne. Derimot indikerte gjennomsnittsskåren av KBP Implementeringsskalaen at det ikke var mange aktiviteter som var utført relatert til KBP totalt sett.

Grunnen til de relativt gode holdningene kan være at de fleste av sykepleierne ved Radiumhospitalet nå hadde kjennskap til KBP. Etter at vi startet opp prosjektet har vi hatt en del undervisning der KBP har blitt presentert. Dette ser altså ut til å ha påvirket holdningene til KBP på en positiv måte. Men det å implementere KBP er ikke lett og

viser seg å være utfordrende for sykepleierne i klinisk praksis, da det involverer atferdsendring samt endinger i hele helsevesenet (Kitson et al., 2008).

Vår studie skårer noe lavere på KBP Holdningsskalaen sammenlignet med tidligere studier (Melnik, Fineout-Overholt & Mays, 2008; Varnell et al., 2008; Marino et al., 2009; Melnik et al., 2010a; Melnik et al., 2010b; Wallen, 2010; Sierra, 2011). Dette kan ha sammenheng med at de fleste tidligere studier som har brukt spørreskjemaet "EBP Belief Scale" har studert holdninger og atferd relatert til KBP hos utvalg som er spesielt interessert i KBP. De fleste tidligere studier har forsket på utvalg som har deltatt i et KBP-program av ulik art (Melnik et al., 2008; Varnell et al., 2008; Mariano, 2009; Melnik et al., 2010a; Melnik et al., 2010b; Wallen, 2010 og Sciarra, 2011). Resultatene er derfor ikke direkte sammenlignbare med denne undersøkelsen som har et utvalg blant alle sykepleiere på et sykehus.

Ser man på tidligere studier som har brukt "EBP Implementation Scale" (Melnik, Fineout-Overholt & Mays, 2008; Varnell et al., 2008; Marino et al., 2009; Melnik et al., 2010a; Melnik et al., 2010b; Wallen, 2010) er det stor variasjon i gjennomsnittsskåren. Den studien som oppnådde den laveste verdien var på en førmåling hos et utvalg av kliniske sykepleiere som ikke fikk noen KBP intervensjon (Melnik et al., 2010a). Denne studien oppnådde en gjennomsnittlig sumskår på 5,9, mens utvalget i vår studie oppnådde en skår på 7,8. Utvalget som oppnådde den høyeste gjennomsnittsskåren på KBP Implementeringsskalaen (34,3) er ett utvalg der godt over halvparten av respondentene var sykepleieledere, sykepleieforskere og sykepleiekonsulenter som hadde meldt seg på et mentorprogram i KBP (Wallen, 2010). Det er ikke overraskende at personer med høyere utdanning, som er i ledende stillinger og som melder seg på ulike KBP-program skårer høyest. De vil ha en spesiell interesse i KBP.

De målingene i vår studie kan sammenligne seg best med den førmålingen gjort i studien av Melnik et al. (2010a). Utvalget i denne studien svarte på "EBP Belief Scale" og "EBP Implementation Scale" ved baseline og 6 måneder etter en heldags workshop om KBP / innføring av COPE-programmet (et program som støtter foreldre som har

barn på neonatalavdeling). Vår studie har litt lavere skår på holdninger, men samtidig noe høyere på atferd relatert til KBP sammenlignet med førmålingene i denne studien.

Ser en nærmere på atferd relatert til KBP i vår studie, finner man positive funn tross lav gjennomsnittlig sumskår. Halvparten av sykepleierne hadde diskutert en forskningsartikkel uformelt med en kollega i løpet av de siste åtte ukene. Omtrent en tredjedel hadde lest og kritisk vurdert en forskningsstudie, formidlet kunnskap fra en forskningsstudie til en pasient/ pårørende eller fortalt om en klinisk retningslinje til en kollega. Med tanke på at man ved oppstarten av prosjektet ved Radiumhospitalet opplevde at KBP var et helt ukjent begrep for de aller fleste, reflekterer dette en positiv utvikling. For mange sykepleiere, er bruken av KBP en stor endring i praksis. Mange har stolt på tradisjon, erfaring og råd fra kolleger i utøvelsen av sykepleietiltak (Estabrook, 2003; Upton & Upton, 2006).

6.3.2 Sammenheng mellom holdninger/ atferd og bakgrunnsvariabler

Alder, ansiennitet og stilling

I denne studien var det ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittsskåren mellom verken aldersgruppene eller ansiennitetsgruppene og holdninger til KBP. Det samme gjelder for disse gruppene i forhold til atferd relatert til KBP. Dette er noe overraskende da en skulle tro at alder og ansiennitet påvirket både holdning og atferd til KBP. I andre tidligere studier rapporteres ulike funn i forhold til alder. I Melnyk, Fineout-Overholt og Mays (2008) sin studie stiger gjennomsnittsskåren på holdninger signifikant med alderen, mens gjennomsnittsskåren på implementering ikke hadde noen signifikant variasjon mellom aldersgruppene. Varnell et al. (2008) finner ingen signifikante utfall på verken alder eller ansiennitet. En mulig årsak at vi i vårt utvalg ikke finner signifikante forskjeller når det gjelder alder og ansiennitet kan være at implementeringsprosjektet har vært likt for alle.

Når det gjelder de forskjellige stillingsgruppene fant studien til Melnyk, Fineout-Overholt & Mays (2008), at lederne skåret høyest både på EBP holdninger og EBP implementering. Dette finner vi også i vår studie, der sykepleier skårer lavest,

spesialsykepleiere litt bedre og lederne best på EBP Belief Scale, men vi finner ikke denne forskjellen på EBP Implementation Scale. Dette funnet var ikke overraskende, da satsningen på KBP ved Radiumhospitalet er ledelsesforankret og fra prosjektets start har det vært fokus på å involvere lederne fra de ulike enhetene. Vi hadde flere møter med mellomlederne, deriblant avdelingssykepleierne fra starten av prosjektet ved Radiumhospitalet.

Utdanning

For å undersøke om utdanning hadde betydning, ble utvalget delt opp i de som kun hadde grunnutdanning i sykepleie og de som hadde høyere formell videreutdanning på høyskole- og universitetsnivå.

Gjennomsnittlig hadde de med høyere formell videreutdanning noe høyere gjennomsnittlig totalskår på holdninger enn de med grunnutdanning i sykepleie. *T-test* viste signifikante forskjeller på gjennomsnittene. I multippel lineær regresjonsanalyse, ble utdanningsgruppene redusert for andre faktorer, og ikke lengre signifikant ($p=0,06$). Det er omtrent ingen forskjell mellom disse gruppene når det gjelder implementering.

At holdninger til KBP øker med økt nivå av utdanning sees i studiene til Melnyk, Fineout-Overholt og May (2008) og Varnell et al. (2008). De finner det samme når det gjelder implementering. Utvalgene i disse studiene skiller seg ut fra utvalget i vår studie, da respondentene i begge disse studiene hadde meldt seg på et underservisningsprogram i KBP.

Å inneha høyere formell utdanning, samt gunstige holdninger til endring og vitenskap, er assosiert med økt adopsjon av en innovasjon (Rogers, 1995). Det samme bekreftes av Jette et al. (2003) og McClea & Brown (2003) i deres studier. De fant at høyere nivåer av utdanning var assosiert med både positive holdninger til KBP og høyere nivåer av implementering av KBP. Utdanning er positivt assosiert med tilslutningen av kunnskapsbaserte behandlingstilbud, adopsjon av innovasjoner, og holdninger mot adopsjon av KBP (Aaron, 2005).

Tidligere kunnskap til KBP

Respondenter som oppgav at de hadde kunnskap om KBP gjennom jobb, videreutdanning i KBP, grunnutdanning, spesialutdanninger, kurs, møter og foredrag ble sammenlignet med de som ikke hadde kunnskaper om KBP. De som hadde kunnskaper om KBP skårer noe høyere enn de som oppgir å ikke ha kunnskaper om KBP når det gjelder holdninger. T-testen viste at forskjellen i gjennomsnittet var statistisk signifikant. Den var fortsatt statistisk signifikant etter at regresjonsanalysen var gjort. Det er ingen statistisk signifikant differanse i gjennomsnittsskåren mellom gruppene når det gjelder implementering.

I forhold til at kunnskap til KBP øker holdningene til KBP støttes av Melnyk, Fineout-Overholt og Mays (2008) og Varnell et al. (2008). De finner dessuten også signifikante forskjeller på de som har lært om KBP og de som ikke har lært om KBP i forhold til implementering av KBP.

For å kunne implementere KBP i en organisasjon må man utdanne personalet og øke deres ferdigheter/ kompetanse innenfor feltet. Ferdigheter i å stille fokuserte spørsmål, søke etter forskning, kritisk vurdere forskning, analysere og implementere forskning er av betydning for å kunne jobbe kunnskapsbasert (Nagy et al., 2001; Egerond & Hansen, 2005; Stetler, et al., 2009; French, 2005).

Nå er det forskjell i hva det vil si å ha lært om KBP. De respondentene som hadde lært om KBP gjennom formell utdanning skårer høyere enn de som har gått på diverse kurs. De som har tatt videreutdanning i KBP skårer høyest av de som har lært om KBP gjennom studier. Det overraskende er at de som har lært om det på møter og foredrag skårer aller høyest på implementering. Dette kan ha sammenheng med at mange av de som har hørt om KBP på møter er ledere som har vært viktige å involvere. Samtidig er det ikke gjort noen variansanalyse her på grunn av mulighet for overlappende avkryssing. Dermed er det vanskelig å si om det er noen signifikante forskjeller mellom disse gruppene.

Deltagelse i KBP arbeidsgrupper

De som deltar i KBP arbeidsgrupper rapporterer at de utarbeider fagprosedyrer og skriver artikler. Det er flere som rapporterer at de deltar i KBP arbeidsgrupper enn de

arbeidsgruppene som ble dannet i regi av prosjektet på Radiumhospitalet. Det betyr ikke at de utenom prosjektet ikke arbeider kunnskapsbasert. Men det kan være at man tror man arbeider kunnskapsbasert uten helt å vite hva som ligger i det. De arbeidsgruppene som var dannet av regi av prosjektet hadde alle videreutdanning i kunnskapsbasert praksis, eksperter innen temaet de arbeidet med ble tilknyttet gruppen og hadde mentor som gav veiledning underveis. Disse arbeidsgruppene startet sitt arbeid i januar 2010. Da undersøkelsen pågikk i november 2010 var de ferdige med litteratursøk og kritisk vurdering av forskningsfunn. De jobbet med å ferdigstille prosedyrene og artiklene. Siden implementeringsskalaen etterspør aktiviteter som var utført i løpet av de siste 8 ukene, fikk disse arbeidsgruppene registrert lite av det arbeidet de hadde gjort tidligere. Det er mulig at den gjennomsnittlige implementeringsscoren hadde vært høyere og signifikant forskjellig hos denne gruppen hvis spørreundersøkelsen hadde vært utført tidligere.

I utvalget skåret de som oppgav at de deltok i KBP arbeidsgrupper høyere på holdninger og på implementering enn de som ikke deltok i slikt arbeid. Forskjellen i gjennomsnittene på holdninger er statistisk signifikant etter at regresjonsanalysen er gjort. Forskjellen i gjennomsnitt på implementering er også statistisk signifikant ved t-testen. I multippel lineær regresjonsanalyse, ble deltagelse i KBP redusert for andre faktorer, og ikke lengre signifikant ($p = 0,076$). Derimot er det ikke mange av sykepleierne som er organisert i slikt arbeid og gruppen er dermed liten. Hadde vi hatt en større gruppe av sykepleiere som arbeidet i KBP arbeidsgrupper kan det godt være mulig at forskjellene var signifikant større.

6.3.3 Sammenheng mellom holdninger og atferd knyttet til KBP

Da begge skalaer ble undersøkt nærmere, ble det påvist en positiv korrelasjon mellom de to skalaene ($r = 0,589$; $p < 0,001$). Etter justering for alle bakgrunnsvariablene holdt sammenhengen mellom atferd og holdninger seg uendret. Dette illustrerer at jo høyere holdninger en har til KBP, jo mer sannsynlig er det at man vil implementere KBP. Dette funnet er i samsvar med annen forskning (Melnyk, Fineout – Overholt & Mays, 2008; Estrada, 2009; Mariano, 2009; Melnyk et al., 2010 b).

Bruk av de fire delskalaene identifisert av Estrada (2007) gav en mer fokusert tilnærming i vurderingen av holdningene til KBP. Analysen av hver delskala av KBP - Holdningsskalaen viste at utvalget i høy grad tror på verdien av KBP. De har derimot ikke stor tro på sine egne kunnskaper i forhold til KBP. Oppfatningene av ressurser knyttet til KBP skåret også lavt, mens de fleste av svarene klynget seg rundt ”verken enig eller uenig” på spørsmål om KBP er vanskelig og tar tid.

Videre så en på korrelasjonen mellom atferd/ implementering og de ulike delskalaene av KBP Holdningsskalaen. Korrelasjonen viste seg å være statistisk signifikant positiv mellom atferd/ implementering og alle de fire delskalaene av KBP Holdningsskalaen. Holdninger relatert til kunnskap viser høyest korrelasjon til atferd/ implementering, deretter kommer holdninger relatert til ressurser, holdninger relatert til verdien av KBP og til slutt holdninger relatert til vanskeligheter og tid. Intervensjoner som kunnskap om KBP, anskaffelse av ressurser og frigjøring av tid ser dermed ut til å være sentral.

Kunnskap

I vår studie har utvalget liten tro på egen kunnskap til KBP, samtidig er det troen på egne kunnskaper som korrelerer sterkest med implementering. Når det gjelder kunnskap i KBP har vi i prosjektet ved Radiumhospitalet satset på å utdanne en gruppe som skal være ressurspersoner innen KBP. Vi har altså en gruppe ”eksperter”. Hva så med de andre sykepleierne i klinikken? Hva trenger de? Skal det være en differensiering på kunnskap og kompetanse om KBP i klinikken?

En nødvendig diskusjon er om alle sykepleiere i en institusjon trenger inngående kunnskap om KBP. Det vil i tilfelle kreve et stort økonomisk løft. Flere mener at ikke alle ansatte må trenes opp til et ekspertnivå der han kan finne, vurdere, implementere samt generere forskning (Guyatt et al., 2000; Straus, Green & Bell, 2004). Da foreslås det heller at hver avdeling skal ha noen KBP eksperter til å engasjere de ansatte og opprettholde KBP tilnærmingen (Meyers et al., 2006; Novak, Doodley & Clark, 2008).

The United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifeery and Health Visiting (UKCC) har i mange år utviklet forskningskunnskaper og ferdigheter til sykepleiere ut fra en bestemt modell. Denne modellen har hver enkelt sykepleier som en kompetent

bruker av KBP. I artikkelen viser de at modellen har vært ineffektiv og argumenterer med at den tekniske kompleksiteten i forskning, og de ferdigheter og tid som kreves for å finne og integrere funn i forskning, gjør en slik modell uopnåelig (White & Taylor, 2002).

Donna Ciliska fra McMaster University, School of Nursing, drøfter også i sin artikkel (2006) hvem som trenger å ha kunnskap og kompetanse om KBP i klinisk praksis. Hun foreslår at rollen bør vurderes til en definert gruppe sykepleiere med utdanning innen KBP. Samtidig påpeker hun at alle sykepleiere i organisasjonen skal minst ha en forståelse av formålet og prosessen med kunnskapsbasert praksis, kunne stille relevante kliniske spørsmål, og vite hvem det er i deres miljø som kan bistå dem i å finne svar på spørsmål. Hvordan man rent praktisk skal organisere dette arbeidet sies det ikke noe om i denne artikkelen. Likevel gir den støtte på at det er riktig å fortsette som prosjektgruppen ved Radiumhospitalet har planlagt; å bruke ressurspersonene aktivt i arbeidet. Det er de som synes å ha ferdigheter og ressurser for å få tilgang til forskningslitteratur, kritisk vurderende relevant litteratur, og reprodusere funnene på en måte som kliniske sykepleiere kan forstå. Samtidig er det riktig å gjøre KBP kjent for hele personalgruppen, å gjøre personalet bevisst på refleksjon over praksis, over hvilket kunnskapsgrunnlag våre tiltak bygger på, samt lære de å stille spørsmål. Det er klinikeren som kjenner praksisfelt best, og som arbeider i direkte pasientkontakt. Kunnskapsbasert praksis tar utgangspunkt i den kliniske virksomheten, fordi det er de aktuelle erfaringer eller opplevelser helsepersonell har i forbindelse med utøvelsen av yrke, som danner grunnlaget for refleksjon, spørsmålsformulering og søkingen etter relevant forskningslitteratur (Ericson-Owens & Kennedy, 2001; Estabrooks, 1998).

De ansatte må også ha lett tilgang til kunnskapsbaserte prosedyrer, retningslinjer og protokoller som utvikles (Stras & Haynes, 2009). De må vite om dem og bruke dem i praksis. Retningslinjer, prosedyrer, pasientinformasjon og anbefalinger av høy kvalitet som inkluderer forskningsresultater er ikke noe som kommer til oss. Vi må være med å lage de selv. Det er den kliniske sykepleieren som identifiserer et problem eller et dilemma ved en bestemt prosedyre eller sykepleiehandling, som de ønsker å undersøke med henblikk på å oppnå kunnskap, nye løsninger eller få bekreftet kvaliteten av det man allerede gjør eller vet. Det er da viktig at det prioriteres å frigjøre ressurspersoner

innen KBP, som sammen med eksperter og klinikere utarbeider kunnskapsbaserte retningslinjer og prosedyrer som så brukes av de ansatte slik at de kan ta velinformerte avgjørelser i den enkelte pasientsituasjon. Dette kan gi de ansatte mulighet til å praktisere en kunnskapsbasert praksis, uten å ha inngående kompetanse i hele prosessen i kunnskapsbasert praktisk. Dette kan være en god strategi på kort sikt for å fremme kunnskapsbasert praksis. På lengre sikt er det likevel viktig at et økende antall kliniske sykepleier innehar denne kompetansen, slik at det kan foregå en kontinuerlig fagutvikling.

Hvis man satser på at noen definerte skal bli ”eksperter” innen KBP, og resten av personalet skal være kjent med KBP, vil ikke gjennomsnittskåren på KBP-Implementeringsskalaen kunne bli høy ved å måle hele personalgruppen. For å skåre høyt må alle ha en meget høy grad utføre aktiviteter relatert til KBP som krever stor grad i kunnskap. Det kan derfor være en grunn til at ”EBP Implementationscale” tidligere er mest brukt blant utvalg som har interesse for KBP eller der KBP-intervensjoner skal måles.

Ressurser

Oppfatningene av ressurser knyttet til KBP skåret også lavt i denne studien. Sykepleirne er usikker på at de har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP. Samtidig påpekes det i andre studier (Gale & Schaffer, 2009; Nagy et al., 2001; Wallin et al., 2003) at når man planlegger å innføre en praksis som er kunnskapsbasert, må en sørge for tilgang til å søke litteratur og få adgang til systematiske oversikter og artikler i fulltekst. Disse gir tilgang til forskningsresultater og hjelper oss til å svare på spørsmål knyttet til i praksis. Med den økende tilgangen til internett på arbeidsplassene og den nasjonale satsningen på fri tilgang til Helsebiblioteket gir dette veldig gode muligheter for helsepersonell i Norge.

Både i opplæringsfasen og i gjennomføringsfasen er bibliotekarer en viktig ressurs for å kunne søke etter relevante studier (Wallin et al., 2003). Studier viser også at en trenger økonomiske ressurser for anskaffelse av utstyr, utvikle web-baserte

internettressurser, opprette mentorstillinger innen KBP og utvikle ressurspersoner i KPB (Wallin et al., 2003; Novak, Doodley & Clark, 2008).

KBP mentorer er viktig for å gjennomføre en kultur for KBP (Melnik, 2007; Fineout-Overholt, Melnik & Schultzt, 2005), og personale som har KBP mentorer har en høyere grad av KBP implementering (Levin et al., 2007).

Tid

De fleste i vår studie er ”verken enig eller uenig” på spørsmål om KBP er vanskelig og tar tid. Dette kan skyldes at det ikke er mange av sykepleierne som har gjort definerte KBP aktiviteter og at de derfor ikke har noen reell oppfatning om dette er vanskelig eller tidkrevende. Men i andre studier rapporterer sykepleiere konsekvent mangel på tid som en betydelig barriere og er den oftest siterte barrierer for bruk av forskning (Hutchinson & Johnston, 2006).

Sykepleie er en disiplin som sørger for pleie, omsorg, administrering av medikamentell behandling, undervisning, informasjon og overvåkning 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Arbeidssituasjonen til sykepleierne preges av travelhet, og i tillegg eksisterer det en asymmetri mellom et omfattende ansvar og den myndighet og de ressurser sykepleierne har til rådighet i sitt arbeid med pasienter (Olsvold, 2003, s.10). Omstillinger på sykehusene med krav om mer effektivt drevne avdelinger og spesialisering av sykepleierfunksjoner, gjør at sykepleierne opplever et større ”press” i forhold til å kunne utøve og organisere pleien etter sine faglige moralske standarder og verdier. Det påpekes at sykehusets markedsøkonomiske verdier og effektivitetsprinsipper er vanskelig å forholde seg til i helsetjenester hvor pleie og omsorg er sentrale komponenter (Lian, 2003, s. 202).

I studier av Kajermo et al. (1998), Parahoo (2000) og Wallin et al. (2003) fremkom det at sykepleiere anså at tid som var avsatt til KBP bidrog til høyere grad av implementering av forskning. Tid avsatt til informasjonssøking, diskusjoner og for å implementere forskningsresultater ble beskrevet av sykepleierne som betydningsfulle (Kajermo et al., 1998; Glacken & Chaney, 2004).

Det daglige ansvaret for mange pasienter per sykepleier og avansert pleie kan være vanskelig å forene med utførelsen av KBP, selv om dette i seg selv forsterker behovet for å tilstrebe en praksis som er basert på den beste tilgjengelige og oppdaterte kunnskapen.

Mangel på organisatoriske slakk kan bidra til å øke sykepleiernes oppfatning av at de er for opptatt til å bruke forskning. Organisatoriske slakk fungerer som en buffer i arbeidsflytprosessen (Bourgeois, 1981). Økt produktivitet og innovasjonadopsjon er antatt å skje innen organisasjoner som har høyere nivåer av organisatorisk slakk (Rogers, 1995; Estabrooks, 2003), slik at lite eller ingen slakk i en organisasjon kan hemme det å arbeide kunnskapsbasert.

Samtidig rapporterte Estabrook et al. (2004) at sykepleieenheter som skåret høyest på bruk av forskning også hadde den største arbeidsmengden. Estabrooks et al. sine funn tyder på at administrativ støtte til KBP er kanskje viktigere enn arbeidsbelastningen beslag på tiden.

Thompson et al. (2006) argumenterer for at når sykepleierne rapporterer "mangel på tid" som en barriere for å arbeide forskningsbasert, henviser de mer til den mentale tiden som kreves for å bruke forskning og den travelhetskulturen sykepleiere innehar, mer enn til den fysiske tiden sykepleiere er pålagt til å utføre sine oppgaver. Hvis sykepleie er forpliktet til å fremme kunnskapsbasert praksis, så vi må jobbe mot å endre arbeidsmiljøer der det er mindre vekt på å opprettholde "travelheten" og hvor tiden for å implementere forskning i praksis er en anerkjent og verdsatt komponent i sykepleiepraksis.

7. Konklusjon

Funn fra denne studien indikerer at den enkeltes holdning til KBP er relatert til i hvilken grad de utfører KBP. Dette funnet er viktig siden kognitive holdninger er

mottagelig til å endres ved intervensjoner. I tidligere studier er det støtte for at holdninger og implementering av KBP kan styrkes gjennom utdanning og kompetanseoppbygging, tilgjengelige ressurser, frigjøring av tid, samt bruk av KBP veiledere som arbeider med og støtter sykepleiere i implementeringen av KBP.

Videre når en så på sammenhengen mellom KBP- Implementeringsskalaen og hver av delskalaene av KBP- Holdningsskalaen, så en at holdninger relatert til kunnskaper er av størst betydning for implementering. Samtidig så en at utvalget selv hadde liten tro på egen kunnskap til KBP.

Av de signifikante funnene vi fikk i denne studien var at troen på KBP var noe høyere i gruppen som hadde lært om KBP i forhold til gruppen som ikke hadde lært om KBP. Dette, og det å arbeide i kunnskapsbaserte arbeidsgrupper ser ut til å ha betydning, da også forskjellen her var signifikant. Å trene definerte personer i KBP og organisere arbeidet i arbeidsgrupper med veileder vil derfor være gunstig.

Denne studien viser som flere andre studier at å implementere KBP ikke er lett og viser seg å være utfordrende for sykepleiere i klinisk virksomhet. Mye arbeid gjenstår for å gjøre KBP til en del av daglig praksis ved Radiumhospitalet. Samtidig gir den samlede holdning til KBP som finnes i vår undersøkelse en utmerket mulighet til å forbedre tilsynelatende mangelfulle KBP kunnskaper, ferdigheter og fasiliteter.

7.1 Ubevarte spørsmål og fremtidig forskning

Fra helsepolitiske visjoner og målsettinger er det nå et krav om at helsepersonell skal utdannes i KBP og arbeide kunnskapsbasert. Men de sies ingenting om hvordan vi skal greie å gjennomføre det. Flere sentrale spørsmål har blitt tydeligere i arbeidet med denne studien. Jeg foreslår ytterligere forskning om forutsetningene for å implementere KBP i en hel organisasjon, men ut fra ett kvalitativt perspektiv for å kunne få sykepleieres og ledes subjektive opplevelse.

REFERANSELISTE

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, s. 61–74.

Aarons, G.A. (2005) Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: Organizational context and individual differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, s. 255–271.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Befring E.(2010) Kvantitativ metode [Internett], De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra: <http://etikkom.no/no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/> [Nedlastet 21.mai 2010].

Bourgeois, L. J. (1981) On the measurement of organizational slack. *Academy of Management Review*, 6, s. 29–39.

Ciliska, D. (2006) Evidence-based nursing: how far have we come? What's next? *Evidence based nursing*, 9, s. 38-40.

Cochrane, A. L.(1972) *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London, Nuffield Provincial Hospital Trust.

Coomarasamy, A. & Khan, K. S. (2004) Learning in practice What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*. [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC524555/pdf/bmj32901017.pdf> [Nedlastet 13.april 2009].

de Vaus, D. (2004) *Surveys in social research*. London and New York, Routledge.

DiCenso, A., Cullum, N. & Ciliska, D. (1998) Implementing evidencebased nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1,s. 38–40.

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005) *Evidence- based Nursing. A guide to clinical Practice*. St. Louis, Elsevier Mosby.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(5), s. 100 – 113.

Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1993) *The psychology of attitudes*. Texas: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

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*. [Internett], Tilgjengelig fra:

http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/MR000008/pdf_fs.html

[Nedlastet 13.april 2009].

Egerod, I. & Hansen, G. M. (2005) Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (5), s. 465-73.

Englund, A. (1998) *Trafiksikkerhet: en kunnskapsöversikt*. Lund, Studentlitteratur.

Ericson-Owens, D. A. & Kennedy, H. P. (2001) Fostering evidence-based care in clinical teaching. *Journal of Midwifery and Women's health*, 46 (3), s. 137 – 145.

Estabrooks, C. A. (1998) Will evidence-based practice make nursing practice perfect? *Canadian Journal Nursing Research*, 30 (1), s. 15- 36.

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

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

[Nedlastet 8. januar 2010].

Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O' Leary, K. A. & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), s. 506–520.

Estrada, N. A. (2007) *Learning organisations and evidence-based practice bt RNs*, The Degree of Doctor of Philosophy, The faculty of the Collage of Nursing, The University of Arizona, Arizona.

Estrada, N. A. & Verran, J. (2007) Nursing practice environments: strengthening the future of health systems: learning organizations and evidence-based practice by RNs. *Communicating Nursing Research*, 40, s.187 – 191.

Estrada, N. (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. 200–209.

European Commission (2004) *Health & Consumer Protection Directorate: General High level group of health services and medical care*. [Internett], Tilgjengelig fra: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/highlevel_2004_007_en.pdf [Nedlastet 6.februar 2011].

Evidence-Based Medicine Working Group (1992) Evidence medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *The Journal of the American medical Association*, 268, s. 2420-2425.

Fink, R., Thompson, C. J. & Bonnes, D. (2005) Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*, 35, s. 121– 129.

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J. & Eccles, M. (2007) Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Collaboration*. [Internett], Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary/Wiley.com/o/cochrane/clsysrev/CD000125/frame.html> [Nedlastet 4.mai 2009].

Fossheim, H. J. (2009) "Informert samtykke". [Internett], Forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra: <http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/> [Nedlastet 21.mai 2010].

Foxcroft, D. & Cole, N. (2000) Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], Tilgjengelig fra: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD002212/pdf_fs.html [Nedlastet 17.11.2009].

French, B. (2005) Contextual factors influencing research use in nursing. *Wordviews on Evidence-Based Nursing*, 2 (4), s. 172-183.

Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A. & Tornquist, E. M. (1991) BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Nursing Research*, 4, s. 39-45.

Gale, B. V. & Schaffer, M. A. (2009) Organizational readiness for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration*, 39 (2), s. 91-97.

Glacken, M. & Chaney, D. (2004) Perceived barriers and facilitators to implement research findings in the Irish practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13, s. 731 – 740.

Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (2009) *Improving Patient Care. The implementation of change in clinical practice*. 2. utg. Philadelphia, Elsevier.

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, s. 954- 955.

Halvorsen, K. (2003) *Å forske på samfunnet*. Oslo, J. W. Cappelens forlag.

Haraldsen, G. (1999) *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Hellevik, O. (2009) "*Spørreundersøkelser*" [Internett], Forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra: <http://etikkom.no/no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/> [Nedlastet 21.mai 2010].

Helse- og Omsorgsdepartementet (2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*. St. Meld. 16 (2010–2011). Oslo, Helse- og sosialdepartementet [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STK201020110016000DDDPDFS.pdf>. [Nedlastet 22.april, 2010].

Helse SørØst (2009) *Plan for strategisk utvikling, 2009 – 2020*. Hamar.

Hutchinson, A. M. & Johnston, L. (2006) Beyond the BARRIERS Scale - Commonly Reported Barriers to Research Use. *The Journal of Nursing Administration*, 36(4), s. 189- 199.

Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2008) Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis! [Internett], *Fagbladet Ergoterapeuten*, Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeuten.no/Fagbladet-Ergoterapeuten/Artikler/Fagartikler/Kunnskapsbasert-ergoterapi-et-bidrag-til-bedre-praksis> [Nedlastet 22.mars 2011].

Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Richard, D., Hemingway, R. H., Hill, J. C., Ogilvie, O. & Volk, D. (2003) Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Physical Therapists. *Physical Therapy*, 83 (9), s. 786 – 805.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2005) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.3.utg. Oslo, Abstrakt forlag as.

Kajermo, K., Unden, M., Gardulf, A., Eriksson, L. E., Orton, M. L., Arnetz, B. B. & Nordstrom, G. (2008) Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16, (3), s. 302 – 314.

Kidson, A. L., Rycroft- Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. & Titchen, A. (2008) Evaluating the successful implementation of evidence into practice using

the PARiHS framework: teoretisk og praktiske utfordringer. *Implementation Science*, [Internett], Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2235887/pdf/1748-5908-3-1.pdf>

[Nedlastet 18.mars 2011].

Kunnskapssenteret (2008a). *Kunnskapsbasert praksis*. [Internett], Tilgjengelig fra

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6> [Nedlastet

14.desember 2010].

Kunnskapssenteret (2008b). *Trinnene i KBP*. [Internett], Tilgjengelig fra

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=67> [Nedlastet

14.desember 2010].

Levin, R., Vetter, M. J., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Barnes, M.(2007) Advancing research and clinical practice through close collaboration (ARCC): a pilot test of an intervention to improve evidence-based care and patient outcomes in a community health setting. Paper presented at: the 8th Annual National/International Evidence-Based Practice Conference, Translating Research into Best Practice with Vulnerable Populations; February 23, 2007; Phoenix, AZ.

Lian, O. S.(2003) *Når helse blir vare*. Kristiansand S, Høyskoleforlaget AS.

Leufer, T. & Cleary-Holdforth, J.(2007) Advancing Evidence-Based Practice through Nurse Education. *CARE, A scholarly journal for nursing, midwifery and allied and community health*, 1, s. 3-14

Løvås, G. G. (2004) *Statistikk for universiteter og høyskoler*. 2.utg. Oslo.

Universitetsforlaget AS.

Mariano, K. D., Caley, L. M., Escherberger, L., Woloszyn, A., Volker, P., Leonard, M. L. & Tung, Y. (2009) Building evidence- based practice with staff nurses through mentoring. *Journal of Neonatal Nursing*, 15, s. 81 – 87.

Malterud, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo, Tano Aschehoug.

- McClellan, L. & Brown, T. G. (2003) Association between nurses' education about research and their research use *Nurses Education Today*, 23 (8), s. 556 -565.
- Meijers, J. M. M., Janssen M. A. P., Cummings G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A. (2006) Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (5), s. 622 – 635.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Feinstein N. F., 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. & 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 – 216.
- Melnyk, B. M., Bullock, T., McGrath, J., Jacobson, 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. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24 (1), s. 74- 80.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M. & RonCruz, 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.
- Mordal L. M. (1989) *Som man spør, får man svar*. Arbeid med survey-opplegg. Oslo: Tano.
- Mulhall, A. (1998) Nursing, research, and the evidence. *Evidence Based Nursing*, 1, s. 4 – 6.

- Nagy, S., Lumby, J., McKinley, S., & Macfarlane, C. (2001) Nurses' beliefs about the conditions that hinder or support evidence-based nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 7 (5), s. 314–321.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- Novak, D., Doodley, S. & Clark, R. (2008) Best practices: understanding nurses perspectives. *Journal of Nursing Administration*, 38 (10), s. 448-453.
- Olsen, H. (2005). *Fra spørsmål til svar: Konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskemadata*. København, Akademisk Forlag, Pearson.
- Parahoo, K. (2000) Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31, s. 89–98.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing Research – generating and assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Retsas A. (2000) Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31, s.599–606.
- Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2.utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Rogers, E. M. (1995) *Diffusion of Innovations*. New York, Free Press.
- Rycroft-Malone, J., Bucknall, T., Melnyk, B. M. (2004) Editorial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(1), s. 1-2.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M. J. A., Haynes, B. R. & Richardson, S. W. (1996) Editorial: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*. [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.dscience.net/sackett-BMJ-1996.pdf> [Nedlastet 6.februar 2011].

Sackett, D. L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (1997) *Evidence Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B (2000) *Evidence based medicine*. London, Churchill Livingstone.

Sciarra, E. (2011) Does journal club membership empower practice? *Nursing Management* : 42 (1), s. 17–18. [Internett], Tilgjengelig fra: <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.3.1a/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00006247-201101000-00005&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed> [Nedlastet 17.februar 2011].

Scott, K. & McSherry, R. (2008) Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18, s. 1085–1095, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x/pdf> [Nedlastet 10.januar 2011].

Shaneyfelt, T.(2009) Evaluation of: [Melnik BM et al. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evidence Based Nursing*. 2008; 5(4):208-16]. [Internett], Faculty of 1000, 03 Sep 2009. Tilgjengelig fra: <http://f1000.com/1164563> [Nedlastet 25.november 2010].

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. *The Journal of the American medical Association*, 296 (9), s. 1116-1127.

Sosial – og Helsedirektoratet (2005) ...*OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten(2005-2015) til deg som leder og utøver. Veileder*. [Internett], Oslo, Sosial – og Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390apdf [Nedlastet 1. november, 2008].

SPSS Norway (2008) *Missing Values*. [Internett], Tilgjengelig fra:

<http://www.spss.no/modmissingvalues.html> [Nedlastet 1. november, 2010].

Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., Schultz, A. A. & Charns, M.P. (2009) Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 4, s. 1-19. [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-4-78.pdf> [Nedlastet 15. april, 2010].

Straus, S. & Haynes, B. (2009) Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. *Canadian Medical Association Journal*, 180 (9), s. 942 – 945, [Internett], Tilgjengelig fra: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/180/9/942> [Nedlastet 17.november 2010].

Streiner, D. L. & Norman, S. G. (2003) *Health Measurement Scales: A Practical Guide To Their development and Use*. 3.utg. Oxford, USA, Oxford Univeristy Press (Oxford medical Publications).

Straus, S.& Haynes, R. B. (2009) Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. *Canadian Medical Association Journal*, 180(9), s. 942-945.

Thompson, D. S., O’Leary, K., Jensen, E., Scott- Findley, 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.

Upton, D. & Upton, D. (2006) Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. *Journal of Allied health*, 35(3), s.127 – 133.

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 Nuring*,.5(4), s.172-181.

Wallen, G. R., Mitchell, S. A., Melnyk, B., 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.

Wallin, L. A., Bostrøm, M., Wikblad, K. & Ewald, U.(2003) Sustaining ability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), s. 509-518.

Wensing, M., Bosch, M., Foy, R., van der Weiden, T., Eccles, M. & Grol, R. (2005) *Factors in theories on behaviours change to guide implementation and quality improvement in healthcare*. Centre for Quality of Care Research (WOK) Nijmegen, The Netherlands.

Willman, A., Stoltz, P. & Bathsevani, C. (2007) *Evidensbaseret sygepleje – en bro mellom forskning og klinisk virksomhet*. 2. utgave, 1. opplag. København, Gads forlag.

White, R. & S. Taylor S. (2002). Nursing practice should be informed by the best available evidence, but should all first-level nurses be competent at research appraisal and utilization? *Nurse education Today*, 22(3), s. 220-224.

World Health Organisation (2008) *Process of translation and adaptation of instruments* [Internett], Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ [Nedlastet 12.mai 2010].

World Health Organisation (2011) *European Observatory on Health Systems and Policies* [Internett], Health Evidence Network. Tiggjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/sources-of-evidence/organizations/european-observatory-on-health-systems-and-policies> [Nedlastet 6.februar 2011].

Aarö, E., & Rise, J. (1996) *Den menneskelige faktor: kan ulykker forebygges gjennom holdningspåvirkning?* Oslo: Skadeforebyggende forum/Esso Norge.

VEDLEGG

Vedlegg I: Studier som ser på faktorer som fremmer implementering av KBP

Forfatter (Publ.år)/ Land	Studiedesign og metode	Studiestørrelse	Resultater
Doumit G. et al (2009)	Systematisk oversiktsartikkel RCT- studier	12 studier inkludert	Opinionsledere kan være effektive for implementeringsprosessen. Opinionsledere som ble identifisert av personalet hadde større påvirkning enn opinionsledere som var forutbestemt. Mer kunnskap om innflytelsen til opinionsledere etterspørres.
Foxcroft D. & Cole N. (2009)	Systematisk oversiktsartikkel Retrospektive case studier (alle 7 inkluderte studier)	I utgangspunktet var det ingen studier som møtte inklusjonskriteriene. Etter at inklusjonskriteriene ble endret ble 7 studier inkludert	Infrastrukturer har betydning, men det er vanskelig å si hva som er den beste intervensjonen for å implementer KBP. Det er nødvendig med mer forskning der man prøver ut ulike implementeringsstrategier.
Meijers J.M.M. et al (2006)	Systematisk oversiktsartikkel Tverrsnittsdesign Spørreskjema	9 studier inkludert	Seks kontekstuelle faktorer ble utpekt til å ha statistisk signifikant: utdanning, støtte, tid, tilgang, miljø og rolle
Egerod I. & Hansen G. M. (2005)/Danmark	Kvantitativ/ Tverrsnittsdesign. Spørreskjema	Spørreskjema ble sendt til 33 avdelingssykepleiere og 51 kliniske sykepleiere., fordelt på 28 avdelinger på danske sykehus. 81% svar	Kliniske sykepleiere som blir kontinuerlig utdannet får økt status. KBP basert på bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer forbedrer den faglige kvalitet og gjør at sykepleiere arbeider forskningsbasert
French B. (2005)/England	Kvalitativ Observasjonsstudie	3 grupper satt sammen fra ulike organisasjoner. Antall deltakere varierte fra 11 – 25 i hver gruppe. De hadde 3 møter over 4 mnd.	Det er viktig: - å ha kompetanse i å anvende forskning i praksis. - å få frem verdiene, preferansene og arbeidsmetodene til interessentene - å identifisere organisatorisk struktur og ledelse - å utdanne de som skal ha spesielle roller i implementeringsfasen til en KBP. - at sykepleiere som arbeider med å utvikle retningslinjer får støtte fra ledelsen
Gale B. V. & Schaffer M. A. (2009)/USA	Kvantitativ Spørreskjema	Et ikke randomisert utvalg av kliniske sykepleiere. og sykepleieledere, fra 8 akuttinntak. 72 kliniske sykepleiere og 20 sykepleieledere deltok 21,5%: 41 % av lederne og 7,5% av kliniske sykepleiere	Det er nødvendig å sette av tid til å lære opp sykepleiere i anvendelse av KBP. Fordelene for pasientpleien må synliggjøres. Det er en forutsetning å ha tilgang til databaser og tidsskrifter. Ledere må støtte de ansatte i å arbeide kunnskapsbasert. Det er nødvendig å involvere lederne for å få til en vellykket implementering Ansatte bør delta i diskusjonen, planleggingen, prosjekteringen, gjennomføringen og evaluering av implementeringen.
Nagy S et al. (2001) /Australia	Kvalitativ/ Kvantitativ Intervju/	12 sykepleiere ble intervjuet 816 sykepleiere. svarte på spørreskjema	Det identifiseres 6 faktorer som sykepleiere anser nødvendig for utviklingen av KBP. 1. Organisasjonen, arbeidsmiljø og

	Spørreskjema	65% svar	<p>ledelse må være støttende til KBP</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sykepleiere må forstå verdien av KBP for pasientpleien 3. En KBP krever ferdigheter i lesing og vurdering av forskning 4. Det må finnes klinisk relevant forskning 5. Det kreves kjennskap til forskningsspråk og statistikk 6. Det kreves beskyttet tid til å arbeide med KBP
Novak D., Dooley S. & Clark R (2008)/USA	<p>Kvalitativ</p> <p>Individuelle intervju og fokusgruppediskusjon</p>	<p>9 personer ble intervjuet</p> <p>Etter intervjuet deltok 7 av de 9 i fokusgruppediskusjon</p> <p>Alle 9 fikk anledning til å komme med tanker og ideer som oppfølging til intervju og fokusgruppe, skriftlig og anonymt.</p>	<p>For å få til en KBP anbefales det å:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bygge et miljø på postplan med tverrfaglige team som generer "best-praksis" initiativer - etablere Web-baserte internettressurser - ha forskningstilretteleggere (Champions) til å skape en best-praksis kultur - utvikle en klar forståelse av nåværende praksis og grad av beredskap for endring - ha dialog med personalet for å registrere graden av engasjement og samle inn gode ideer - vurdere i hvilken grad sykepleiere har eierforhold og tar ansvar for å oppdatere klinisk praksis, gitt de konkurrerende krav til daglig arbeid. - etablere anerkjennelse og belønningssystem for gjennomføring av kliniske kunnskapsbaserte prosjekter - sette av strategiske midler til gjennomføring
Stelter C. B. et al. (2009) /USA	<p>Kvalitativ/ Kvantitativ- Tverrsnittsdesign.</p> <p>Intervju; individuell + fokus/ Spørreskjema/ Feltstudie - observasjon/ Dokumentasjonsanalyse</p>	<p>To forskjellige sykehus i USA ble valgt ut for å se på motsetninger. Et "rollemodellsykehus" som har implementert KBP i større skala, og et "nybegynnersykehus" som er tidlig i fasen i å integrere KBP. Fokus på fagområdet sykepleie og sykepleiere:</p> <p>Antall fokusintervju: 9+5 (antall deltagere 27 + 14)</p> <p>Antall intervju m ledere: 30+29 (antall deltagere: 26 + 28)</p> <p>Gruppeobservasjoner: 8 grupper (5+3)</p> <p>90 deltakere (74+16)</p> <p>KBP dokumenter ble identifisert.</p> <p>Spørreundersøkelse av kliniske sykepleiere. Svar: 34% + 20%</p> <p>Spørreundersøkelse av ledere. Svar: 56% + 50%</p>	<p>For å få til en KBP anbefales det å:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha nøkkelpersoner som leder endringsarbeidet - skape et miljø som er mottagelig for KBP. - identifisere motstand i organisasjonen. - stimulere til et aktivt engasjement fra formelle og uformelle ledere på alle nivå av organisasjonen - et stimulerende miljø for nøkkelpersoner som leder endringene - ha en stor andel av sykepleiere med høyere utdanning og sykepleiere / ledere med kompetanse innen KBP - ha eksplisitt støtte fra toppledelsen i organisasjonen som bør ha en strategisk visjon og ikke et sporadisk og periodevis engasjement - utvikle en strategisk plan for implementeringsprosessen

Vedlegg II: Oversikt over tidligere studier som har brukt spørreskjemaene "EBP Beliefs Scale" og "EBP Implementation Scale" av Melnyk og Fineout-Overholt (2008)

Forfatter(År) Tittel (Land)	Hensikt /Forskningsspørsmål Instrument	Utvalg /Resultat
<p>Estrada, N (2009)</p> <p>Exploring Perceptions of a Learning Organization by RNs and Relationship to EBP Beliefs and Implementation in the Acute Care Setting (USA)</p>	<p>Formålet med undersøkelsen var å identifisere:</p> <p>(a) Forholdet mellom dimensjonene av den lærende organisasjon</p> <p>(b) Holdninger og implementering av KBP</p> <p>Forskningsspørsmål:</p> <p>1. Hva er forholdet mellom egenskapene til den lærende organisasjon og sykepleiernes holdninger relatert til KBP?</p> <p>2. Har troen på KBP innvirkning på implementeringen av KBP?</p> <p>Instrument: EBP Beliefs Scale EBP Implementation Scale Dimensions of Learning Organization Questionnaire</p>	<p>Spørreskjemaundersøkelse ble delt ut til 1750 sykepleiere i akuttavdelinger på seks sykehus i en amerikansk stat.</p> <p>n=594; 34 % responsrate</p> <p>Gj.snitt alder: 43.6 (SD 10,8) Gj.snitt ansiennitet: 15.4 år (SD 11,7) Fulltid: 88.4 % Pasientkontakt: ca 50 %</p> <p>KBP holdninger forklarte 23 % av implementeringen (Gjort en faktoranalyse som får fire holdningsfaktorer; hodninger til: 1.Kunnskap, 2. Verdier av KBP, 3: Ressurser, 4. Tid og vanskeligheter. Regresjonsanalyser vise det er sammenheng mellom holdninger og atferd (r = 0,23). Faktor for kunnskap korrelerer mest med implementering, mens utvalget skårer høyst på verdien av KBP.</p>
<p>Mariano K. D et al (2009)</p> <p>Building evidence-based practice with staff nurses through mentoring (USA)</p>	<p>Hensikten med denne pilotstudien var å undersøke effekten av veiledning i KBP for sykepleiere ved å utføre før og etter undersøkelser . Målet var å avgjøre om veiledning kunne endre sykepleiepraksis ved å utvikle en gruppe av sykepleiere med kompetanse i KBP. Ved å forstå effekten av veiledning, kan sykepleiere gjøre et valg om å ansette mentorer for å øke KBP i klinikken</p> <p>Forskningsspørsmål: Vil KBP-veiledning av sykepleiere øke deres holdning til og deltakelse i KBP? Hypotesen med denne pilotstudien var at mentorvirksomhet i KBP øker sykepleierens kunnskap om prosessen, fremmer positive</p>	<p>Lite utvalg: 20 spl som meldte seg frivillig. 5 hadde mastergrad. Gj snitt ansiennitet var 17 år, gj.snitt alder var 42år</p> <p>EBP Beliefs Scale rangerer fra 16 til 80. Gj.snitt score: 53.90 (SD = 3.45; median = 54.0; range 47 - 61) før veiledning og 53.82 (SD =2.47) etter veiledning. EBP Implementation Scale rangerer fra 0 til 72. Gj.snitt score: 12.02 (SD =10.53 før veiledning og 13.86 (SD =11.66) etter veiledning. Før og ettermålingene viser liten endring</p> <p>Positiv ikke signifikant korrelasjon mellom holdninger og implementering (r = 0,39, p = 0,092)</p>

	holdninger til KBP, som i sin tur fremmer økt utnyttelse av KBP. Instrument: EBP Beliefs Scale EBP Implementation Scale																									
Melnyk B M et al (2010a) Translating the Evidence-Based NICU COPE Program for Parents of Premature Infants Into Clinical Practice (USA)	Hensikten med denne implementeringsstudien var a) -å se på betydningen av å innføre den kunnskapsbaserte COPE programmet (for foreldre til premature barn) i klinisk praksis ved å se på sykepleiernes holdninger og implementering av KBP, b) – kartlegge den beste strategien for å spre COPE i neonatal intensive care unit og vurdere bruk av en COPE EBP mentor, og (c) se på barrierer og faktorer som fremmer gjennomføring av COPE-programmet	81 (45 %) av 180 sykepleiere fra en 55-sengs NICU i et stort barnesykehus Sykepleierne fullførte KBP holdning og KBP implementering skala ved baseline og 6 måneder etter en heldags workshop om KBP og innføring av COPE-programmet. Evalueringer fra sykepleierne bistod i å identifisere barrierer og fasilitatorer som fostret implementering av COPE i NICU. Sykepleiere i de 2 postene der COPE ble gjennomført rapportert høyere tro på KBP og større gjennomføring av KBP enn sykepleiere i den "ikke-COPE" poster. KBP mentor var medvirkende til at levering av COPE til foreldrene ble rutine <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Baseline</th> <th>COPE</th> <th>Non COPE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KBP holdninger</td> <td></td> <td>52.5</td> <td>52,9</td> </tr> <tr> <td>KBP Implement.</td> <td></td> <td>7.4</td> <td>5.95</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Post</td> </tr> <tr> <td>KBP holdninger</td> <td></td> <td>53</td> <td>48,6</td> </tr> <tr> <td>KBP Implement.</td> <td></td> <td>7.4</td> <td>8.25</td> </tr> </tbody> </table>		Baseline	COPE	Non COPE	KBP holdninger		52.5	52,9	KBP Implement.		7.4	5.95	Post				KBP holdninger		53	48,6	KBP Implement.		7.4	8.25
	Baseline	COPE	Non COPE																							
KBP holdninger		52.5	52,9																							
KBP Implement.		7.4	5.95																							
Post																										
KBP holdninger		53	48,6																							
KBP Implement.		7.4	8.25																							
Melnyk B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman M. & RonCruz, R. (2010b) Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system (USA)	Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom holdninger til KBP, implementering av KBP, organisatorisk kultur, gruppe samhold og jobb tilfredshet	Utvalget bestod av 58 sykepleiere og andre helseprofesjoner fra 10 forskjellige sykehusavdelinger, som var blitt valgt til å delta på et 12 mnd EBP mentorship program som et tiltak for å implementere ARCC modellen og KBP på hele sykehuset EBP Beliefs Scale rangerer fra 16 til 80. Gj.snitt score: 63.54 (SD 8.35). EBP Implementation Scale rangerer fra 0 til 72. Gj.snitt score: 18.96 (SD 12.38). Funnene vist at deltakernes holdninger til KBP var signifikant korrelert med oppfattet organisasjonskultur for KBP, gruppesamhold og trivsel. Organisasjonskultur var signifikant og positivt relatert til holdninger til KBP og gjennomføring av KBP																								
Melnyk B. M., Fineout – Overholt E. & Mays M. Z. (2008) The evidence- based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two instrumentes (USA)	Hensikten med studien er å rapportere om utviklingen og psykomotriske egenskaper av to nye spørreskjema: EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale. Studien ble gjennomført for å se på reliabilitet og validiteten av spørreskjemaene på et heterogent utvalg av sykepleiere	Utvalg: sykepleiere (394) som deltok på et etterutdanningskurs om KBP. KBP holdninger: Ikke kunnskap om KBP n=133 M=54.68 (12.45) Kunnskap om KBP n=197 M=55.46 (18.60) KBP Implement. Ikke kunnskap om KBP n=133 M= 8.60 (10.74) Kunnskap om KBP n= n=183 M= 18.27 (16.60) Korrelasjon var signifikant høyere for deltakere som																								

		hadde tidligere kunnskaper om KBP, Styrken i troen og gjennomføring av KBP økte med nivå på utdanning,. I forhold til stillinger skårte sykepleiere lavest og fakultet høyest både for holdninger og implementering.
Sciara, E. (2011) Does journal club membership empower practice? (USA)	Hensikten med denne pilotstudien var å undersøke om aktiv deltakelse i en KBP – Journal Club påvirket sykepleiernes holdninger til KBP Pretest før oppstart Posttest 4 uker etter oppstart	Lite utvalg. De syv første som meldte seg interessert fikk delta i Journal Club og fikk delta i studiet. En parett-test ble utført for å evaluere pre-og posttest total score på EBP holdning skala. Resultatene viste at gjennomsnittet av EBP holdning skala score på posttesten (Gjennomsnittscore= 60.43, SD = 4,79) var høyere enn gjennomsnittet for EBP holdning skala score på forundersøkelse (Gjennomsnittscore: 57,14 M, SD = 5,18), t (6) = -11.5, P <0.01).
Varnell G, Haas B., Duke D.,Hudson K. (2008) Effect of an Educational Intervention on Attitudes Toward and Implementation of Evidence-Based Practice (USA)	Hensikten med denne studien var å evaluere effekten av et pedagogisk program ved å se på holdninger til og gjennomføring av EBP blant sykepleiere ansatt i akutt-helseinstitusjoner Pre-og post-test gjennomsnittsskår av KBP barrierer og KBP implementering-skalaen ble sammenliknet med parett t tester for å fastslå effekten av programmet Instrument: EBP Beliefs Scale EBP Implementation Scale	49 sykepleiere fra fem akutt- og helseinstitusjoner deltok på et 8-ukers program for å utvikle seg til KBP mentorer. Deltakerne deltok på en to- timers kurs hver uke utført av fire fakultetet medlemmer av det lokale universitetet. Respondentene rapporterte høyere score på både holdning og gjennomføring på slutten av programmet. Parett t tester indikerte en signifikant forskjell i midler for både barrierer og implementering på 0.01 nivå. Baseline KBP holdninger 57.1 KBP Implement. 15.29 Post KBP holdninger 63.73 KBP Implement. 22.86
Wallen,G.R (2010) Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme (USA)	Formålet med studien var å evaluere effekten av et mentorprogram designet for å implementere KBP i en klinisk forskningsintensivt miljø Bruker flere instrumenter, blant annet EBP Beliefs Scale EBP Implementation Scale	159 respondenter var med i baselineundersøkelsen, 99 stk var med på poststudien etter å ha vært med på et mentorprogram. Godt over halvparten av respondentene var sykepleieledere, sykepleieforskere og sykepleiekonsulenter. KBP holdninger korrelerer med KBP implementering (r = 0.36) på et 0.01 signifikansnivå. Respondentene rapporterte høyere score på både holdning og gjennomføring på slutten av programmet Baseline KBP holdninger 57.2 KBP Implement. 34.3 Post KBP holdninger 62.6 KBP Implement. 40.9

Ref.nr Dato **KBP Holdningsskala**

Nedenfor finner du 16 påstander om kunnskapsbasert praksis (KBP). Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvor enig eller uenig du er i hver påstand. 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/tiltak 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

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. Vennligst svar på hvert spørsmål ved å sette ringe 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 forskningsbasert 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. Evaluerte 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

Vedlegg VI: Samtykkeerklæring



SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

” Sykepleiernes holdninger og adferd knyttet til kunnskapsbasert praksis”.

Dato:..... ..Navn:.....

Vedlegg VII Innmelding til Personvernombudet Oslo Universitetssykehus finnes kun i papirversjonen av mastergradsoppgaven.



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-universitetssykehus.no

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Kjersti Stokke, spes sykepleier, Klinikk for kreft og kirurgi

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Saksbehandler: Aksel Sogstad

Dato: 28. okt 2010

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger i forskningsstudie

Saksnr. ePhorte: 2010/25878

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet "Om sykepleiernes holdninger og adferd knyttet til kunnskapsbasert praksis"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter til studien kan starte.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstillende de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Samtykke må endres slik at det fremgår at Oslo universitetssykehus er databehandlingsansvarlig.
3. Data lagres som oppgitt i meldingen. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor på sykehuset.
4. Data slettes eller anonymiseres senest år 2020 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.
5. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet



Aksel Sogstad, personvernombud
Kompetansesenter for personvern og sikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@rikshospitalet.no

Web: www.uus.no/personvern

Kjære sykepleiekollega!

Med dette brevet ønsker vi å informere deg og samtidig spørre deg om du vil delta i en spørreundersøkelse.

Bakgrunn og hensikt

Spørreundersøkelsen er en del av evalueringen av prosjektet "Implementering av kunnskapsbasert praksis ved sykepleietjenesten på Radiumhospitalet", som ledelsen ved Radiumhospitalet etablerte mai 2009. Prosjektet skal avsluttes april 2012.

Hensikten med studien er å kartlegge holdninger og adferd relatert til kunnskapsbasert praksis (KBP). Utvalget er alle sykepleierne ved Radiumhospitalet.

Bruk av KBP innebærer å knytte sammen kunnskap fra forskning, klinikerens skjønn og erfaringer og pasientens verdier, preferanser.

Hva studien innebærer

Sammen med dette brevet finner du et spørreskjema som vi ber deg fylle ut og returnere så raskt som mulig. Det utfylte skjemaet legges i vedlagte konvolutt. Du legger så konvolutt på det stedet enhetsledelsen på din post har bestemt.

Denne studien forventes å være ferdig sommeren 2011. Resultatene vil bli formidlet som en masteroppgave og publisert i viteskapelige tidsskrift. Ved publisering vil det ikke fremgå opplysninger som kan tilbakeføres til deg som person.

Oslo universitetssykehus er databehandlingsansvarlig. Vi har taushetsplikt og alle opplysninger som fremkommer fra deg vil bli behandlet konfidensielt. Koblingsnøkkelen mellom navn og nummer oppbevares på forskningsserveren på Rikshospitalet og vi skal arbeide videre med dataene ikke vil kjenne til koblingen mellom navn og nummer. Innsamlede data fra spørreskjemaene vil bli lagret på PC til 2020. Grunnen til det er at vi ønsker å gjenta undersøkelsen på et senere tidspunkt for å se endringene i vurdering over tid. Vi har derfor behov for å koble svarene fra første spørreundersøkelse med senere oppfølgende spørreundersøkelser. Datamaterialet vil så bli anonymisert og navnelisten slettet.

Å delta er frivillig. Du kan trekke deg når som helst uten å oppgi grunn, og du kan kreve at opplysningene som er fremkommet slettes.

Du har nå også fått to kopier av en samtykkeerklæring, dvs en som du beholder selv og en som du signerer og leverer inn. Selve samtykket er ikke merket med noe nummer, så den vil ikke øke identifiseringen når du legger den i egen vedlagt konvolutt merket "Samtykkeerklæring". Samtykkene samles inn uten å åpnes, og leveres uåpnet til personvernombudet for oppbevaring.

Studien er godkjent av Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus for forskning.

Din tilbakemelding er av stor betydning, og vi vil på forhånd takke for at du tar deg tid til å delta. Har du spørsmål, vennligst ta kontakt med Kjersti Stokke, mobil 48 06 32 81.



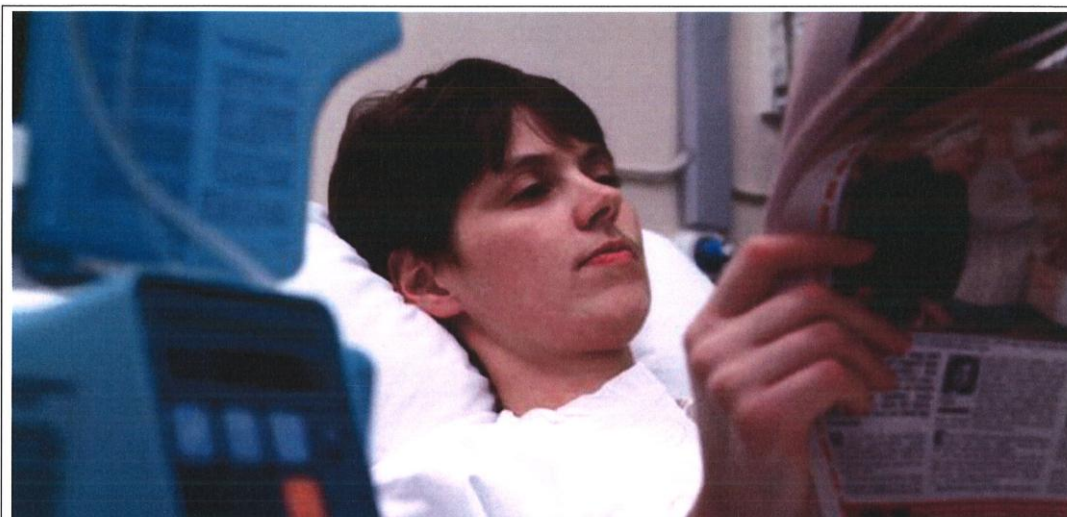
Kjersti Stokke
Masterstudent
Høgskolen i Bergen
Prosjektleder KBP
Radiumhospitalet-OUS

Med vennlig hilsen

Marie Bruheim
Prosjektansvarlig
Helsefaglig rådgiver
Klinikk for kreft og kirurgi
OUS

Nina Rydland Olsen
Veileder/ PhD-student
Høgskolen i Bergen
Senter for KBP

Vedlegg X: Plakat om studien



Spørreundersøkelse om sykepleiernes holdninger
og adferd knyttet til kunnskapsbasert praksis

DITT SVAR ER VIKTIG!!!

Alle sykepleiere på Radiumhospitalet vil bli bedt om å fylle ut et spørreskjema om kunnskapsbasert praksis. Denne undersøkelsen er viktig for implementeringsarbeidet, og ditt svar har stor betydning. Vi er svært takknemlig om du tar deg tid å svare på skjemaene !!

Kjersti Stokke & Marie Bruheim

En kliniker som sammen med god forskningsbasert kunnskap bruker sin erfaring og aktivt innhenter pasientens verdier og preferanser, arbeider kunnskapsbasert



Spørreskjemaundersøkelse høsten 2010

Radiumhospitalet

*Om sykepleiernes
holdninger og
adferd knyttet til
Kunnskapsbasert
praksis*



Kjære sykepleiekollega!

I forbindelse med prosjektet "Å Implementere kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten", leveres disse spørreskjemaene ut til samtlige sykepleiere på sykehuset.

Vi vil være svært takknemlig om du tok deg tid til å svare på skjemaene. Det vil ta deg ca 15 minutter.

Med vennlig hilsen

Ledelse av prosjektet;

Marie Bruheim og Kjersti Stokke