

Mastergradsoppgave

Faktorer som influerer på implementering av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere

Factors influencing development of evidence-based practice among nurses

Anne Dalheim

Veiledere: Monica Wammen Nortvedt / Stig Harthug

Innleveringsdato: 16.05.2011

Antall sider: 42

Forord

Senter for smittevern har delegert ansvar for at infeksjonskontrollprogrammet i Helse Bergen er i samsvar med myndighetskrav og bygger på beste tilgjengelige kunnskap. For noen år tilbake fikk jeg som hygienesykepleier, tildelt oppgaven med å oppdatere dokumentene relatert til forebygging av postoperative sårinfeksjoner i foretakets infeksjonskontrollprogram. I den forbindelse søkte jeg i Cochrane Library for å få svar på spørsmålet om hvor lenge et kirurgisk snitt burde være dekket av bandasje for å hindre en postoperativ sårinfeksjon. Dårlig søketeknikk var kanskje grunnen til at jeg ikke fikk svar på mitt spørsmål. Imidlertid førte det upresise søket til at jeg ved en tilfeldighet oppdaget en systematisk oversikt hvor effekten av preoperativ desinfiserende bad /dusj for å forebygge postoperative sårinfeksjoner var oppsummert.

Den tilfeldige oppdagelsen av høyst relevant kunnskap genererte to utfordringer. Den ene var sannsynligheten for det var mer relevant og oppdatert kunnskap knyttet til infeksjonsforebygging i databaser og tidsskrifter enn jeg var oppmerksom på. Det neste var hvordan jeg skulle håndtere konklusjonen i den nevnte systematiske oversikten da denne ikke samsvarte med gjeldende anbefalinger i foretakets infeksjonskontrollprogram. Utfordringene ble utgangspunktet for min motivasjon til å bedre egne ferdigheter i å søke etter oppdatert kunnskap og hvordan denne kunnskapen skulle håndteres og implementeres i en kompleks organisasjon som Helse Bergen.

Mastergradsarbeidet har fokusert på hvordan faktorer knyttet til organisasjon, kultur, individ og kunnskap påvirker og utfordrer hverandre ved endring av praksis. Kunnskapsbasert praksis innebærer ikke bare å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer innen smittevern eller andre fagområder, men også hvordan disse best kan implementeres inn i organisasjonen og hvilke faktorer som må være tilstede for at praksis skal endres på grunnlag av oppdatert kunnskap.

Før et implementeringsarbeid starter bør faktorer som hindrer og / eller fremmer endringer kartlegges. Dette bidrar til å få en oversikt over gjeldende praksis og i tillegg muliggjør en fremtidig evaluering om aktuelle tiltak som iverettes har ført til endring.

Mine veiledere for denne studien har vært professor og leder Monica Wammen Nortvedt ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen og professor dr.med. Stig Harthug, leder for Seksjon for pasientsikkerhet, FoU – avdelingen i Helse Bergen. Jeg er svært

takknemmelig for at begge har hatt tro på meg og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger som har vært til stor inspirasjon i hele studietiden. I tillegg har begge tildelt meg nye, utfordrende oppgaver relatert til kunnskapsbasert praksis både ved Høgskolen i Bergen og i Helse Bergen i studieperioden. Dette har vært en stor motivasjonsfaktor.

En stor takk gis også til biostatistiker Roy Miodini Nilsen som tålmodig viste meg hvilke data jeg kunne trekke ut av kartleggingsundersøkelsen.

Sist, men ikke minst vil jeg takke familie, venner og kollegaer ved Seksjon for pasientsikkerhet som har gitt meg mulighet til å leve i min egen verden over lang tid. En spesiell takk går til Willy, min ektefelle og beste kamerat, som har vært korrekturleser og en god støtte gjennom disse tre årene.

Bergen, mai 2011

Anne Dalheim

Sammendrag

Bakgrunn: Nasjonale og lokale myndigheter gir føringer for at helsetjenesten skal være kunnskapsbasert. Oppsummert forskning viser at implementering av kunnskapsbasert praksis lykkes i større grad hvis tiltakene overvinne identifiserte barrierer.

Hensikt: Mastergradsoppgaven består av innledningsdel og artikkel. I innledningsdelen presenteres oversettelse og tilpasning av *Development of evidence-based practice questionnaire* (DEBP) til norsk. I artikkelen presenteres en kartleggingsstudie over faktorer som influerer utvikling av kunnskapsbasert praksis, der instrumentets norske versjon som fikk tittelen *Utvikling av kunnskapsbasert praksis* (UKBP) er benyttet.

Metode: Oversettelsesprosessen av instrumentet DEBP fulgte standardiserte retningslinjer for oversettelse og kulturell tilpasning. Kartleggingsstudien ble gjennomført i et klyngeutvalg med 661 sykepleiere. Instrumentet UKBP ble brukt til å undersøke i hvilken grad sykepleierne brukte ulike kunnskapskilder for støtte i praksis, hvilke barrierer de rapporterte for bruk av forskningsbasert kunnskap og hvilke ferdigheter de selv vurderte å ha med hensyn på å finne og håndtere forskningsbasert kunnskap.

Resultater: Instrumentet UKBP viste Cronbach's $\alpha = 0,88$ totalt. Begrepsvaliditet ble testet ved Hypothesized Relationships. Resultatene viste signifikant korrelasjon mellom de utvalgte variablene, hvilket tyder på at funnene støtter instrumentets begrepsvaliditet. Resultater fra kartleggingsstudien viste at sykepleiere brukte i stor grad erfaringsbasert kunnskap innhentet fra egne observasjoner, kollegaer og andre samarbeidspartnere som støtte i praksis. Kunnskap fra forskning var lite brukt. Største barrierer var mangel på tid og manglende ferdigheter i å finne og håndtere forskningslitteratur. Alder, ansiennitet og antall år siden siste helsefaglige utdanning påvirket bruk av ulike kunnskapskilder og selvrapporterte barrierer. Det var en signifikant sammenheng mellom ferdigheter i kunnskapsbasert praksis og bruk av forskningsbasert kunnskap likeledes mellom ferdigheter i kunnskapsbasert praksis og barrierer for bruk av forskning.

Konklusjon: Spørreskjemaet UKBP synes å ha en tilfredsstillende validitet og reliabilitet og er velegnet til å identifisere faktorer som kan influere på utvikling av kunnskapsbasert praksis. Ferdigheter i kunnskapsbasert praksis synes å redusere barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap og å øke bruk av forskning i praksis.

Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis, Sykepleier, Kunnskapskilder, Barrierer

Summary

Background: The national authorities of Norway, and Helse Bergen, have decided that the health service is to be evidence-based. Summarized research indicates that implementing an evidence-based practice will be more successful if the interventions overcome identified barriers.

Proposal: The master's thesis consists of an introduction and an article. The introduction presents the translation and adaption of *Development of evidence-based practice questionnaire* (DEBP) into the Norwegian language. The article presents a cross – sectional study of factors which influence development of evidence-based practice of assistance, where the Norwegian version of the instrument which was titled *Utvikling av kunnskapsbasert praksis* (UKBP) have been put to use.

Method: The translation process of the instrument DEBP was in accordance with standardized guidelines for translation and cultural adaption. The cross-sectional study was carried out in a cluster sample including 661 nurses. The instrument UKBP was used to examine to what extent nurses used different knowledge sources for support in practice, which barriers they reported they encountered in use of research evidence and which skills they evaluate themselves to possess in regards to finding and managing research evidence.

Results: The instrument UKBP showed Cronbach's $\alpha = 0,88$ totally. Construct validity was tested with assistance of Hypothesized Relationships. The results showed significant correlation between the chosen variables, which support the construct validity of the instrument. Results from the cross-sectional study showed that nurses in large extent used experienced evidence collected from of one's own observations, colleagues and other collaborators for support in practice. Evidence from research was seldom used. The greatest barriers were lack of time and missing skills to find and manage research evidence. Age, seniority and numbers of years since latest health education influenced use of different sources of evidence and self-reported barriers. It was a significant correlation between skills in evidence-based practice and use of research evidence. Same significance was identified between skills in evidence-based practice and barriers for use of research evidence.

Conclusion: The questionnaire UKBP seems to have a satisfactory validity and reliability and seems suitable to identify factors that can influence on development of evidence-based practice. Skills in evidence-based practice seems to reduce barriers for use of research evidence and to increase use of research evidence,

Keywords: Evidence-based practice, Nurse, Sources of knowledge, Barriers

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Hva er kunnskapsbasert praksis?	1
1.2	Implementering av kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten	5
1.3	Implementering av kunnskapsbasert praksis og organisatoriske faktorer	6
1.4	Modell for implementering av kunnskapsbasert praksis	9
1.5	Identifisering av barrierer for kunnskapsbasert praksis	11
1.6	Oppbygging av spørreskjemaet	
	<i>Development of evidence-based practice</i>	12
1.6.1	Kunnskapskilder som brukes for støtte i praksis	13
1.6.2	Barrierer for å finne og vurdere forskning og å endre praksis	15
1.6.3	Ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskning	15
2.0	Oversettelse, kulturell tilpasning og testing av spørreskjema	16
2.1	Oversettelse og kulturell tilpasning av spørreskjema	16
2.2	Psykometrisk testning av spørreskjema	17
3.0	Problemformulering for mastergradsoppgaven	19
4.0	Metode	20
4.1	Oversettelse og tilbakeoversettelse	20
4.2	Konsensusgruppe	20
4.3	Pilottest	21
4.4	Etikk	21
5.0	Resultater fra oversettelsesprosessen	22
5.1	Oversettelse, tilbakeoversettelse og vurdering i konsensusgruppen	22
5.1.1	Semantisk ekvivalens	22
5.1.2	Erfaringsmessig ekvivalens	23
5.1.3	Begrepsmessig ekvivalens	24
5.2	Pilottest	24
5.2.1	Helhetsvurdering av instrumentet UKBP	25
5.2.2	Kontroll av noen utsagn	25
5.3	Psykometrisk testing	26
6.0	Diskusjon	28
6.1	Metodekritikk av oversettelsesprosessen av instrumentet DEBP	31
6.2	Metodekritikk av kartleggingsstudien	
	<i>Faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis</i>	31
6.3	Konklusjon	33
6.4	Implikasjoner for praksis	34
6.5	Implikasjoner for videre forskning	34
7.0	Referanser	36
	Artikkel <i>Faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis</i>	
	Vedlegg I: Tillatelse fra personvernombudet i Helse Bergen	
	Vedlegg II: Spørreskjema <i>Development of evidence-based practice</i>	
	Vedlegg III: Spørreskjema <i>Utvikling av kunnskapsbasert praksis</i>	

1.0 Introduksjon

Denne mastergradsoppgaven er en del av et større kvalitetsutviklingsprosjekt i Helse Vest RHF. Prosjektets hovedmål er å utvikle en metodisk framgangsmåte for utarbeidelse av tverrfaglige kunnskapsbaserte retningslinjer i regionen. Et delmål i prosjektet er å legge til rette for en strategi for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer og kunnskapsbasert praksis i Helse Vest. Oppsummert forskning viser at implementeringstiltak har større mulighet for å lykkes hvis de er rettet mot identifiserte barrierer (Baker et al., 2010). Hensikten med denne mastergradsoppgaven var å kartlegge faktorer som kan influere på utvikling av kunnskapsbasert praksis. Faktorene inkluderer både barrierer og fasiliterende krefter. Mastergradsoppgaven er finansiert av Kvalitetssatsninga i Helse Vest (2009).

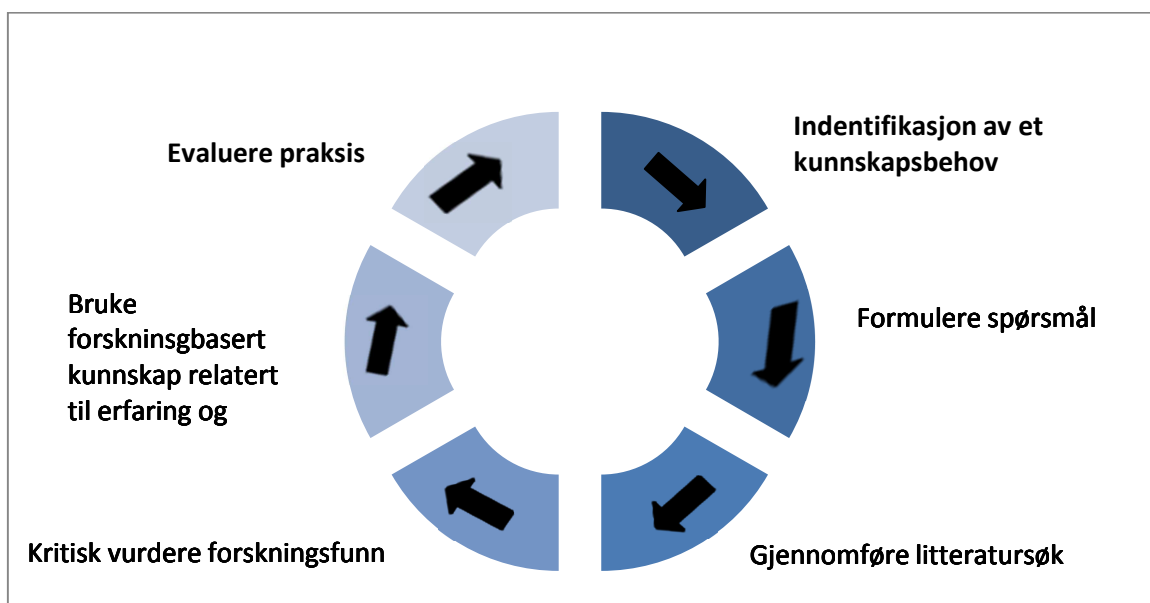
Mastergradsoppgaven består av en innledningsdel og en artikkel. I innledningsdelen presenteres oversettelse og tilpasning av *Development of evidence-based practice questionnaire* (DEBP) til norsk. Instrumentets norske versjon fikk tittelen *Utvikling av kunnskapsbasert praksis* (UKBP). I artikkelen presenteres en studie hvor instrumentet *Utvikling av kunnskapsbasert praksis* (UKBP) ble benyttet for å kartlegge faktorer som kan influere på utvikling av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere i Helse Bergen. Artikkelen er planlagt publisert i tidsskriftet *Sykepleien Forskning*(2009).

1.1 Hva er kunnskapsbasert praksis?

Begrepet “evidence-based medicine” ble introdusert i 1992 av en gruppe ledet av Gordon Guyatt ved McMaster University i Canada. Hensikten var å gi leger en metodikk som kunne forenkle vurderingen av forskningsresultater før disse ble tatt i bruk i pasientrettet arbeid (Straus et al., 2005, s.1). Sackett et al. (1996) definerte begrepet slik: “*Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research*”.

Definisjonen er senere endret, hovedsakelig av tre grunner. Først fordi definisjonen ikke tydeliggjorde pasientrollen i beslutningsprosessen. Derneft så ekskluderte den eksisterende definisjonen andre faggrupper innen helse – og sosialtjenesten, som også så fordelene med en kunnskapsbasert tilnærming til egen praksis (Dawes et al., 2005). Sist så framkom ikke den metodiske prosessen som kunnskapsbasert praksis bygger på i teksten. Endringene resulterte i The Sicily statement on evidence-based practice: *”Evidence-based practice requires that decisions about health care are based on the best available, current, valid and relevant evidence. These decisions should be made by those receiving care, informed by the tacit and explicit knowledge of those providing care, within the context of available resources”*(Dawes et al., 2005).

Prosessen i kunnskapsbasert praksis krever ferdigheter i å innhente kunnskap på en systematisk måte. Deretter skal kunnskapen vurderes og evt. implementeres som grunnlag for beslutninger i klinisk praksis eller på et organisatorisk nivå (Rosenberg & Donald, 1995). Den samlede prosessen består av seks trinn, hvorav de tre første trinnene beskriver framgangsmåte for informasjonsinnhenting og de tre siste er knyttet til kunnskapshåndtering (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007, s. 27). Se Figur 1.



Figur 1. Trinnene i kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2007, s.18).

Behovet for at beslutninger i klinisk praksis eller på et organisatorisk nivå er basert på beste tilgjengelige kunnskap er avgjørende hvis helsetjenesten skal makte å møte utfordringer knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.3). Behovet for systematisk kunnskapshåndtering påvirkes av en stadig økende tilgang på formell og uformell helseinformasjon, forventninger knyttet til nye behandlingsformer og pasientens utvidete rolle relatert til beslutninger knyttet til egen behandling (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.83 ; Pasientrettighetsloven, 1999). Internasjonale, nasjonale og lokale myndigheter gir klare føringer på at helsetjenesten må være kunnskapsbasert for at kvaliteten på tjenesten skal ivaretas. Kvalitet defineres i Nasjonal helseplan (2007 – 2010) som ” i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helse- og omsorgstjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst gitt dagens kunnskap og ressursrammer” (Helse - og omsorgsdepartementet, 2006). Begrepet helsegevinst innebærer både å forbli frisk, bli frisk, mestre en livssituasjon med sykdom eller funksjonsnedsettelse og å mestre slutten av livet.

Verdens helseorganisasjon fastsetter i en rapport at kunnskap fra forskning er et fundament for bedre helse og reduksjon av fattigdom i verden. Strategier for overføring av forskningskunnskap inn i tjenesten må vektlegges slik at gapet mellom hva som er kjent og hva som gjøres reduseres (World Health Organization, 2004). Forskning knyttet til helse er definert som generering og bruk av ny kunnskap for at samfunn og organisasjoner, nasjonalt og lokalt, på en bedre måte skal kunne oppnå mål.

Nasjonalt strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten ”og bedre skal det bli!” angir seks elementer som sammen utgjør strategiens mål (Sosial og Helsedirektoratet, 2005). Elementene er virkningsfulle tiltak, trygge og sikre tjenester, involverte brukere samt å gi dem innflytelse, god samordning og kontinuitet i tilbudet, god ressursutnyttelse, tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling. For at beslutninger i helsetjenesten skal være virkningsfulle må disse bygge på pålitelig oppdatert kunnskap og erfaring.

Kunnskap er en forutsetning for å oppnå god kvalitet i helsetjenesten (Nylenna et al., 2010). For at ny kunnskap skal brukes effektivt, må den være lett tilgjengelig for helsepersonell og pasienter. Helsebiblioteket (2010) finansiert over statsbudsjettet, gir

alt helsepersonell i Norge gratis tilgang til elektroniske tidsskrifter og store databaser innen medisin og helsefag som inkluderer både oppsummert forskning og retningslinjer. Biblioteket er et bidrag for å oppnå målsetningen om at befolkningen som helhet mottar tjenester av lik kvalitet og at denne tjenesten blir fordelt rettferdig (Nylenna et al., 2010).

Norsk sykepleierforbund følger opp krav om kvalitet i sitt prinsippprogram ved å fastsette at sykepleiepraksis skal være kunnskapsbasert og bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukernes valg (Norsk sykepleierforbund, 2008). Den enkelte sykepleier har også et personlig ansvar for at praksis skal være kunnskapsbasert, forankret i Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2007).

Regionalt helseforetak Helse Vest (2009) viderefører sentrale føringer i sin kvalitetssatsning ” *Innanfor temaområdet kunnskap vil arbeidet med faglege retningslinjer ha eit særskilt fokus i 2009*”. Kvalitetssatsningen reflekteres i Helse Bergen sin strategiplan for 2008 – 2012, som legger til grunn at metoder og teknologi er basert på beste tilgjengelige kunnskap (Helse Bergen, 2008).

Forskning – og utviklingsavdelingen i Helse Bergen er involvert i flere prosjekter, både regionale og lokale, for implementering av kunnskapsbasert praksis. Seksjon for fag og utdanning har i løpet av høsten 2010 finansiert et videreutdanningskurs i kunnskapsbasert praksis for 40 ansatte innen helsefag ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Kurset var vektet med 15 studiepoeng. Seksjon for pasientsikkerhet har pådriveransvaret for to regionale prosjekter som tar sikte på å utvikle en metodisk fremgangsmåte for utarbeiding av kunnskapsbaserte retningslinjer. Det ene prosjektet, hvor denne studien inngår, skal i tillegg utvikle strategi for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer spesielt og kunnskapsbasert praksis generelt.

1.2 Implementering av kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten

Begrepet å implementere betyr å sette i verk (Wiktionary, 2010).

Implementeringsforskning er definert som vitenskapelige metoder for å fremme systematisk bruk av forskning inn i praksis for å fremme kvaliteten og effektiviteten i helsetjenesten (Eccles & Mittman, 2006). Implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus er en kompleks oppgave som påvirkes av individuelle, organisatoriske og kontekstuelle faktorer (Estabrooks et al., 2007 ; Royle & Blythe, 1998 ; Rycroft-Malone, 2008). En feilaktig oppfatning har vært at innføring av god kunnskap, som for eksempel kunnskapsbaserte retningslinjer, er en lineær teknisk prosess på individnivå (Kitson et al., 2008).

Det er uvisst hvilke individuelle faktorer som må være tilstede for at praksis skal være kunnskapsbasert. En nylig oppdatert systematisk oversikt fant sammenheng mellom bruk av forskningsbasert kunnskap og individuelle faktorer som holdninger til kunnskapsbasert praksis, gjennomført kurs i kunnskapsbasert praksis, utdanning over bachelornivå, arbeid i intensiv avdeling og jobbtilfredshet (Squires et al., 2011). Individuelle faktorer må imidlertid ses i ut fra det faktum at den enkelte sykepleier arbeider i en kontekst sammen med andre, slik at kollegiale, organisatoriske og kulturelle faktorer påvirker praksis til den enkelte sykepleier (Rycroft-Malone, 2008). En implementeringsprosess må ikke bare ta hensyn til hvilken kunnskap som skal implementeres, men også til hvordan kunnskapen fasiliteres inn i den konteksten der den skal brukes (Gerrish & Clayton, 2004).

Behovet for fasilitering er en avgjørende for vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis (Kitson et al., 2008). Arbeidsoppgavene til en fasilitator er å hjelpe andre til å forstå hva de må endre og hvordan dette skal gjøres for å oppnå ønskete resultater eller mål (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.85 ; Rycroft-Malone, 2004). En fasilitators oppgaver vil derfor variere fra praktisk oppgaveløsning til en mer holistisk prosess for å gjøre en enkelt sykepleier eller grupper av sykepleiere i stand til å analysere, reflektere og endre egne holdninger, adferd og arbeidsmåter (Rycroft-Malone, 2004). Kartlegging av barrierer for kunnskapsbasert praksis og kartlegging av

ferdigheter i å finne og håndtere kunnskap vil være et utgangspunkt for hvordan fasilitering best skal gjennomføres.

1.3 Implementering av kunnskapsbasert praksis og organisatoriske faktorer

Sammensatte og ofte uforutsigbare forhold internt i organisasjonen er bestemmende for hvorvidt en implementeringsprosess for kunnskapsbasert sykepleiepraksis er suksessfull eller mislykkes (Grol et al., 2007). Foxcroft & Cole (2009) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang hvor formålet var å identifisere hvilke organisasjonsmessige infrastrukturer som kunne fremme kunnskapsbasert praksis i sykepleietjenesten. Ingen studier møtte inklusjonskriteriene. Fraværet av relevant litteratur kan skyldes at det er vanskelig å gjennomføre gode effektstudier i organisasjoner som helseforetak fordi skiftende forhold gjør det komplisert å vise til hvilke intervensjoner som har ført til endring.

Helseforetak er ”åpne systemer” som innebærer at skiftende forhold i omgivelsene påvirker organisasjonens interne forhold og omvendt. Foretakene må justere sine kjerneaktiviteter i forhold til omgivelsene (Busch et al., 2007, s.17). Omgivelsene blir derfor en del av organisasjonen gjennom interessentene. I tillegg påvirkes sykehus sterkt av institusjonelle og tekniske faktorer som må være tilstede for at sykehuset skal kunne ivareta sine forpliktelser. Tekniske faktorer er for eksempel utstyr, tilførsel av økonomiske midler, tilgang på relevant kompetanse hos ansatte og tilgjengelige prosedyrer. Institusjonelle faktorer er samfunnets påvirkning i form av myndighetskrav, normer og verdier. For Helse Bergen innebærer dette at foretaket er i kontinuerlig utvikling og må klare å tilpasse seg nye krav fra omgivelsene (Busch et al., 2007, s. 116 ; Helse Bergen, 2008).

Dynamiske helseforetak som Helse Bergen benevnes ofte som lærende organisasjoner (Helse Bergen, 2008 ; Helse - og omsorgsdepartementet, 2010). Begrepet lærende organisasjon ble introdusert av Peter Senge (1990) og kjennetegnes ved at organisasjonen imøtekommer krav om systemtenking, personlig mestring, mentale modeller, felles visjoner og gruppelæring (Busch et al., 2007,s.116 ; Senge, 1990 ;

Rycroft-Malone et al., 2002). Endringsprosesser i lærende organisasjoner bruker kunnskap som et middel til kontinuerlig forbedring (Iles & Sutherland, 2001). Ledere i lærende organisasjoner har en nøkkelrolle for å skape kultur for endring. Endring i denne sammenheng skjer ved at effektive ledere tilrettelegger for å forene kunnskap fra forskning sammen med erfaringsbasert kunnskap slik at denne kunnskapen integreres i praksis (Rycroft-Malone, 2004). For sykepleietjenesten i Helse Bergen innebærer dette en endring fra en tradisjonell erfaringsbasert praksis til en praksis som skal være fundamentert på beste tilgjengelige kunnskap (Rycroft-Malone et al., 2002 ; Helse Bergen, 2008 ; Sykepleiefaglig råd i Helse Bergen, 2010).

Jeg vil i det følgende kort beskrive hvilken tenkning som ligger til grunn for de ulike faktorer som kjennetegner en lærende organisasjon.

Personlig mestring handler om at den enkelte medarbeider må ha ønske om egen læring og utvikling. Organisasjonen må derfor imøtekomme den enkelte ved å tilrettelegge for læring. Resultatet er at individets kompetanseheving vil bidra til å øke den samlede læringsevne. Dette innebærer at en retter fokus fra å oppdatere praksis på noen områder til å endre hele organisasjonens kultur for å fremme felles læring. Den totale kompetansen benyttes til aktiv problemløsning (Busch et al., 2007, s.117). Det enkelte individ i organisasjonen blir vurdert som en ressurs i seg selv. Derfor vil en lærende organisasjon støtte læring og kompetanseheving på individnivå.

Mentale modeller vil si at organisasjonens eksisterende systemer, kultur og metoder utfordres på hvor gode disse er. Kultur for å fremme åpenhet, kreativitet og fornying hos ansatte gjør at den enkelte ansatte oppmuntres til å komme med ideer, diskutere drift og eventuelle forandringer. Organisasjonen oppfordrer ansatte til å dele og tilegne seg informasjon.

Felles mål og visjoner danner grunnlaget for motivering til læring og endring på individ - og organisatorisk nivå. Ledere har ansvaret for at målene klargjøres. Lederskap er å vite hvordan visjoner skal bli en realitet. Hvordan organisasjonen skal nå disse

målene vil i lærende organisasjoner være en interaksjon mellom ulike individer. Slik kan organisasjonen ta i bruk hele den samlede kompetanse for å oppnå mål (Busch et al., 2007, s. 117).

Gruppelæring medfører at organisasjonen har strukturer som støtter teamarbeid, sterke relasjoner og nettverk både internt og eksternt (Iles & Sutherland, 2001). Hensikten med organisasjonsstruktur er å bidra til effektivt å levere tjenester og derfor vil dette i stor grad styre virksomheten. Sterke og lite fleksible strukturer i en organisasjon vil ha større vanskeligheter med å tilpasse seg endringer og dermed lite handlingsrom på individnivå. Muligheten for samarbeid oppnås med gode kommunikasjonssystemer som kan fasilitere raske og korrekte beslutninger samt prosesser og muligheter for å dele effektiv håndtering av kunnskap. Når gruppelæring fungerer oppnås ikke bare ønskete resultater. Det enkelte gruppe medlem vil i tillegg også oppleve personlig vekst.

Systemtenking innebærer at en ser helheten ved at den kunnskapsvervelse som oppnås videreføres i organisasjonen. Uønskete hendelser og systemfeil er læring som skal komme hele organisasjonen til gode (Iles & Sutherland, 2001). Veilederen ” Og bedre skal det bli!” utgitt av Sosial – og helsedirektoratet (2005) beskriver følgende om kvalitetsforbedring og læring:

”Organisasjoner som vurderer at uheldige hendelser og resultater som oftest er forårsaket av samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon og ikke av enkeltindivider, har forutsetninger for å lykkes i arbeidet med å forebygge usikkerhet og feil. Slike organisasjoner lærer av å identifisere de underliggende årsakene til uheldige hendelser, og utnytter denne kunnskapen til å eliminere eller redusere faren for gjentakelse.”

Lærende organisasjoner beveger seg fra trening og kompetanseheving på individnivå til problemløsning, fornyelse og læring på organisasjonsnivå (Mitton et al., 2007). Organisatorisk læring er en endringsprosess som søker å hjelpe organisasjoner til å utvikle og bruke kunnskap for kontinuerlig forbedring. Det er to nivåer for læring ut fra systemtenking:

Single-loop learning: Avvik og feil korrigeres uten at en endrer de eksisterende betingelsene.

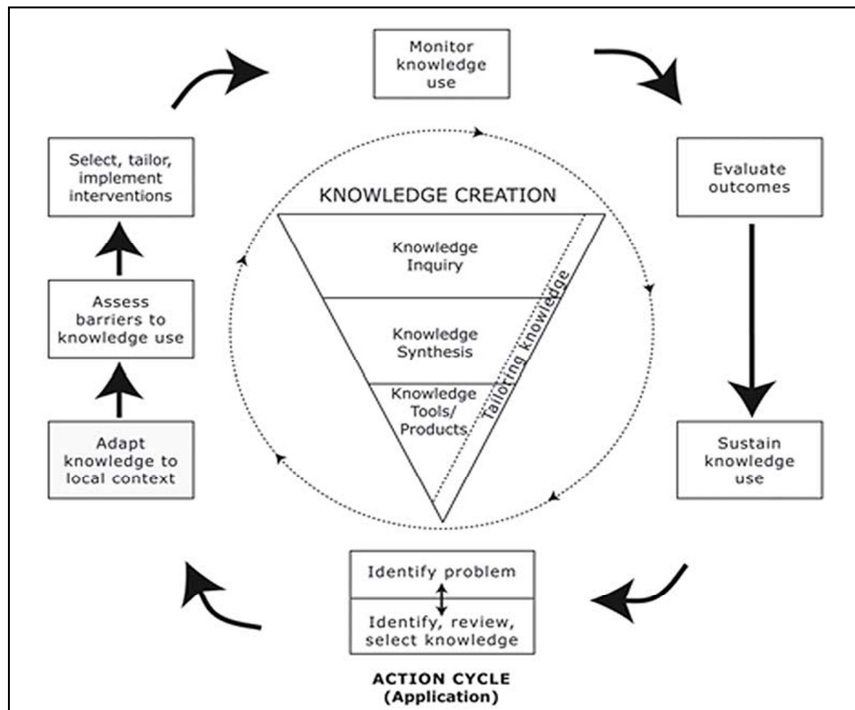
Double-loop learning: Feil kan ikke korrigeres ved at man arbeider mer effektivt ut fra de eksisterende systemer. Det er et behov for læring som innbefatter en forandring av selve organisasjonens systemer (Iles & Sutherland, 2001).

1.4 Modell for implementering av kunnskapsbasert praksis

Til tross for sentrale og lokale myndigheters føringer for at helsetjenesten skal være kunnskapsbasert er overføring av forskningskunnskap til praksis ofte en langsom og komplisert prosess (Graham et al., 2006). Det er mange begreper for denne prosessen i den engelskspråklige litteraturen. I denne studien brukes det engelske begrepet knowledge translation (KT). Begrepet defineres som en prosess for å bruke kunnskap fra forskning og implementere denne ved hjelp av fasilitatorer, opinionsledere eller andre foregangspersoner. Hensikten er å oppnå bedre helseresultater og effektivitet i helsetjenesten (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.3).

Graham et al. (2006) utviklet en teoretisk modell, The knowledge-to-action, for å synliggjøre den totale implementeringsprosessen, se Figur 2. Modellen bygger på teorier om aksjonsforskning som brukes når det er ønskelig å identifisere hvilke barrierer som opprettholder uønsket adferd og hindrer læring (Busch et al., 2007, s. 201). Modellen består av to deler, hvor trakten i midten, kunnskapsutvikling (eng.: knowledge creation) viser ulike typer forskningslitteratur. Kunnskapen raffineres fra toppen av trakten til spissen hvor den nederst er anvendbar for brukerne i praksis. På toppen av trakten finnes primærstudier av god og dårlig kvalitet, om hverandre som ofte representerer et u håndterbart mangfold av informasjon. Traktens spiss består av retningslinjer, prosedyrer og pasientbehandlingsforløp som er nyttige verktøy for å integrere ny forskning inn i praksis.

Del to er implementeringssirkelen (eng.: action cycle) som har syv faser som leder til bruk av kunnskap for å bedre praksis. Fasene i sirkelen er dynamiske og påvirker hverandre og kan også influeres av fasene i kunnskapsutvikling (Graham et al., 2006).



Figur 2. The Knowledge-to-Action (Graham et al., 2006).

Implementeringssirkelen innledes med fasen hvor et klinisk spørsmål eller problemstilling blir utgangspunkt for kunnskapsinnhenting. Når kunnskapen er innhentet bør denne vurderes med henblikk på den konteksten der den skal brukes. Denne fasen kalles ”Adapt knowledge to local context”. Før implementering av tilpasset kunnskap starter bør potensielle barrierer identifiseres for bruk av innhentet forskningsbasert kunnskap. Barrierer i denne sammenheng er definert som faktorer som kan begrense eller hindre implementering av ny kunnskap (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.85). I denne fasen, som benevnes i Figur 2. som ”Assess barriers to knowledge use”, bør også fasilitatorer identifiseres da disse er nyttige medspillere i en implementeringsprosess (Graham et al., 2006). Fasilitering påvirkes av karaktertrekk hos fasilitatoren, rolleforståelsen og på hvilken måte fasilitatoren skjøtter sine oppgaver. Fasilitatorrollen må være tydelig hvis implementering av kunnskapsbasert praksis skal lykkes (Rycroft-Malone, 2004).

Ved identifisering av fasilitatorer bør en være oppmerksom på at det er et skille mellom rollen som opinionsleder og rollen som fasilitator. Opinionsledere kan være fasilitatorer, men forskjellen mellom de to rollene synes å være at fasilitatoren bevisst bruker flere metoder for å oppnå endring, mens opinionsledere i større grad påvirker prosesser ved hjelp av egen status og teknisk kompetanse. I tillegg opererer opinionsledere mer på et lokalt nivå, mens en fasilitators arbeidsområde kanskje er hele organisasjonen og innbefatter flere faggrupper (Kitson, Harvey & McCormack, 1998).

1.5 Identifisering av barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap

Det er flere vitenskapelige metoder for å identifisere barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap. Metodene inkluderer the Delphi method, som er en strukturert kommunikasjonsteknikk for å oppnå konsensus i et panel bestående av eksperter, kvalitativ tilnærming som fokusgruppeinterjuv og spørreundersøkelser (KT Clearinghouse, 2011). I denne studien ble spørreundersøkelse valgt som metode for å identifisere barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap. Valg av metode ble bestemt ut fra at faktorer som hindrer bruk av forskningsbasert kunnskap hos sykepleiere er velkjente (Carlson & Plonczynski, 2008 ; Kajermo et al., 2010). I tillegg var det ønskelig å generalisere resultatene fra en spørreundersøkelse til alle sykepleiere i Helse Bergen. Ved kvalitativ metode, som for eksempel fokusgruppeinterjuv, så sammensettes hver gruppe så homogent som mulig fordi et felles erfaringsgrunnlag vektlegges (Malterud, 2003, s.134). Data fra fokusgruppeinterjuv vil dermed være vanskelig å generalisere til alle sykepleiere i Helse Bergen.

Det er utarbeidet valide og reliable instrumenter for identifisering av barrierer og fasiliterende faktorer som bør brukes i et implementeringsprosjekt (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s. 83). Innen sykepleie er det mest brukte instrumentet The BARRIER Scale (Funk et al., 1991). Instrumentet bygger på Rogers teori *Diffusion of Innovation* (Rogers, 2003, s.35). Teorien vektlegger fire hovedelementer i en endringsprosess, hvor en fornyelse eller idé kommuniseres til medlemmene i et sosialt system via særskilte kanaler over tid. I denne sammenheng er innovasjonen forskningen som kommuniseres til mottagerne, altså sykepleierne, via ulike kanaler i en organisasjon eller i en enhet.

Hvorvidt en fornyelse eller ide blir mottatt eller forkastet skjer som oftest trinnvis (Funk et al., 1991). Karaktertrekk knyttet til personen, organisasjonen, kommunikasjonsmåter og forskningen i seg selv påvirker i hvilken grad forskningskunnskapen opptas og implementeres inn i beslutningsprosesser, prosedyrer, retningslinjer og behandlingsforløp. Avgjørelsen om å vedta endringen eller forkaste denne oppstår ikke spontant, men først etter at individene har prøvd ut ideen eller fornyelsen.

I Norge er det utført en kartleggingsstudie av barrierer for bruk av forskningskunnskap med instrumentet The BARRIER Scale der utvalget bestod av operasjonssykepleiere (Hommelstad & Ruland, 2004). Resultatene fra denne studien samsvarer med resultater fra internasjonale studier. The BARRIER Scale er derfor tilgjengelig i en norsk versjon, men jeg valgte likevel ikke å benytte dette instrumentet fordi det er utviklet før 1987 og originalversjonen er ikke oppdatert (Funk et al., 1991 ; Kajermo et al., 2010). Datateknologi, og ikke minst tilgang til Helsebiblioteket (2010) som ble opprettet i 2004, medførte at jeg ønsket å bruke et mer tidsriktig tilpasset instrument for min mastergradsoppgave. I de senere år er også validiteten til The BARRIER Scale trukket i tvil (Gerrish et al., 2007 ; Kajermo et al., 2010). Bostrom et al. (2008) stilte spørsmål om instrumentet diskriminerte mellom sykepleiere som brukte forskning og de som ikke brukte forskning. Kajermo et al. (2010) konkluderer i en systematisk rapport at The BARRIER Scale er et for uspesifikt instrument for å identifisere generelle barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap. På tross av at det er anbefalt å bruke et eksisterende spørreskjema så var det nødvendig å bruke tid og ressurser på å oversette et annet instrument til norsk. Spørreskjemaet som ble valgt var *Development of evidence-based practice questionnaire* fordi det er egnet til å måle endringer i ”før og etter” studier relatert til implementeringstiltak for kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere (Gerrish et al., 2007).

1.6 Oppbygning av spørreskjemaet *Development of evidence-based practice*

Denne studien kartlegger barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap ved hjelp av spørreskjemaet *Development of evidence-based practice* (DEBP) utviklet i England av Gerrish et al.(2007). Se Vedlegg II. Spørreskjemaet bygger på eksisterende litteratur og

tidligere instrumenter for kartlegging av barrierer inkludert The BARRIER Scale og er relatert til Sackett`s definisjon av kunnskapsbasert praksis (Sackett et al., 1996). Instrumenet er delt i fem seksjoner. Første del etterspør i hvilken grad sykepleiere bruker ulike kunnskapskilder for støtte i praksis. Del to til fire identifiserer barrierer for kunnskapsbasert praksis og i del fem rapporterer respondentene egne ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskning i praksis.

1.6.1 Kunnskapskilder som brukes for støtte i praksis

Spørreskjemaet DEBP`s første del bygger på Estabrooks (1998) instrumentet *Sources of Practice Knowledge Questions*. Estabrooks et al. (2005) gjennomførte senere en etnografisk studie for å kunne beskrive og kategorisere ulike kunnskapskilder som sykepleierne brukte i praksis. Studien viste at sykepleierne grupperer kunnskapskildene i fire deler: (1) kunnskap innhentet i sosialt fellesskap, (2) erfaringskunnskap, (3) kunnskap fra dokumenter og (4) á priori kunnskap. Se Tabell 1.

Kunnskap innhentet i et sosialt fellesskap oppstår ved kommunikasjon mellom sykepleiere. Dette er kollegiale relasjoner hvor utveksling av informasjon finner sted med hverandre og / eller med andre helsearbeidere. Informasjonsutvekslingen kan bestå av både formell og uformell kunnskap.

Erfaringskunnskap er tilegnet gjennom observasjoner i praksis. Ofte glir erfaringskunnskap og kunnskap innhentet i et sosialt fellesskap over i hverandre. Derimot så er det ikke sjeldent at erfaringskunnskap og kunnskap innhentet fra dokumenter oppleves som motstridende. Dette tydeliggjøres særlig når dokumentert kunnskap fordrer endring i en praksis som har vært gjennomført i lang tid.

Kunnskap fra dokumenter (skriftlig og trykt materiell) delte Estabrooks et al. inn i avdelingsbaserte kilder som prosedyrer, instruksjoner og nyhetsbrev og eksterne kilder som bøker og tidsskrifter. Eksterne kilder er de minst brukte kildene, ofte forklart med mangel på tid for å søke etter kunnskap i tidsskrifter eller lese bøker.

Tabell 1. Kunnskapskilder for bruk i praksis (Estabrooks et al., 2005)

Kollegaer Avdelingsleder Ressurspersoner Studenter Fagsykepleiere	Sykepleiere	Uformell	Sosial samhandling
Leger Andre helsearbeidere	Andre faggrupper		
Pasienter Pårørende	Pasienter		
Konferanser Interne kurs	Fagbasert	Formell	
Orienteringer Møter Fagringer	Avdelingsbasert		
Hva som har fungert /ikke fungert tidligere Sykepleierens erfaringer Intuisjon			Erfaring
Pasientkurver Pasientjournaler Policy og prosedyrer Video & andre medier Nyhetsbrev Internett Bøker, tidsskrifter, tidligere forskning	Avdelingsbasert Eksterne kilder		Dokumenter
Personlige overbevisninger Grunnutdanning Sunn fornuft			A priori kunnskap

Sosiale og kulturelle forhold kan også være en forklaring. I noen avdelinger ble sykepleierne sosialisert til å opprettholde eksisterende praksis ”*sånn har vi alltid gjort det*”, uten å stille spørsmål.

A priori kunnskap som sykepleierne bringer med seg til avdelingen. Denne kunnskapen inkluderer kunnskap fra sykepleierutdanningen, tidligere erfaring, personlige overbevisninger og sunn fornuft.

1.6.2 Barrierer for å finne og vurdere forskning og å endre praksis

Spørreskjemaets andre, tredje og fjerde del undersøker barrierer for bruk av forskning og bygger på The BARRIER Scale, men framstår i en ”modernisert” utgave.

Spørreskjemaet DEBP inkluderer nasjonale retninglinjer og organisatorisk informasjon som revisjonsrapporter og fagprosedyrer inn i begrepet forskningskunnskap. The BARRIER Scale opererer med begrepet ”implementering av forskningsfunn”, men dette ble i DEBP erstattet med ”endring av praksis på grunnlag av forskning” (Gerrish et al., 2007).

I The BARRIER Scale er påstandene formulert slik at ”sykepleieren” omtales i tredje person, illustrert her ved påstand nr. 5 ”*The nurse is unaware of research*” og påstand nr. 26 ”*The nurse is unwilling to change / try new ideas*”. Dette har vært kritisert fordi formuleringen er egnet til å forvirre respondenten slik at han / hun ikke rapporterer egen erfaring, men heller den kollektive oppfatningen. Utsagnene i DEBP ble endret til subjektiv form som ”jeg”, alternativt ”min”.

1.6.3 Ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskning

Den siste delen av spørreskjemaet etterspør ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap. Mangel på slike ferdigheter i kunnskapshåndtering er en stor barriere fordi det umuliggjør målsetningen om å integrere beste forskning med egen erfaring til pasientens situasjon og verdier slik at gode beslutninger kan tas (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s. 10 ; Milne et al., 2007). Undervisning til helsepersonell i kunnskapshåndtering gir økte ferdigheter i å finne og håndtere kunnskap. Det er likevel uvisst hvorvidt disse ferdighetene leder til endringer for pasientbehandling eller bedre resultater for pasienter, da kvaliteten på tilgjengelige studier er for dårlig (Parkes et al., 2010).

2.0 Oversettelse, kulturell tilpasning og testing av spørreskjema

Prosessen med oversettelse og tilpasning av et spørreskjema til et annet språk og evt. til andre kulturelle forhold, må ha som mål å sikre at målgruppen forstår den norske versjonen like lett som kildepopulasjonen forstod den originale versjonen av skjemaet (Rahman et al., 2003). Oversettelse av et spørreskjema består av to faser, en oversettelsesfase og en evaluering av oversettelsen, også benevnt som psykometrisk testing.

2.1 Oversettelse og kulturell tilpasning av spørreskjema

Prosessen for oversettelse og tilpasning består av følgende faser: 1. Oversettelse 2. Tilbakeoversettelse 3. Vurdering av oversettelsen i konsensusgruppe 4. Pilottesting 5. Sluttversjon (World Health Organization, 2010). Skriftlig dokumentasjon av prosessen i hver fase er vesentlig. Den norske versjonen av spørreskjemaet fikk tittelen ”*Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis*”, UKBP, se vedlegg III.

Oversettelse: Det er anbefalt at minst to personer oversetter skjemaet fra kildepråket (eng: source language) til målpråket (eng: target language) uavhengig av hverandre (Beaton et al., 2000). Denne måten muliggjør sammenligninger av oversettelsene hvor ulikheter knyttet til begreper tvetydighet eller uklarhet synliggjøres. Oversetterne bør ha forskjellig bakgrunn og erfaring.

Tilbakeoversettelse er et av mange sjekkpunkter for begrepsvaliditet, da denne delen av prosessen kan avsløre inkonsistens og begrepsfeil i oversettelsen. Polit & Beck (2008, s.503) anser tilbakeoversettelse som en ”gullstandard” for å sjekke at meningsinnholdet i skjemaet er bevart og dermed kvaliteten på oversettelsen. Oversetteren(e) bør være blindet i forhold til den første oversettelsen.

Konsensusgruppen bør sammensettes av personer som kjenner fagfeltet og målgruppen for skjemaet, i tillegg til oversetterne (Polit & Beck, 2008, s.498). Målgruppens oppgave er å fastsette den endelige norske versjonen ved å gjennomgå alle oversettelsene og oppnå enighet om uklarheter og diskrepanser (Beaton et al., 2000). I tillegg må gruppen sikre at meningsinnholdet i hvert spørsmål er bevart, at innholdet i begreper på originalspråket og kildespråket samsvarer, at situasjoner som beskrives er kjente for målgruppen og at språklige særegenheter blir identifisert.

Pilottest innebærer at personer som representerer målgruppen, besvarer skjemaet for å se om spørsmålene er lett forståelige eller om noen spørsmål virket forvirrende. Testpersonene må notere tiden for utfylling. I ettertid vil disse interjuves med hensyn på helhetsvurdering av skjemaet og i forhold til hvert enkelt spørsmål (World Health Organization, 2010).

2.2 Psykometrisk testing av spørreskjema

Et spørreskjema som er utviklet i et annet land eller for mennesker i en annen kultur er ikke nødvendigvis reliabelt eller valid etter det er oversatt (Beaton et al., 2000). Individuelle og kulturelle faktorer relatert til målgruppen kan gi alvorlige målefeil fordi spørsmålene misforstås, begrepene har ulike betydninger eller at begrepene ikke har fastsatte rammer slik at det ikke viser til en presis betydning (Haraldsen, 1999, s. 20). Eksempel på det siste er begreper som holdninger, helse, sinnsstemninger eller verdier, også kalt sjelelige fenomener. Måling av sjelelige fenomener kalles psykometri (Malt, 2010). Psykometrisk metode er et samlebegrep for forskjellige typer målinger av psykologiske og kvalitative fenomener som har betydning for hvordan spørreskjemaspørsmål blir oppfattet og besvart (Polit & Beck, 2008, s. 763). For eksempel kan ubesvarte spørsmål bety at disse framstår som uklare, ikke er relevante for undergrupper i utvalget eller at spørsmålets svarkategorier ikke er dekkende (Boynton, 2004). For å få testet et instruments validitet og reliabilitet må instrumentet testes i et større representativt utvalg, psykometrisk testing (Beaton et al., 2000).

Reliabilitet referer til instrumentets stabilitet eller målesikkerhet (eng.: accuracy), for hvor pålitelig svar spørsmålene gir (Polit & Beck, 2008, s.452). Reliabiliteten bør gi svar som er stabile over tid i forhold til hvordan spørsmålene er samlet inn og i forhold til andre spørsmål som måler sammen fenomen (Haraldsen, 1999, s. 319). Reliabilitet kan bestemmes ved å gjenta målingene i samme utvalget to ganger med et intervall på ca. 14 dager, såkalt "test – retest" (Polit & Beck, 2008, s.454). Skårene fra målingene sammenlignes ved hjelp av en korrelasjonskoeffisient, som er et verktøy for kvantitativt å beskrive størrelsen og sammenhengen mellom variabler (Polit & Beck, 2008, s.453). Reliabilitetskoeffisienten varierer i praksis mellom 0,00 til 1,00, hvor høyere koeffisient betyr mer stabilitet. Reliabilitetskoeffisient over 0,70 anses som akseptabel og over 0,80 anses koeffisienten som god. En annen framgangsmåte er at flere forskere undersøker samme fenomen. Finner disse samme resultat, er det uttrykk for høy reliabilitet, og benevnes også som "inter-rater-reliabilitet" (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006, s.46).

Intern konsistens eller homogenitet sier noe om i hvilken grad instrumentet måler et fenomen. Et fenomen eller en egenskap måles ofte ved hjelp av flere spørsmål, for å dekke hele fenomenet (Polit & Beck, 2008, s.455). Cronbach`s alfa er en koeffisient som brukes for å evaluere intern konsistens. Spørreskjemaer som måler et fenomen ved hjelp av flere spørsmål blir nesten alltid evaluert for indre konsistens. Cronbach`s alfa påvirkes av gjennomsnittlig korrelasjon mellom spørsmål og antallet spørsmål. Cronbach`s alfa verdier er mellom 0.00 til +1.00, hvor høyere verdier indikerer høy intern konsistens. 0,7 er ansett som en akseptabel verdi ved måling av intern konsistens (Gerrish et al., 2007). Er Cronbach`s alfa svært høy kan det tyde på at flere spørsmål måler det samme og at noen spørsmål bør fjernes. Høy reliabilitet er nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for høy validitet. Lav reliabilitet betyr lav validitet (Polit & Beck, 2008, s.458).

Validiteten på et spørreskjema sier noe om i hvilken grad skjemaet måler det en ønsker det skal måle. Det er tolkningene av resultatene som valideres og ikke skjemaet i seg selv (Helsebiblioteket, 2009).

Innholdsvaliditet sier noe om hvorvidt alle aspekter ved begrepet som skal måles er dekket av spørsmålene. Innholdsvaliditet vurderes subjektivt, og blir ofte styrket ved at fagpersoner som kjenner feltet vurderer innholdsvaliditeten. "Face validity" er en subjektiv vurdering på om spørreskjemaet innholdsmessig ser ut til å være adekvat (Polit & Beck, 2008, s.258). "Face validity" vurderes etter at skjemaet er utviklet mens innholdsvaliditet relateres til selve prosessen ved utviklingen av skjemaet.

Kriterievaliditet er å vurdere om det er en sammenheng mellom et spørreskjema og kriterier som er eksternt definert. En vanlig måte er å sammenligne et nytt spørreskjema med et eksisterende skjema (Polit & Beck, 2008, s.459).

Begrepsvaliditet er viktig når vi måler noe som ikke konkret kan observeres (Helsebiblioteket, 2009). Abstrakte begreper som en ønsker å undersøke, må være dekket i skjemaet. Polit & Beck (2008, s.461) viser til en teknikk – Hypothesized relationships, som innebærer å teste teoretiske sammenhenger. I teorien tenker en at begrepet X er positivt korrelert med begrepet Y. Instrumentet (seksjonen) A måler begrepet X og instrumentet(seksjonen) B måler begrepet Y. Skårene på instrumentet (seksjonen) A skal da korrelere positivt på instrumentet (seksjonen) B. En skal være oppmerksom at en slik analyse kun gir en indikasjon på begrepsvaliditeten og er ikke et fullkomment bevis på denne.

3.0 Problemformulering for mastergradsoppgaven

Hensikten med denne masteroppgaven er todelt:

Del I: Å oversette og tilpasse instrumentet *Development of evidence-based practice* (DEBP) til norsk (presentert i innledningsdel)

og

Del II: Å kartlegge barrierer for kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere (presentert i artikkel) ved hjelp av instrumentet *Utvikling av kunnskapsbasert praksis* (UKBP)

4.0 Metode

Oppbyggingen av spørreskjemaet DEBP er beskrevet i innledningsdelen, avsnitt 1,6 og i artikkelens metodeavsnitt. I de følgende avsnitt beskrives oversettelsesprosessen av spørreskjemaet DEBP.

4.1 Oversettelse og tilbakeoversettelse

Oversettelsen av DEBP til norsk ble utført av to personer. Den ene var lektor ved Høgskolen i Bergen med engelsk som morsmål. Hun hadde gjennomgått videreutdanningskurs i kunnskapsbasert praksis og var fortrolig med tekniske begreper og relevante fenomener både på kildepråket og målpråket. Den andre personen var undertegnede, med norsk som morsmål. Personene oversatte skjemaet uavhengig av hverandre for så å sammenligne og diskutere ulikheter knyttet til begrepers mening og setningsformulering. I denne fasen prøvde vi å oppnå en begrepsmessig likhet av ett ord eller en frase, og ikke direkte ”ord – for – ord” oversettelse. Det ble i den første norske versjonen tilstrebet enkle, klare og konsise spørsmålsformuleringer med bruk av få ord og korte setninger (Polit & Beck, 2008, s. 479). I tillegg var det nødvendig å sikre at ikke noen utsagn etterspurte mer enn en handling.

Tilbakeoversettelse ble utført av en norsktalende lege med engelsk som morsmål. Hun hadde erfaring fra oversettelse av andre skjema innen emnet kunnskapsbasert praksis. Personen var blindet i forhold til originalversjonen av skjemaet.

4.2 Konsensusgruppe

Den norske og den engelske tilbakeoversettelsen ble deretter vurdert av en gruppe sammensatt av personer tilknyttet Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen og Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen HF. Konsensusgruppen bestod av fem sykepleiere med bred klinisk erfaring fra generell sykepleie og fra sykepleie til intensivpasienter, en sosialantropolog og i tillegg begge oversetterne av skjemaet. Før møtet ble deltagerne orientert om gruppens rolle i oversettelsesprosessen. Det ble

vektlagt at gruppens viktigste oppgave var å oppnå ekvivalens på følgende områder (Beaton et al., 2000):

- a. Semantisk ekvivalens: om meningsinnholdet er bevart i oversettelsen. Gruppen må også avklare om det er spørsmål i oversettelsen som kan forstås på flere måter, altså avdekke flertydigheter.
- b. Begrepsmessig ekvivalens: om innholdet i begrepene er likt på norsk og engelsk.
- c. Idiomatisk ekvivalens: om det er språklige eiendommeligheter, metaforer eller spesielle uttrykk som ikke brukes i det norske språket.
- d. Erfaringsmessig ekvivalens: som har til hensikt å innhente erfaringer og situasjoner som er kjente for målgruppen

Deltagerne fikk også tilsendt E – post inneholdende en tabell hvor hver rad inneholdt et spørsmål / utsagn fra spørreskjemaet og hvor hver rad var inndelt i tre kolonner. Første kolonne bestod av originalversjonens spørsmål, andre kolonne den norske førsteoversettelsen og tredje kolonne tilbakeoversettelsen.

4.3 Pilottest

Fire sykepleiere fra Voss sjukehus, Helse Bergen HF, med lang erfaring fra pasientrettet arbeid, piloterte spørreskjemaet. En av disse var nyutdannet sykepleier med bachelorgrad. Deltagerne i piloteringsgruppen fikk tildelt en versjon av skjemaet som av utseende var tilnærmet likt den ferdige versjonen. Etter en kort orientering om hvilken betydning pilottesten hadde i en oversettelsesprosess, så fylte hver deltager ut spørreskjemaet uten ytterligere forklaringer. Etter utfylling ble deltagerne spurt om en helhetsvurdering av skjemaet og hvert spørsmål ble gjennomgått med tanke på uklarheter og om skjemaet var selvforklarende.

4.4 Etikk

Tillatelse for oversettelse og bruk av spørreskjemaet DEBP ble innhentet fra Dr. Kate Gerrish før oversettelsesprosessen startet. Kartleggingsstudien var et kvalitetsutviklingsprosjekt og ble godkjent av personvernombudet i Helse Bergen, se

Vedlegg I. På spørreskjemaets forside var det informasjon til respondentene om at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at samtykke var ansett som gitt når skjemaet ble returnert i utfylt stand.

5.0 Resultater fra oversettelsesprosessen

5.1 Oversettelse, tilbakeoversettelse og vurdering i konsensusgruppen

Det ble avholdt to møter i konsensusgruppen hvor siste møtet ikke hadde fulltallig representasjon.

5.1.1 Semantisk ekvivalens

De fleste utsagnene i den engelske versjonen var relativt lette å oversette til norsk og samtidig beholde meningsinnholdet, med unntak av skjemaets første utsagn *”information that I learn about each pasient / client as an individuel”*. Tabell 2. viser hvordan utsagnet ble oversatt og tilbakeoversatt i den form det ble presentert for konsensusgruppen.

Tabell 2.

	Originalversjon	Norsk oversettelse	Tilbakeoversettelse
Innledende setning til første seksjon	The knowledge that I use in my practice is based on:	Kunnskapen som jeg bruker i min praksis er basert på:	The knowledge I use in my practice is based on:
Spørsmål 1	information that I learn about each patient/client as an individual	alt jeg får vite om hver pasient som enkeltindivid	everything I know about each patient as an individual

I konsensusgruppen ble hvert ord i det opprinnelige spørsmålet grundig diskutert og gruppen kom frem til følgende: Begrepet “informasjon” ble forstått og tolket i vid forstand som inkluderte både vesentlig og uvesentlig informasjon, skriftlig så vel som muntlig, inntrykk, assosiasjoner til tidligere pasienter eller kasus og egne preferanser og vurderinger ut fra den totale situasjonen. Datakildene kunne være pasienten selv, pårørende, innleggende lege, sykejournal, laboratoriesvar, annet helsepersonell, egne og andres erfaringer m.m. For å tydeliggjøre bredden i begrepets innhold ble ”informasjon” oversatt med ”alt jeg får vite”.

Begrepet “learn” ble tolket som at all informasjon jeg tilegner meg om hver enkelt pasient gir meg (sykepleieren) som helsearbeider økt kunnskap, som igjen var et grunnlag for beslutninger og handlinger.

Begrepet ”each patient/client as an individual” var vanskelig å oversette til vanlig terminologi i sykehus. Begrepene som ble diskutert var “hver enkelt pasient”, ”den enkelte pasient” eller ”hver pasient som enkeltindivid”. Det siste begrepet tilsa at kontakten med hver enkelt pasient framstod som unik i den forstand at individet ikke var en person blant mange, men som i kraft av seg selv tilfører (sykepleieren) ny viten og kunnskap. Konsensusgruppen ble enig om følgende formulering ”*all informasjon jeg får om hver pasient som enkeltindivid*”.

5.1.2 Erfaringsmessig ekvivalens

”Organisational information (guidelines, protocols)” i utsagn nr. 24, 32, 45, 49 og 51 ble først oversatt med ”organisatorisk informasjon (retningslinjer og prosedyrer)”. I artikkelen, som beskriver oppbyggingen av det opprinnelige spørreskjemaet, framgår det tydelig at det som etterspørres er bruk av eksterne kunnskapsbaserte retningslinjer tilgjengelig via databaser. Hensikten er å søke etter disse for så å kvalitetsvurdere disse for evt. bruk i egen praksis (Gerrish et al., 2007). At begrepet ikke omfattet lokal organisatorisk informasjon ble styrket ved at i utsagn nr. 14 brukes begrepet ”*information I get from local policy and protocols*”. *Local policy and protocols* ble av

konsensusgruppen oppfattet som lokal organisatorisk informasjon og ble oversatt til ”sykehusets retningslinjer og prosedyrer”.

5.1.3 Begrepsmessig ekvivalens

En del stillingstitler kunne ikke oversettes direkte til norsk, da det enten ikke finnes tilsvarende stillinger på sykehuset eller de ikke passer inn i organisasjonsstrukturen i Helse Bergen. Oppsummert så er det inkludert en stillingstittel eller funksjon i utsagn nr. 6, 7, 38, 39 og 41.

”Fellow practitioners” i utsagn seks, ble tolket som kollegaer jeg arbeider sammen med for å løse en eller flere oppgaver. Kollegaer i denne sammenhengen ble vurdert som personer ”jeg” samhandler med i praksis slik at oppgaver blir løst. Disse kan representere ulike faggrupper. I utsagn 38 brukes begrepet ”nursing colleagues”, og dette ble oversatt til ”sykepleiekollegaer” for å presisere at her menes fagfeller og ikke kollegaer.

”Senior clinical nurse” i utsagn syv er en stillingstittel som ikke brukes i Norge. I England og Australia er dette sykepleiere som ofte har lang erfaring, men som også kan inneha denne stillingen på grunn av tilleggskompetanse. Vi valgte å presisere begrepet ved teksten ”sykepleiere med lang erfaring og /eller spesialutdanning”.

”Nurse managers” i utsagn 39 ble oversatt til ”avdelingssykepleier” i entall.

”Practice managers” i utsagn 41 ble oversatt med ”fagsykepleier” i entall.

5.2 Pilottest

Medlemmene i piloteringsgruppen brukte fra 15 til 25 minutter å fylle ut spørreskjemaet. Gruppen var enig om at ca. 15 minutter var sannsynligvis reell tid for

utfylling. Noen brukte lenger tid fordi skjemaet i tillegg skulle vurderes i denne piloteringen.

5.2.1 Helhetsvurdering av instrumentet UKBP

Medlemmene synes spørreskjemaet var oversiktlig, spørsmålene klart formulerte og synes at det var en fin sammenheng mellom seksjonene. Det var imidlertid et unntak: det var første spørsmål. Som beskrevet i avsnitt 5.1.1., så var formuleringen av spørsmålet komplisert og piloteringsgruppen synes det var vanskelig å oppfatte hva spørsmålet etterspurte. Piloteringsgruppen foreslo å endre utsagnet fra ” *all informasjon jeg får om hver pasient som enkeltindivid*” til ” *all informasjon jeg får om hver enkelt pasient*”. Forslaget ble tatt til følge som den endelige versjonen. Det ble diskutert om spørsmålet kunne bidra til å hindre en del respondenter i å bevare skjemaet, siden dette var åpningsspørsmålet. Forslaget om å flytte spørsmålet lengre bak i spørreskjemaet ble avslått. Dette ville endre skjemaets oppbygging.

Piloteringsgruppen var usikker på forskjellen på begrepet ”research journals” i utsagn 19 og ”medical journals” i utsagn 17 og ”nursing journals” i utsagn 18. Det ble diskutert hva som lå i begrepet og for å presisere begrepet, ble utsagn 19 oversatt til ” andre helsefaglige forskningstidsskrifter”. En slik formulering innbefatter tidsskrifter relatert til fysioterapi, ergoterapi og andre fagspesifikke tidsskrifter.

5.2.2 Kontroll av noen utsagn

For å teste betydning og relevans i noen utsagn, ble medlemmene i piloteringsgruppen spurt om de kunne beskrive med egne ord hva som ble etterspurt i utsagn 15, 16 og 30. I utsagn 15 etterspørres ” *informasjon fra nasjonale føringer og retningslinjer*”.

Pilotgruppen ble spurt hva de umiddelbart tenkte når dette spørsmålet skulle fylles ut. Spontant nevnt medlemmene Ernæringsstrategien og MRSA veilederen som var relevante eksempler (Helsedirektoratet, 2009 ; Norsk folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet, 2009).

I utsagn 16 etterspørres ”informasjon som jeg får fra rapporter etter interne revisjoner” og medlemmene ble spurt om dette var et relevant spørsmål i forhold til deres arbeidsituasjon. Alle var kjent med interne revisjoner og rapportene knyttet til disse. Som eksempel ble internrevisjon knyttet til medisin håndtering på postene trukket fram.

I den norske versjonen var det lagt til et ekstra spørsmål om hvorvidt engelsk var en mulig barriere mot kunnskapsbasert praksis. Piloteringsgruppen ble spurt om dette var et relevant spørsmål. Dette ble bekreftet og samtlige forklarte med egne ord meningsinnholdet i spørsmålet.

5.3 Psykometrisk testing

Utvalg og datainnsamling er i sin helhet beskrevet i artikkelen *Faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis*. Det kan imidlertid tilføyes at utvalget, som er et klyngeutvalg, representerer 20 ulike døgnåpne sengeposter tilhørende 11 avdelinger / klinikker i somatisk sektor (n= 661). Somatisk sektor er inndelt i åtte klinikker og syv avdelinger med til sammen 53 sengeposter. Utvalget representerer avdelinger som behandler pasienter med sykdommer innen fagdisiplinene indremedisin, kirurgi, ortopedi, kreft, hjerte, lunge, gynekologi, intensivmedisin til voksne og barn, revmatologi og hud. Utvalgets sammensetning har betydning relatert til instrumentets reliabilitet. Jo mer homogent et utvalg er, jo vanskeligere er det for instrumentet å diskriminere mellom individene som besitter en faktor som skal måles i varierende grad (Polit & Beck, 2008, s.457).

Intern konsistens ble målt ved Cronbach`s alfa og ble brukt som mål på pålitelighet, men sier ikke noe om instrumentets stabilitet over tid (Polit & Beck, 2008, s. 455). Cronbach`s α var tilfredsstillende for alle dimensjoner, med unntak av dimensjonen utdanning som bestod av to spørsmål $\alpha = 0,52$. Se Tabell 2. Det var imidlertid en signifikant moderat sammenheng mellom de to utsagnene ($r = 0,35$, $p < 0,0001$). Reliabilitetskoeffisienten var $\alpha = 0,88$ for hele skjemaet totalt. Det ble ikke utført test – retest reliabilitet før kartleggingsstudien startet, for å evaluere skjemaets stabilitet.

”Face validity” og innholdsvaliditet ble ivaretatt ved at fagpersoner innen kunnskapsbasert praksis og pilotgruppen vurderte og testet skjemaet. Pilotgruppen stadfestet at spørreskjemaet var forståelig og lett å fylle ut. Skjemaet ble etter testing i pilotgruppen, trykket ved et grafisk verksted, noe som gav et tiltalende utseende på skjemaet.

TABELL 2. Intern konsistens for alle dimensjoner i UKBP

Seksjon	Dimensjon	Antall items (nr.)	Skåre	Reliabilitet Cronbach@
Alle seksjoner		52		0,88
Kunnskapskilder		22 (1-22)	Alltid=1,Aldri=5	0,84
	Erfaringskunnskap	5 (1-5)		0,67
	Sosial – og kollegial samhandling	6 (6-11)		0,72
	Utdanning	2 (12,13)		0,52
	Fagrelatert litteratur	9 (14-22)		0,80
Barrierer for å finne/vurdere forskning	Barrierer for å finne/vurdere forskning	11(23-33)	Helt enig=1, Helt uenig=5	0,88
Barrierer for å endre praksis	Barrierer for å endre praksis	5 (34-38)	Helt enig=1, Helt uenig=5	0,65
Fasilitatorer	Fasilitatorer	4 (39-42)	Alltid=1,Aldri=5	0,85
Ferdigheter		8 (45-52)	Fullstendig nybegynner=1, Ekspert=5	0,93

Begrepsvaliditet ble testet ved Hypothesized Relationships. Utgangspunktet for valg av hypoteser var at det var en sammenheng mellom ferdigheter i å søke, finne og bruke forskningsbasert kunnskap og bruk av forskningsbasert kunnskap for støtte i praksis.

Likeledes at det i teorien kunne tenkes at det var en sammenheng mellom ferdigheter i å søke, finne og bruke forskningsbasert kunnskap og rapporterte barrierer for kunnskapsbasert praksis. Resultatene fra studien viste en statistisk signifikant korrelasjon mellom disse variablene, hvilket tyder på at funnene støtter skjemaets begrepsvaliditet. Se artikkelutkast i mastergradoppgaven.

6.0 Diskusjon

Implementering av kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten er godt forankret i myndighetskrav, nasjonale og lokale føringer og i fagorganisasjoner. Det er imidlertid godt dokumentert at etablering av kunnskapsbasert praksis ikke er en enkel prosess å innføre i en organisasjon (Cummings et al., 2007 ; Foxcroft & Cole, 2003 ; Graham et al., 2006 ; Grol et al., 2007). En organisatorisk endring innebærer også en endring på individnivå (Busch et al., 2007, s.195). Endringsstrategier knyttet til læringsprosesser og den enkeltes adferd, vil oppnå større effekt når aktørene som forventes å endre sin adferd, er involvert gjennom endringsprosessen. Utgangspunktet for implementering av kunnskapsbasert praksis er sykepleierens forståelse og oppfatning av egen virkelighet. Derfor er det behov for å identifisere barrierer for kunnskapsbasert praksis og faktorer som fasiliterer kunnskapsbasert praksis på individnivå ved hjelp av et valid og reliabelt instrument. Resultatene er et grunnlag for å kunne bestemme hvilke tiltak som bør iverksettes for å øke bruk av forskning blant sykepleiere i pasientrettet arbeid (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.84).

DEBP er reliabelt og valid i henhold til begreper som dekker måling av kunnskapsbasert praksis i sykehus. Oversettelsesprosessen av instrumentet fulgte standardiserte retningslinjer for oversettelse og kulturell tilpasning (Boynton, 2004 ; Rahman et al., 2003 ; World Health Organization, 2010).

Spørreskjemaet UNBP ble brukt i en kartleggingsundersøkelse i et utvalg som var heterogent med hensyn på alder, ansiennitet og antall år etter siste utdanning. Selv om skjemaet er relativt langt og derfor tidkrevende å fylle ut, så var responsraten på 61,8 %. Det var noe lavere svar på utsagn 39 – 42 i seksjon 4 som etterspør personer i

organisasjonen som fasiliterer endring av praksis på grunnlag av beste kunnskap. Svarprosenten var imidlertid ikke under 85 % på noen av disse spørsmålene. De som ikke svarte på spørsmål 39 - 42, begrunnet hovedsakelig dette med at spørsmålet ikke var relevant p.g.a. kort ansiennitet på den aktuelle sengeposten.

Reliabiliteten ble testet med intern konsistens, som viste at Cronbach`s alfa for hele skjemaet var 0,88 noe som tyder på meget god homogenitet mellom seksjonene i skjemaet. To dimensjoner i seksjon én hadde en intern konsistens på under 0,7, som er i laveste laget, men kan aksepteres da Cronbach`s alfa for denne seksjonen i sin helhet ble målt til 0,84 (Polit & Beck, 2008, s. 454). Dimensjonen utdanning har bare to utsagn og kan forklare hvorfor Cronbach`s alfa var 0,52, da Cronbach`s alfa påvirkes av blant annet antall utsagn.

Seksjon tre hadde Cronbach`s alfa på 0,65 og er lav sammenlignet med Gerrish et al (2007) hvor seksjonen i DEBP ble målt til 0,81. Hvorfor den indre konsistens i denne seksjonen er under 0,70 kan kanskje skyldes at seksjonens første spørsmål "*Jeg føler meg ikke sikker på å begynne å endre min praksis*" ikke ble oppfattet entydig. Flere kommenterte at den enkelte sykepleier ikke hadde mandat til å endre praksis og var forpliktet til å følge gjeldende fagprosedyrer. Disse kommentarene kan tyde på utsagnets *å begynne* ble tolket som "å utføre en oppgave på en annen måte" i stedet for at det *å begynne* vil være å starte en prosess med eksempelvis et innledende forslag i kollegiet om å endre praksis innen et område på grunnlag av ny kunnskap.

Indre konsistens sier ikke noe om hvor stabilt instrumentet er over tid. En test – retest ville gitt informasjon om stabiliteten, men dette ble ikke utført før kartleggingsundersøkelsen ble iverksatt på grunn av tidsaspektet for mastergradsoppgaven. En god test – retest krever mellom 20 – 30 personer som er representative for målgruppen (Beaton et al., 2000). Rekruttering av 20 sykepleiere i en travel arbeidshverdag for å fylle ut skjemaet to ganger i løpet av en 14 dagers periode krever god planlegging før gjennomføring. En test – retest med 20 personer gir følgende regnestykke: 15 minutter skjemautfylling x 2 x 20 personer = 10 timer arbeidstid.

Gjentas spørreundersøkelsen, eller den benyttes overfor en annen gruppe, så bør skjemaets stabilitet testes.

Validiteten for UKBP ble vurdert skjønnsmessig ved face validity og innholdsvaliditet av medlemmene i konsensusgruppen og piloteringsgruppen. Dette er ikke objektive målemetoder for nevnte valideringstyper. Dette medfører at de må anses som svake målinger på instrumentets validitet (Polit & Beck, 2008, s. 458). Spørreskjemaet ble vurdert til å ha god face validitet og innholdsvaliditet av medlemmene i gruppene.

Begrepsvaliditeten for skjemaet ble målt ved hjelp av Hypothesized Relationships, hvor hypotesene ble bekreftet. I tillegg diskriminerer instrumentet UKBP mellom forskjellige aldersgrupper, ansiennitet og antall år siden siste helsefaglige eksamen og bruk av kunnskapskilder. Instrumentet skiller også mellom forskjellige aldersgrupper, antall år i praksis, antall år etter siste helsefaglige utdanning og hvordan ulike barrierer oppfattes. Se artikkelutkast i mastergradoppgaven. Dette støtter også spørreskjemaets begrepsvaliditet.

Denne studien tester ikke kriterievaliditeten da det rent praktisk ikke var mulig å finne et tilsvarende norsk instrument som kriterium. Gerrish et al. (2007) testet kriterievaliditeten på DEBP første seksjon opp mot tilsvarende utsagn i Estabrooks (1998) *Sources of Practice knowledge Questions*. Resultatene viste god kriterievaliditet.

Det er en god regel å benytte et eksisterende spørreskjema som allerede er utviklet for et formål som dekker fenomenet som ønskes kartlagt, fordi prosessen med å oversette og teste et nytt instrument er svært tid- og ressurskrevende. I tillegg vil bruk av et eksisterende skjema muliggjøre sammenligning av resultater. Det var ikke mulig å finne et tilsvarende norsk instrument for denne oppgaven, og selv om oversettelsesprosessen hadde mangler, kan disse rettes opp før instrumentet brukes i en annen gruppe sykepleiere eller i samme utvalg ved et senere tidspunkt.

6.1 Metodekritikk av oversettelsesprosessen av spørreskjemaet DEBP

En oversettelsesprosess er krevende i den forstand at alle stegene må planlegges og koordineres. Det måtte derfor tas hensyn til at denne masteroppgaven ikke var en valideringsstudie, men en kartleggingsstudie. Det kan derfor kritiseres at oversettelsesprosessen ble utført på kort tid. Piloteringsgruppen i oversettelsesprosessen var liten, hvilket kan medføre at medlemmene ikke var kritiske nok til spørsmålene. I små grupper danner det seg lett relasjoner mellom medlemmene og dermed er det lettere å oppnå enighet. Instrumentet burde ideelt sett vært testet i en gruppe bestående av 20 – 30 personer som representerte målgruppen. Tidsaspektet medførte at instrumentets stabilitet ikke gjennomgikk en test - retest og pilotert i en større gruppe.

I tillegg burde begrepsvaliditeten bli vurdert ved hjelp av ”known-groups technique”, hvor en sammenligner grupper som er forventet å være forskjellige med hensyn på kjente karakteristika eller faktorer for deretter å se om de skårer forskjellig på skjemaet (Polit & Beck, 2008, s. 756)

Den knappe tiden hindret også kontakt med forfatterne av instrumentet. Uklarheter angående spørsmål, slik som første spørsmål skulle vært framlagt for forfatterne for å høre deres syn på oversettelsen.

6.2 Metodekritikk av kartleggingsstudien *Faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis*

Det kan stilles spørsmål om det er hensiktsmessig å kartlegge barrierer for kunnskapsbasert praksis på individnivå som et ledd i en implementeringsstrategi på et organisatorisk nivå. Mennesker i en organisasjon handler i stor grad ut fra de barrierer og muligheter som konteksten fastsetter (Busch et al., 2007, s.197). Enhetene i organisasjonen Helse Bergen har en varierende kontekst med hensyn på størrelse, ledelse, faglige utfordringer og aktiviteter, faggruppers representasjon og hvordan de samhandler med andre enheter internt i organisasjonen og med omgivelsene utenfor. Denne kartleggingsstudien gir et generelt bilde på hvilke barrierer sykepleierne som

individ oppfatter, noe som kan gjøre det vanskelig å skreddersy tiltak på enhetsnivå. Likevel er organisasjonens samlede kompetanse i lærende organisasjoner viktig, fordi læring skjer ved at erfaring og kompetanse deles mellom individer. Det betinger at erfaringer på individnivå fører til læringsprosesser på organisasjonsnivå (Busch et al., 2007, s. 216).

En kartleggingsundersøkelse kan si noe om sammenhenger mellom variabler, men sier intet om kausalitet. Resultatene fra denne studien sier oss noe om sammenheng mellom ferdigheter i å finne og å håndtere kunnskap og hvilke kunnskapskilder som brukes; og hvilke barrierer sykepleierne rapporterte at de hadde. Slike sammenhenger må man vurdere om dette skyldes tilfeldigheter som for eksempel at utvalget er selektert, systematiske målefeil eller konfundere. Sammenhenger styrkes ved at resultater fra andre tilsvarende studier, enten fra andre populasjoner eller fra andre forhold støtter assosiasjonen.

Skjemaet er relativt nytt og det er få studier internasjonalt som har oversatt skjemaet. Dette kan være en ulempe fordi det medfører at sammenligning av resultater ikke kan bekrefte sammenhengene som var identifisert i studien. Via referansedatabasen ISI Web of Knowledge fant jeg kun seks studier hvor instrumentet DEBP var benyttet (Eizenberg, 2011 ; Gerrish et al., 2007 ; Mills, Field & Cant, 2009 ; Gerrish et al., 2008 ; Gerrish & Clayton, 2004 ; Palfreyman, Tod & Doyle, 2003).

I denne kartleggingsstudien ble det brukt et bekvemmelighetsutvalg, ofte benevnt som klyngeutvalg. Ulempen med å bruke et klyngeutvalg er muligheten for at sykepleiere i utvalget ikke er representative i forhold til resten av sykepleierne som er ansatt i Helse Bergen. Sengepostene som ble inkludert i utvalget var ledet av avdelingssykepleiere som ønsket at en eller to sykepleiere ved sin post deltok i videreutdanningskurs i kunnskapsbasert praksis. Det er kjent at ledelse og dermed kultur for kunnskapsbasert praksis betyr noe for hvordan forskning brukes i praksis (Cummings et al., 2007). Utvelgelsen av enheter i utvalget kan derfor representere en seleksjonsskjevhet. Den eksterne validiteten defineres som i hvilken grad studiens resultater kan overføres til en

annen setting eller populasjon enn individene som ble studert (Polit & Beck, 2008, s. 753).

Det hadde vært praktisk gjennomførbart å inkludere alle sykepleiere i Helse Bergen i denne studien, slik at utvalget ville vært lik populasjonen. Alternativt kunne jeg innhentet data for min mastergradsoppgave ved å trekke et randomisert utvalg av sykepleiere. Et slikt uvalg ville gitt en større representativitet enn ved bruk av klyngeutvalg. Faren er imidlertid lav responsrate. Derfor har jeg valgt å gjennomføre datainnsamlingen i et klyngeutvalg, selv om dette kan svekke generaliserbarheten. Lav responsrate ville også redusert generaliserbarheten.

Spørreskjemaet DEBP er utarbeidet ut fra Sackett et al.'s (1996) definisjon på kunnskapsbasert praksis. Denne definisjonen tydeliggjør ikke pasientrollen i kunnskapsbasert praksis og skjemaet DEBP identifiserer heller ikke pasientbeslutninger som en mulig barriere. Dette er en svakhet ved skjemaet. Styrken til skjemaet ligger i at det tar hensyn til at informasjonsteknologi er et viktig verktøy ved innhenting av kunnskap. Det er videre en styrke at ved utarbeiding av skjemaet ble forskning definert som mer enn publiserte artikler ved å inkludere retningslinjer som en håndterbar forskningsbasert kunnskapskilde.

6.3 Konklusjon

Spørreskjemaet UKBP synes å ha en tilfredsstillende validitet og reliabilitet. Spørreskjemaet synes å være velegnet til å identifisere faktorer som kan influere på utvikling av kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere. Instrumentet skiller mellom grupper i utvalget noe som styrker begrepsvaliditeten. Cronbach's alfa for hele skjemaet er 0,88. For å få bekreftet instrumentets validitet og reliabilitet ytterligere, er utvidet psykometrisk testing påkrevet. Spørreskjemaet kan brukes til å måle evt. endringer i bruk av forskningsbaserte kunnskapskilder, barrierer for kunnskapsbasert praksis og ferdigheter i å finne og håndtere forskningsbasert kunnskap etter at implementeringstiltak er iverksatt.

6.4 Implikasjoner for praksis

Nasjonale og lokale føringer for at praksis skal være kunnskapsbasert, vil ikke oppnås med mindre føringene støttes av implementeringstiltak rettet mot identifiserte barrierer. Varig forandring må være forankret i organisasjonen. For at en endringsprosess skal være vellykket, er det avgjørende at endringer er tilpasset mål og kultur i organisasjonen. Organisasjoner har formelle og uformelle strukturer for å tilegne seg, spre og integrere kunnskap. Hvorvidt disse strukturene er effektive, avhenger av organisasjonens kultur. Lærende organisasjoner kjennetegnes av fornyelse, nysgjerrighet, åpenhet for nye ting, akseptasjon av debatter og uenighet, en kontinuerlig deltagelse i utdanning, vekst og utvikling på alle nivåer med involverte ledere.

Resultatene fra denne studien kan være et utgangspunkt for kvalitetsforbedring når de brukes sammen med anerkjente endringsverktøy. Eksempler på endringsverktøy er SWOT analyser og fiskebensdiagram. SWOT analyse, (S = Strengths el styrker, W = Weaknesses, svakheter, O = Opportunities, muligheter, T = Threats, trusler), er også benevnt som Force – fieldanalyser, som innebærer å få en oversikt over formelle og uformelle strukturer som igjen kan inndeles i indre og ytre barrierer og fasiliterende krefter. Resultatene fra denne studien vil være et utgangspunkt i en SWOT – analyse.

Et fiskebensdiagram er et verktøy for å kartlegge mulige sammenhenger ved en årsaksanalyse. Prosessen ved en årsaksanalyse skjer ved gruppearbeid og brukes for å få fram forståelse for årsakene til et problem. Resultatene fra denne studien kan brukes til å skreddersy fasiliteringsbehov på enhetsnivå ved å se på mulige sammenhenger for manglende kunnskapsbasert praksis.

6.5 Implikasjoner for videre forskning

Oversettelsen av instrumentet UBKP bør publiseres i en valideringsstudie. Dette gjør det mulig for andre forskere å benytte instrumentet. I en framtidig valideringsstudie bør spørreskjemaet piloteres med tanke på reliabilitet ved hjelp av test – retest. Begrepsvaliditeten bør testes ytterligere ved hjelp av ”known-groups technique”.

Hvilke intervensjoner som velges for å imøtekomme barrierene som denne studien har avdekket, bør være gjenstand for ny forskning. Studien *Faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis* vil da være et utgangspunkt videre forskning som har til hensikt å se om bestemte implementeringstiltak for kunnskapsbasert praksis påvirker bruk av kunnskapskilder, oppfatning av barrierer og ferdigheter i kunnskapsbasert praksis. Spørreskjemaene som ble utdelt i denne studien var merket med ID – nummer. Dette muliggjør framtidige studier med samme utvalget for å vurdere om implementeringstiltak påvirket faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis.

7.0 Referanser

- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S. & Robertson, N. (2010) Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3), s. CD005470. Tilgjengelig fra: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd005470> > [Nedlastet 10. mai 2011].
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Philadelphia, Pa 1976)* 25 (24), s. 3186-91.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2007) *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Bostrom, A. M., Kajermo, K. N., Nordstrom, G. & Wallin, L. (2008) Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: does the BARRIERS scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science* [Internett], 3, s. 24. Tilgjengelig fra: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2405784/?tool=pubmed> > [Nedlastet 10. mai 2011].
- Boynton, P. M. (2004) Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *British Medical Journal* [Internett], 328 (7452), s. 1372-5. Tilgjengelig fra: < <http://www.bmj.com/content/328/7452/1372.long> > [Nedlastet 10. mai 2011].
- Busch, T., Johnsen, E., Vanebo, J. O. & Valstad, S. J. (2007) *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Carlson, C. L. & Plonczynski, D. J. (2008) Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), s. 322-33.
- Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L. & Hayduk, L. (2007) Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56 (4 Suppl), s. S24-39.
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzolt, F., Burls, A. & Osborne, J. (2005) Sicily statement on evidence-based practice. *BioMedCentral Medical Education* [Internett], 5 (1), s. 1. Tilgjengelig fra: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-5-1.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

- Eccles, M. P. & Mittman, B. (2006) Welcome to Implementation Science. *Implementation Science* [Internett], 1 (1). Tilgjengelig fra: < <http://www.implementationscience.com/content/1/1/1> > [Nedlastet 10.mai 2011].
- Eizenberg, M. M. (2011) Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing* [Internett], 67 (1), s. 33-42. Tilgjengelig fra: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05488.x/pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].
- Estabrooks, C. A. (1998) Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30 (1), s. 15-36.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G. & Wallin, L. (2007) Predicting Research Use in Nursing Organizations A Multilevel Analysis. *Nursing Research*, 56 (4S), s. 7 - 23.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J. & Scott-Findlay, S. (2005) Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15 (4), s. 460-76.
- Foxcroft, D. R. & Cole, N. (2009) Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (4), s. CD002212. Tilgjengelig fra: < <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsystrev/articles/CD002212/frame.html> > [Nedlastet 10. mai 2011].
- Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A. & Tornquist, E. M. (1991) BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4 (1), s. 39-45.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A. & Bailey, J. (2008) Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), s. 62-73.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S. & McNeilly, E. (2007) Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (3), s. 328-38.
- Gerrish, K. & Clayton, J. (2004) Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12 (2), s. 114-23.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006) Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions* [Internett], 26 (1), s. 13-24.

Tilgjengelig fra: <
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8750589e-e2ac-4974-8273-01a9868a6e9b%40sessionmgr115&vid=2&hid=110> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P. & Wensing, M. (2007) Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *The Milbank Quarterly*, 85 (1), s. 93-138.

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

Helse - og omsorgsdepartementet. (2006) *Nasjonal helseplan (2007 – 2010* [Internett], Oslo, Tilgjengelig fra: <
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Nasjonal_helseplan_Sartrykk.pdf > [Nedlastet 10. mai 2011].

Helse - og omsorgsdepartementet (2010) *Framtidens helsetjeneste: trygghet for alle* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: <
<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/kvalitet-og-1%C3%A6ringskultur/enkeltsvar/8455/> > [Nedlastet 4. mai 2011].

Helse Bergen (2008) *Strategi plan 2008 - 2012* [Internett], Bergen. Tilgjengelig fra: <
<http://www.helse-bergen.no/omoss/strategier/Documents/Strategiplan%202008%20-%202012.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Helse Vest RHF (2009) *Kvalitetssatsninga i Helse Vest* [Internett], Stavanger. Tilgjengelig fra: <
<http://www.helse-vest.no/fagfolk/forskning/kvalitetssatsninga-i-helse-vest/Sider/kunnskap.aspx> > [Nedlastet 4. mai 2011].

Helsebiblioteket (2009) *Om validitet. Hva betyr validitet?* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: <
<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Kartleggingsverkt%c3%b8y/Om%2bvaliditet> > [Nedlastet 4. mai 2011].

Helsebiblioteket (2010) *Helsebiblioteket* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: <
<http://www.helsebiblioteket.no/> > [Nedlastet 4. mai 2011].

Helsedirektoratet. (2009) *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: <
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00277/Nasjonale_faglige_r_277739a.PDF > [Nedlastet 10. mai 2011].

Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004) Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *Association of periOperative Registered Nurses*, 79 (3), s. 621-34.

Iles V. & Sutherland K. (2001) *Managing Change in the NHS. Organisational Change* [Internett], London. Tilgjengelig fra: < <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-booklet.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

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

Kajermo, K. N., Bostrom, A. M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A. & Wallin, L. (2010) The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science* [Internett], 5, s. 32. Tilgjengelig fra: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883534/pdf/1748-5908-5-32.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Kitson, A., Harvey, G. & McCormack, B. (1998) Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care* [Internett], 7 (3), s. 149-58. Tilgjengelig fra: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2483604/pdf/v007p00149.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Kitson, 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: theoretical and practical challenges. *Implementation Science* [Internett], 3, s. 1. Tilgjengelig fra: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2235887/pdf/1748-5908-3-1.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

KT Clearinghouse (2011) *KT Knowledge base* [Internett], Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Tilgjengelig fra: < <http://ktclearinghouse.ca/knowledgebase> > [Nedlastet 3. mai 2011].

Malt, U. (2010) *Psykometri* [Internett], Oslo, Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: < http://www.snl.no/sml_artikkel/psykometri > [Nedlastet 3. mai 2011].

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget

Mills, J., Field, J. & Cant, R. (2003) The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6 (4), s. 219-28.

Milne, D. J., Krishnasamy, M., Johnston, L. & Aranda, S. (2007) Promoting evidence-based care through a clinical research fellowship programme. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9), s. 1629-39.

Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B. & Waye Perry, B. (2007) Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85 (4), s. 729-68.

Norsk folkehelseinstitutt & Helsedirektoratet. (2009) *Nasjonal veileder for å forebygge spredning av meticillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) i helseinstitusjoner* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < <http://www.fhi.no/dav/9bc2e5e450.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Norsk sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF > [Nedlastet 10. mai 2011].

Norsk sykepleierforbund (2008) *NSFs formål, prinsipprogram og vedtekter m.m. for perioden 2008 - 2011* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/141316/NSFs%20form%20E51,%20prinsipprogram,%20vedtekter%20m.m.%20for%20perioden%202008-2011.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.

Nylenna, M., Eiring, O., Strand, G. & Rottingen, J. A. (2010) Wiring a nation: putting knowledge into action. *The Lancet* [Internett], 375 (9719), s. 1048-51. Tilgjengelig fra: < <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609618328.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Palfreyman, S., Tod, A. & Doyle, J. (2003) Comparing evidence-based practice of nurses and physiotherapists. *British Journal of Nursing*, 12 (4), s. 246-53.

Parkes, J., Hyde, C., Deeks, J. & Milne, R. (2010) Teaching critical appraisal skills in health care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3), s. CD001270. Tilgjengelig fra: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651902.CD001270> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Pasientrettighetsloven. (1999) *Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr.63* [Internett], Sist endret 4. september 2010. Tilgjengelig fra: < <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html> > [Nedlastet 3. mai 2011].

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

Rahman, A., Iqbal, Z., Waheed, W. & Hussain, N. (2003) Translation and cultural adaptation of health questionnaires. *Journal Pakistan Medical Association* [Internett], 53 (4), s. 142-7. Tilgjengelig fra: < <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/115.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of innovations*. New York, Free Press.

Rosenberg, W. & Donald, A. (1995) Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *British Medical Journal* [Internett], 310 (6987), s. 1122-6. Tilgjengelig fra: < <http://www.bmj.com/content/310/6987/1122.extract> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Royle, J. & Blythe, J. (1998) Promoting research utilisation in nursing: the role of the individual, organisation, and environment. *Evidence-Based Nursing* [Internett], 1 (3), s. 71-72. Tilgjengelig fra: < <http://ebn.bmj.com/content/1/3/71.full.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Rycroft-Malone, J. (2004) The PARIHS framework--a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), s. 297-304.

Rycroft-Malone, J. (2008) Evidence-informed practice: from individual to context. *Journal of Nursing Management*, 16 (4), s. 404-8.

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B., Seers, K. & Titchen, A. (2002) Getting evidence into practice: ingredients for change. *Nursing Standard*, 16 (37), s. 38-43.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* [Internett], 312 (7023), s. 71-2. Tilgjengelig fra: < <http://www.bmj.com/content/312/7023/71.short> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Senge, P. M. (1990) *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York, Doubleday.

Sosial - og Helsedirektoratet. (2005) *Og bedre skal det bli!. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial - og helsetjenesten* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1162_4390a.pdf > [Nedlastet 11. mai 2011].

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011) Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science* [Internett], 6, s. 1. Tilgjengelig fra: < <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-6-1.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P. & Haynes, B. (2005) *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 3.utg. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone.

Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2009) *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester, Wiley-Blackwell.

Sykepleien Forskning (2009) *Dette er Sykepleien Forskning* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-lenket-kontakt?p_document_id=121119 > [Nedlastet 12. mai 2011].

Sykepleiefaglig råd i Helse Bergen (2010) *Mandat for sykepleiefaglig råd*, Bergen, Helse Bergen.

Wiktionary (2010) *Implementere* [Internett], Wikipedia. Tilgjengelig fra: < <http://no.wiktionary.org/wiki/implementere> > [Nedlastet 11. mai 2011].

World Health Organization (2004) *World Report on Knowledge for Better Health* [Internett], Geneva. Tilgjengelig fra: < <http://www.who.int/rpc/meetings/pub1/en/> > [Nedlastet 11. mai 2011].

World Health Organization (2010) *Process of translation and adaptation of instruments* [Internett]. Tilgjengelig fra: < http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ > [Nedlastet 11. mai 2011].

Faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis

Anne Dalheim

Senter for kunnskapsbasert praksis i helsefag,

Avdeling for helse – og sosialfag,

Høgskolen i Bergen

Artikkelen planlegges publisert i tidsskriftet Sykepleien forskning.

Innledning

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Nortvedt et al., 2007, s. 15). Internasjonalt og nasjonalt har myndigheter og fagorganisasjoner vært pådrivere for at kunnskapsbasert praksis skal være standard for helsetjenesten (Sanders & Haines, 2006 ; World Health Organization, 2006 ; Norsk sykepleierforbund, 2011; Sosial – og helsedirektoratet, 2005; Kunnskapsdepartementet, 2009). Incentivene er at en kunnskapsbasert helsetjeneste i større grad vil kunne møte utfordringer knyttet til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Implementering av kunnskapsbasert praksis er en kompleks oppgave hvor barrierene finnes på flere nivå i organisasjonen. Litteraturen viser at tiltak for implementering av kunnskapsbasert praksis vil ha større mulighet for å lykkes hvis disse imøtekommer identifiserte barrierer (Baker et al., 2010). Det mest brukte instrumentet for å kartlegge barrierer for kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere er The BARRIER Scale (Funk et al., 1991). Oppsummert forskning viser at de dominerende barrierene er relatert til organisatoriske faktorer som mangel på tid til å finne forskning, implementere denne og manglende autoritet for å implementere funn. Barrierene er konsistente uavhengig av tid, geografisk sted, utvalgsstørrelse, responsrate og organisasjon (Kajermo et al., 2010).

The BARRIER Scale har vært kritisert fordi instrumentet kun identifiserer barrierer for bruk av forskning og ikke identifiserer i hvilken grad sykepleiere bruker andre kunnskapskilder for støtte i praksis, relatert til definisjonen på kunnskapsbasert praksis (Gerrish et al., 2007). Klinisk erfaring er en forutsetning for å kunne avgjøre om funn fra forskning er relevant å bruke i praksis, enten som generelle tiltak for egen pasientgruppe eller som tiltak for den enkelte pasient (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, s. 6). Siden BARRIER Scale ble utviklet har internett blitt et viktig verktøy for innhenting av kunnskap. Medisinske databaser, forskningstidskrifter og store internasjonale retningslinjedatabaser er nå gratis tilgjengelig for helsepersonell via Helsebiblioteket (2010). Det er behov for å se hvordan dette påvirker bruk av ulike kunnskapskilder.

Innhenting av kunnskap for bruk i praksis krever systematisk metodikk og ikke tilfeldig søking på nettet. Hvordan sykepleiere vurderer egne ferdigheter i å finne, vurdere og bruke kunnskap synes å være en viktig faktor å ta hensyn til ved implementering av kunnskapsbasert praksis.

Helse Vest RHF har tildelt midler til to kvalitetsutviklingsprosjekter som har som mål å utarbeide kunnskapsbaserte retningslinjer i henhold til fastsatte kriterier. Delmål i det ene prosjektet var å kartlegge barrierer for kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere før implementeringstiltak iverksettes.

Hensikten med denne studien var å identifisere hvilke kunnskapskilder sykepleiere baserer praksis på, hvilke barrierer de oppgir som hinder for kunnskapsbasert praksis og hvilke ferdigheter de oppgir i å finne, vurdere og implementere forskningsbasert kunnskap. I tillegg ønsket vi å se om det var sammenheng mellom vurdering av egne ferdigheter i å finne og håndtere forskningsbasert kunnskap og:

- rapportere kunnskapskilder som brukes
- rapporterte barrierer for kunnskapsbasert praksis

Metode

Vi utførte en tverrsnittundersøkelse ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen HF. Foretaket behandler nesten 600 000 pasienter og utdanner et par tusen helsearbeidere årlig (Helse Bergen, 2010). Utvalget besto av sykepleiere som arbeidet ved 20 utvalgte sengeposter i somatisk sektor (1100 senger). Kriterier for valg av sengeposter var at ledelsen hadde meldt interesse for å delta i sykehusets prosjekt ”*Implementering av kunnskapsbasert praksis*”. Alle sykepleiere ved de 20 utvalgte enhetene ble inkludert (n=661). Eksklusjonskriterier var sykepleiere som var sykmeldte, i permisjon eller hadde ferie i datainnsamlingsperioden. Datainnsamlingsperioden varte fra 8. november til 3. desember 2010.

Datainnsamling

Spørreskjemaet ble merket med ID – nummer og fordelt til sykepleiere med påheftet svarkonvolutt. Avdelingssykepleier ved den enkelte sengepost valgte ut en kontaktperson som fikk ansvar for datainnsamlingen. Før datainnsamlingen startet ble kontaktpersonene informert om hensikten med studien, at studien var aidentifisert og at det var frivillig å delta. Kontaktpersonene videreformidlet informasjon om studien til sykepleierne ved sine respektive poster via E – post og informasjonsmøter. I tillegg ble et gavekort trukket blant respondenter som hadde besvart spørreskjemaet innen datainnsamlingsperiodens avslutning. Utfylte spørreskjemaer ble innsamlet på sengeposten. En annen person enn undersøger åpnet konvoluttene og leverte de kodete spørreskjemaene videre for databehandling, slik at det ikke var mulig å koble utfylt spørreskjema til respondenten.

Spørreskjemaet

Spørreskjemaet *Development of evidence-based practice questionnaire* (DEPB) er selvrappporterende og utviklet for å kartlegge faktorer som har betydning for utvikling av kunnskapsbasert praksis (Gerrish et al., 2007). Spørreskjemaet ble oversatt til norsk etter WHO's prosedyre for oversettelse og tilpassing før datainnsamlingen startet (World Health Organization, 2010). I den norske versjonen ble det lagt til et spørsmål i seksjon to om hvorvidt engelsk var en mulig barriere for bruk av forskningsbasert kunnskap. Tillatelse til å oversette og bruke skjemaet ble innhentet av Dr. Gerrish. Oversettelsen er utført av førsteforfatter og er ikke publisert.

Skjemaet har 49 prestrukturerte spørsmål som besvares ved hjelp av en fem punkts Likert skala. I tillegg er det fire åpne spørsmål. Spørreskjemaet er inndelt i fem seksjoner. Første seksjon etterspør bruk av kunnskapskilder for støtte i praksis. Seksjonen består av 22 spørsmål, hvor svarene skåres fra *aldri* = 1 til *alltid* = 5. Seksjon to til fire kartlegger barrierer for kunnskapsbasert praksis ved hjelp av 20 påstander. Skåring i seksjon to og tre er fra *helt enig* = 1 til *helt uenig* = 5. Seksjon fire har, i motsetning til seksjon to og tre, en positiv valør på spørsmålene med skåring fra *alltid* = 1 til *aldri* = 5. Deretter spørres respondenten i et åpent spørsmål om det er andre faktorer som hindrer kunnskapsbasert praksis. Det gis også mulighet for respondenten til å foreslå tre faktorer som kan fasilitere kunnskapsbasert praksis.

Seksjon fem har åtte spørsmål som etterspør ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap. Svarene rangert fra *helt nybegynner* = 1 til *ekspert* = 5. Spørreskjemaet avsluttes med spørsmål om demografiske variabler som alder, kjønn, utdanning, antall år i praksis og årstall for avlagt eksamen som sykepleier. Endelig spørres det om siste faglige utdanning og årstallet for når eksamen ble avgitt.

Personvern og forskningsetikk

Tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ble innhentet av avdelingsleder i Forsknings- og utviklingsavdelingen ved sykehuset. Samtykke til å delta i spørreundersøkelsen var ansett som gitt når spørreskjemaet ble returnert i utfylt stand. For å sikre respondentenes rettigheter og integritet ble godkjenning for gjennomføring av studien innhentet av personvernombudet ved foretaket. Kvalitetssjefen ved foretaket oppbevarer kodenøkkelen.

Dataanalyse

SPSS for Windows versjon 18.0 (Chicago, USA) ble brukt for statistisk analyse av data. Gjennomsnittlig skåre for hver påstand i hver seksjon i instrumentet ble beregnet og rangert etter betydning. For å øke lesbarheten, er resultatene presentert i en indeksskala ved å dividere gjennomsnittlig verdi for hver påstand med fem (fem svaralternativer) og deretter ved å multiplisere med 100. Det vil si at minimum skåre er 20 og maksimum skåre er 100.

For å undersøke om gjennomsnittlig alder, ansiennitet og antall år siden siste helsefaglige utdanning varierte relatert til ulike svarkategorier for påstander ble det brukt linear regresjonsanalyse. I denne analysen ble svarkategorien ”ofte/alltid” holdt som referansekategori for bruk av kunnskapskilder (Tabell 3) og ”uenig/helt uenig” som referansekategori for rapporterte barrierer (ikke vist i tabell). Videre, for å undersøke om en mulig trend mellom de nevnte variablene og svarkategorier, ble svarkategoriene inkludert som lineære ledd i enkel linear regresjonsanalyse.

Khikvadrattest ble benyttet for å undersøke sammenhenger mellom selvrapporterte ferdigheter i kunnskapsbasert praksis og

- hvilke kunnskapskilder respondentene rapporterer at de bruker som støtte i praksis
- rapporterte barrierer for kunnskapsbasert praksis

For å undersøke mulige korrelasjoner mellom disse variablene, brukte vi Spearmans korrelasjonskoeffisient ujustert og justert for sykepleiernes alder (Tabell 5).

Alle tester var tosidige og betraktet som statistisk signifikant dersom p verdier var mindre eller lik 0,05.

Resultater

Av 661 inviterte deltakere i denne studien, returnerte 407 sykepleiere utfylt spørreskjema som resulterte i en responsrate på 61,8 %. Gjennomsnittsalder for utvalget var 37,4 år og en median verdi på 35 år. Den yngste var 22 år og den eldste var 63 år. Sykepleierne i utvalget hadde ansiennitet fra 0 til 40 år med medianverdi på 9 år. Antall år siden siste helsefaglige utdanning var fra 0 – 37 år med median verdi på 5 år. Demografiske variabler er presentert i Tabell 1.

Kunnskapskilder som rapporteres for støtte i praksis

Rangering av kunnskapskildene viste at informasjon som ble innhentet om den enkelte pasient, samt erfaringsbasert kunnskap og kunnskap innhentet fra kollegaer og andre samarbeidspersoner var de fem mest brukte kunnskapskildene i praksis, se Tabell 2. Informasjon fra sykehusets retningslinjer og prosedyrer var den tredje mest brukte kunnskapskilden. Forskningsartikler publisert i medisinske, sykepleiefaglige eller andre helsefaglige tidsskrifter var blant de fem minst benyttete kunnskapskildene i praksis.

Sykepleiere som "sjelden/aldri" brukte erfaringsbasert kunnskap hadde lavere gjennomsnittsalder enn sykepleiere som brukte erfaringsbasert kunnskap "ofte/alltid", se Tabell 3. Det var en statistisk signifikant økende alderstrend fra kategorien "aldri/sjelden" til kategorien "ofte/alltid" for påstandene *min personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid* ($P = 0,02$), *det som har fungert for meg over lang tid* ($P < 0,0001$), måten

jeg alltid har gjort det på ($P < 0,0001$) og *informasjon jeg får fra sykehusets retningslinjer og prosedyrer* ($P < 0,0001$) vist ved regresjonsanalyse. Lignende trender ble også observert for variablene ansiennitet og antall år siden siste helsefaglige utdanning.

Det var også en statistisk signifikant økende alderstrend fra kategorien ”aldri/sjelden” til kategorien ”ofte /alltid” for påstandene *artikler publisert i medisinske tidsskrifter* og *artikler publisert i sykepleietidsskrifter* vist ved regresjonsanalyse (Tabell 3). Alderen for deltakerne som svarer ”aldri/sjelden” er i gjennomsnitt 7 år yngre enn dem som svarer ”ofte/alltid” ($P < 0,0001$). Lignende trend ble også observert for ansiennitet ($P < 0,0001$), men ikke for gjennomsnittlig antall år etter siste helsefaglige eksamen relatert til *artikler publisert i sykepleietidsskrifter* ($P = 0,06$).

Regresjonsanalyse viser imidlertid en statistisk signifikant avtagende trend for alder med hensyn til følgende kategorier fra ”aldri/sjelden” til ”ofte/alltid” for kunnskapskildene *lærebøker* og *det jeg lærte i min utdanning* (begge $P < 0,0001$, ikke vist i tabell). Trendene er også signifikante for variablene ansiennitet ($P < 0,0001$) og antall år etter siste eksamen ($P < 0,0001$).

Barrierer for kunnskapsbasert praksis?

De fem største barrierene for kunnskapsbasert praksis er mangel på tid for å finne forskning og å endre praksis på grunnlag av funn, bedømme kvaliteten på forskning og å forstå engelskspråklige publikasjoner, se Tabell 4. Den minste barrieren var kulturen på sengeposten. Sykepleiere som er ”helt enig/enig” i påstanden *Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne forskningsartikler* er i gjennomsnitt 4,7 år yngre enn utvalgets samlede gjennomsnittsalder vist ved regresjonsanalyse ($P < 0,0001$, ikke vist i tabell). Sykepleiere som er ”helt enig/enig” i påstanden *Det er ikke nok tid på jobb til å iverksette endringer i praksis* er i gjennomsnitt 6,5 år yngre enn gjennomsnittsalderen for det samlede utvalget ($P < 0,0001$, ikke vist i tabell). Yngre sykepleiere og sykepleiere med kortere ansiennitet har generelt større barrierer for endring av praksis på grunnlag av ”beste” tilgjengelige kunnskap enn sykepleiere som representerer aldersgjennomsnittet i utvalget. Denne trenden er statistisk signifikant. En ser tilsvarende trend når det gjelder variabelen antall år siden siste eksamen.

Sykepleiere som svarer ”uenig/helt uenig” har en statistisk signifikant lavere gjennomsnittsalder enn de som er ”helt enig/enig” i påstandene *Jeg vet ikke hvordan jeg finner relevante forskningsartikler*, *Jeg føler meg ikke sikker på hvordan jeg skal bedømme kvaliteten på forskningsartikler* og *Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for min praksis* ($P < 0,0001$, ikke vist i tabell). Trenden er også signifikant knyttet til variablene ansiennitet og antall år siden siste helsefaglige eksamen.

Hvilke ferdigheter vurderer sykepleiere at de har for å finne, vurdere og implementere forskningsbasert kunnskap?

Hvordan sykepleierne i utvalget vurderer egne ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap (kunnskapshåndtering) er illustrert i Figur 1. Internett er det verktøyet som brukes i størst grad for å søke etter informasjon. Bortsett fra bruk av internett og bibliotek for å finne kunnskap, så vurderte over 50 % av sykepleierne at egne ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap befinner seg i kategorien ”fullstendig nybegynner/novise”. Det var en statistisk signifikant trend for at jo lenge tid siden siste helsefaglige eksamen, jo lavere vurderte sykepleierne egne ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap ($P < 0,0001$, ikke vist i tabell).

Sammenheng mellom vurdering av egne ferdigheter i å finne, vurdere og endre praksis og:

- **rapporterte kunnskapskilder som brukes**
- **rapporterte barrierer for kunnskapsbasert praksis**

Det var statistisk signifikant sammenheng mellom bruk av artikler publisert i tidsskrifter og selvrapporterte ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap målt ved khikvadrattest, se Tabell 5). Det var også en statistisk signifikant korrelasjon mellom ferdigheter i kunnskapsbasert praksis og variablene *Artikler publisert i sykepleietidsskrifter* (Spearman’s $r = 0,18$, $P < 0,0001$, justert for alder Spearman’s $r = 0,21$, $P < 0,0001$) og *Artikler publisert i medisinske tidsskrifter* (Spearman’s $r = 0,29$, $P < 0,0001$, justert for alder var Spearman’s $r = 0,33$ $P < 0,0001$).

Khikvadrattest viste statistisk signifikant sammenheng mellom utvalgets vurdering av egne ferdigheter og barrierer for kunnskapsbasert praksis representert ved følgende variabler: *Jeg vet ikke hvordan jeg finner relevante forskningsartikler* (Spearman's $r = 0,55$, $P < 0,0001$, justert for alder var Spearman's $r = 0,50$, $P < 0,0001$), *Jeg synes det er vanskelig å forstå forskningsartikler* (Spearman's $r = 0,43$, $P < 0,0001$, justert for alder var Spearman's $r = 0,42$, $P < 0,0001$) og *Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for min praksis* (Spearman's $r = 0,30$, $P < 0,0001$, justert for alder var Spearman's $r = 0,35$, $P < 0,0001$).

Diskusjon

Kunnskapskilder som rapporteres for støtte i praksis

Artikler publisert i medisinske, sykepleiefaglige og andre helsefaglige tidsskrifter er som forventet blant de fem minst brukte kunnskapskildene i praksis og samsvarer med andre studier (Estabrooks et al., 2005 ; Gerrish et al., 2008 ; Thompson, Moore & Estabrooks, 2008). Et overraskende resultat i denne studien var at sykepleiere som "sjelden/aldri" brukte forskningsbasert kunnskap hadde lavere gjennomsnittsalder, kortere ansiennitet og færre antall år siden siste helsefaglige eksamen enn sykepleiere som brukte disse kildene "ofte/alltid". Dette står i motsetning til hva Milner, Estabrooks & Humphrey (2005) fant, hvor økende alder indikerte lavere skåre på bruk av forskningsbasert kunnskap. Hvorfor alder, ansiennitet og antall år siden siste helsefaglige utdanning fordelte seg på ulike svarkategorier som beskrevet, kan skyldes at erfarne sykepleiere besitter en bakgrunnskunnskap som gir trygghet for hvordan rutineoppgaver skal løses og uforutsette hendelser skal håndteres (Nortvedt & Jamtvedt, 2009). Erfarne sykepleiere stiller gjerne andre typer spørsmål hvor svarene finnes i forskningsbaserte kunnskapskilder. Slike spørsmål er benevnt som forgrunnsspørsmål, hvor en ønsker spesifikk kunnskap for beslutninger. Mindre erfarne sykepleiere søker generell kunnskap innen et tema og stiller bakgrunnsspørsmål, hvor svarene finnes i lærebøker, kunnskap fra utdanning og hos mer erfarne fagfeller (DiCenso, Guyatt & Cliliska, 2005, s. 21). Oppsummert forskning viser imidlertid ingen assosiasjon mellom alder og ansiennitet og bruk av forskningsbasert kunnskap (Squires et al., 2011).

Denne studien og andre tilsvarende studier viser at sykehusets retningslinjer og prosedyrer er en informasjonskilde som er mye brukt i praksis (Gerrish et al., 2008 ; Squires, Moralejo & Lefort, 2007). Det er nærliggende å tenke at gode kunnskapsbaserte fagprosedyrer eller retningslinjer vil være egnet verktøy for å sikre at ny forskning integreres i praksis (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.73). Selv om retningslinjer baseres på beste tilgjengelige kunnskap og er lett tilgjengelige i organisasjonens dokumentstyringssystem, er ikke dette tilstrekkelig for at de brukes. Effektive implementeringstiltak er en forutsetning for å få dette til, men tilgjengelig litteratur gir oss ikke svar på hvilke tiltak som mest effektive (Treweek et al., 2005). I tillegg må en skape en organisatorisk og faglig bevisstgjøring på hvilke konsekvenser det innebærer og ikke bruke sykehusets godkjente retningslinjer og prosedyrer, også når disse ikke er kunnskapsbaserte (Squires, Moralejo & Lefort, 2007).

Barrierer for kunnskapsbasert praksis?

Den største barrieren for bruk av forskningsbasert kunnskap er manglende tid til å finne forskning og er i samsvar med andre tilsvarende studier (Kajermo et al., 2010; Palfreyman, Tod & Doyle, 2003). Kultur på sengeposten for å endre praksis ble vurdert som den minste barrieren. Det er interessant å se disse to barrierene i sammenheng. Thompson et al. (2008) undersøkte forholdet mellom begrepet ” ikke tilstrekkelig tid” og kunnskapsbasert praksis. Tidsmangel reflekterer den mentale tiden og energien som kreves for å bruke forskning og til kulturen for travelhet, mer enn til den aktuelle klokketiden. Sykepleiere, deres medarbeidere og organisasjonen selv opprettholdt en kultur hvor travelhet verdsettes og belønnes. En slik kultur favoriserer ikke medlemmer som setter seg ned og leser eller reflekterer over forskningsresultater, men verdsetter i stor grad observerbare oppgaver utført ”ved sengen”.

En kultur som derimot virker støttende på implementering av forskning i praksis anses som en sterk motivasjon til å bruke forskningsbasert kunnskap (McCaughan et al., 2002). Det er funn som tyder på at administrativ og kollegial støtte sannsynligvis betyr mer for bruk av forskning, enn tidsmangel p.g.a. høyt arbeidstempo (Thompson et al., 2008). Kulturell motstand er kanskje mer relatert til likegyldighet og mangel på handling enn aktiv motstand (McCaughan et al., 2002).

Tidsfaktoren i denne studien opplevdes som en større barriere for yngre sykepleiere og sykepleiere med kortere ansiennitet enn gjennomsnittet for utvalget. Dette kan kanskje ses i sammenheng med personlige egenskaper som erfaring og trygghet og hvordan oppgaver løses i en kompleks organisasjon (Thompson et al., 2008).

Hvilke ferdigheter vurderer sykepleiere at de har for å finne, vurdere og implementere forskningsbasert kunnskap?

Sykepleierne vurderte egne ferdigheter i kunnskapsbasert praksis som lave. Tidligere studier har forklart den lave bruken av forskningsbasert kunnskap med manglende kompetanse i å finne og vurdere forskning og å forstå denne (Funk et al., 1991; Squires, Moralejo & Lefort, 2007; Cadmus et al., 2008). Dette skulle tilsi at kurs i kunnskapsbasert praksis vil føre til mer bruk av forskningsbasert kunnskap. Effekten av undervisning som eneste tiltak for å øke bruk av forskningsbasert kunnskap er imidlertid svært usikker (Thompson, Moore & Estabrooks, 2008 ; Forsetlund et al., 2009 ; Rycroft-Malone et al., 2004). Det å inneha ferdigheter i kunnskapsbasert praksis, betyr heller ikke at en implementerer kunnskapen i praksis (McCleary & Brown, 2003).

Sammenheng mellom vurdering av egne ferdigheter i kunnskapsbasert praksis og:

- **bruk av kunnskapskilder**
- **rapporterte barrierer**

I denne studien var det en statistisk signifikant sammenheng mellom ferdigheter i kunnskapsbasert praksis og hvilke kunnskapskilder som brukes. Likeledes var det statistisk signifikant sammenheng mellom ferdigheter og hvordan barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap vurderes også etter justering for alder. Bruk av forskning skjer ikke isolert, men påvirkes av faktorer på individnivå, samarbeid mellom flerfaglige grupper, ledelse og organisatorisk tilrettelegging (Straus, Tetroe & Graham, 2009, s.104). Estabrooks et al. (2005) påpeker at faget sykepleie og hvordan praksis er organisert, kan være årsakene til at uformelle kilder brukes i så stor grad. Sykepleiefaget har tradisjonelt vært fundamentert på en teori – veiledet praksis, i motsetning til medisin som er dominert av empiriske modeller for

kunnskap, særlig innhentet fra randomiserte kontrollerte studier (DiCenso et al., 2004 ; Gerrish et al., 2007).

Begrensinger:

Studien reflekterer utvalgsmedlemmenes oppfatninger og gir ikke svar på underliggende årsaker til resultatene. Studien beskriver status i en periode, og kan si noe om mulige sammenhenger, men det er vanskelig å trekke kausale konklusjoner.

Konklusjon

Studien viser at erfaringsbasert kunnskap er den viktigste kunnskapskilden for sykepleiere i praksis og forskningsbasert kunnskap brukes minst. Den mest betydningsfulle barrieren for bruk av forskningsbasert kunnskap er mangel på tid, mens den minst betydningsfulle var kultur på arbeidsplassen. Hvilke kunnskapskilder som brukes og barrierer for kunnskapsbasert praksis påvirkes av alder, ansiennitet og antall år etter siste helsefaglige eksamen. Sykepleierne vurderte egne ferdigheter i kunnskapshåndtering som lave. Det var en sammenheng mellom gode ferdigheter i kunnskapshåndtering og barrierer for kunnskapsbasert praksis. Likeledes er det sammenheng mellom gode ferdigheter i kunnskapshåndtering og hvilke kunnskapskilder sykepleiere brukte.

Takksigelser

Kvalitetssatsninga i Helse Vest takkes for finansiell støtte til gjennomføring av studien. Takk også til Odd Rune Hegrenes, FoU – avdelingen i Helse Bergen som introduserte dataprogrammet Corporator Surveyor. Programmet reduserte risikoen for feil ved innregistrering av data i SPSS.

Referanser

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S. & Robertson, N. (2010) Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (3), s. CD005470. Tilgjengelig fra: <
<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005470/frame.html> > Nedlastet 10. mai 2011].

Cadmus, E., Van Wynen, E. A., Chamberlain, B., Steingall, P., Kilgallen, M. E., Holly, C. & Gallagher-Ford, L. (2008) Nurses' skill level and access to evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration*, 38 (11), s. 494-503.

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

DiCenso, A., Prevost, S., Benefield, L., Bingle, J., Ciliska, D., Driever, M., Lock, S. & Titler, M. (2004) Evidence-Based Nursing: Rationale and Resources. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, First Quarter, s. 69-75.

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

Forsetlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J. & Oxman, A. D. (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internett], (2), s. CD003030. Tilgjengelig fra: <
http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD003030/pdf_abstract_fs.html > [Nedlastet 10. mai 2011].

Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A. & Tornquist, E. M. (1991) BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, 4 (1), s. 39-45.

Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A. & Bailey, J. (2008) Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), s. 62-73.

Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S. & McNeilly, E. (2007) Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (3), s. 328-38.

Helse Bergen. (2010) *Helse Bergen* [Internett], Bergen. Tilgjengelig fra: < <http://www.helsebergen.no/OMOSS/Sider/side.aspx> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Helsebiblioteket (2010) *Helsebiblioteket* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < <http://www.helsebiblioteket.no/> > [Nedlastet 4. mai 2011].

Kajermo, K. N., Bostrom, A. M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Estabrooks, C. A. & Wallin, L. (2010) The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science* [Internett], 5, s. 32. Tilgjengelig fra: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883534/pdf/1748-5908-5-32.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Kunnskapsdepartementet. (2009) *St. meld. nr. 30 Klima for forskning* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-30-2008-2009-.html?id=556563> > [Nedlastet 10. mai 2011].

McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T. A. & Thompson, D. R. (2002) Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (1), s. 46-60.

McCleary, L. & Brown, G. T. (2003) Association between nurses' education about research and their research use. *Nurse Education Today*, 23 (8), s. 556-65.

Milner, F. M., Estabrooks, C. A. & Humphrey, C. (2005) Clinical nurse educators as agents for change: increasing research utilization. *International Journal Nursing Studies*, 42 (8), s. 899-914.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Om sykepleie* [Internett], Oslo, Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: < https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/ArtikkelMedLenker?p_dimension_id=267893&p_menu_id=17038 > [Nedlastet 10. mai 2011].

Nortvedt, M. W. & Jamtvedt, G. (2009) Kunnskapsbasert praksis: Engasjerer og provoserer. *Sykepleien* [Internett], 97 (07), s. 64-69. Tilgjengelig fra: < http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=160590 > [Nedlastet 10. mai 2011].

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.

Palfreyman, S., Tod, A. & Doyle, J. (2003) Comparing evidence-based practice of nurses and physiotherapists. *British Journal of Nursing*, 12 (4), s. 246-53.

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004) An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing* [Internett], 13 (8), s. 913-24. Tilgjengelig fra: < <https://bega.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@campuses/@bega/documents/doc/uow066297.pdf> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Sanders, D. & Haines, A. (2006) Implementation Research Is Needed to Achieve International Health goals. *Public Library of Science Medicine* [Internett], 3 (6), s. 719 - 722. Tilgjengelig fra: < <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030186> > [Nedlastet 10. mai 2011].

Sosial - og Helsedirektoratet. (2005) *Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial - og helsetjenesten* [Internett], Oslo. Tilgjengelig fra: < http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1162_4390a.pdf > [Nedlastet 11. mai 2011].

Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011) Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science* [Internett], 6, s. 1. Tilgjengelig fra: < <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-6-1.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Squires, J. E., Moralejo, D. & Lefort, S. M. (2007) Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses. *Implementation Science* [Internett], 2, s. 17. Tilgjengelig fra: < <http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-2-17.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2009) *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester, Wiley-Blackwell.

Thompson, D. S., Moore, K. N. & Estabrooks, C. A. (2008) Increasing research use in nursing: implications for clinical educators and managers. *Evidence-Based Nursing* [Internett], 11 (2), s. 35-9. Tilgjengelig fra: < <http://ebn.bmj.com/content/11/2/35.full.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

Thompson, D. S., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L. & Estabrooks, C. A. (2008) The relationship between busyness and research utilization: it is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (4), s. 539-48.

Treweek, S., Flottorp, S., Fretheim, A., Håvelsrud, K., Kristoffersen, D., Oxman, A. & Aasland, O. (2005) Retningslinjer for allmennpraksis - blir de lest og blir de brukt? *Tidsskrift for Den norske legeförening* [Internett], 3 (125), s. 300-303. Tilgjengelig fra: < <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2005%7C300-3.pdf> > [Nedlastet 11. mai 2011].

World Health Organization (2006) *Bridging the "Know -Do" Gap. Meeting om Knowlegde Translation in Global Health*[Internett], Geneva, Tilgjengelig fra: <
http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf > [Nedlastet 11. mai 2011].

World Health Organization (2010) *Process of translation and adaptation of instruments* [Internett]. Tilgjengelig fra: <
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ > [Nedlastet 11. mai 2011].

Tabell 1. Demografiske variabler for sykepleiere (n = 407)

Variabel	N(%)	Gjennomsnitt (St.d)
Kjønn		
Menn	36 (8,8)	
Kvinner	371 (91,2)	
Alder		37.4 (11,2)
Missing	3 (0,7)	
Ansiennitet som sykepleier		11.3 (9.8)
Antall år siden siste helsefaglige utdanning		7.5 (8.0)
Missing	3 (0,7)	
Siste helsefaglige utdanning		
Bachelorgrad sykepleie	164 (40.3)	
Grunnutdanning sykepleie	85 (20.9)	
Videreutdanning	155 (38.1)	
Mastergrad	3 (0,7)	
Utvalgets fordeling		
Intensive poster	128 (31,4)	
Medisinske poster	161 (39,6)	
Kirurgiske og ortopediske poster	118 (29,0)	

Tabell 2. Rangering av kunnskapskilder som brukes som støtte i praksis

	Kunnskapskilde	Indeks
1	all informasjon jeg får om hver enkelt pasient	87
2	min personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid	81,8
3	informasjon jeg får fra sykehusets retningslinjer og prosedyrer	81,4
4	informasjon som sykepleiere med lang erfaring og / eller spesialutdanning deler med meg	78,9
5	det som leger diskuterer med meg	77,2
6	det jeg lærte i min utdanning	75,8
7	informasjon mine kollegaer deler	75,6
8	ny behandling og nye medikamenter jeg lærer om når legene ordinerer dette til pasientene	74,5
9	det jeg lærer ved å delta på interne kurs / konferanser	73
10	informasjon jeg får fra nasjonale føringer og retningslinjer	70,6
11	skriftlig produktinformasjon	70,2
12	lærebøker	66,6
13	det som har fungert for meg over lang tid	65,2
14	informasjon jeg får fra rapporter etter interne revisjoner	63,2
15	min intuisjon om hva som synes å være ”det rette” for pasienten	63,2
16	informasjon via internett	60,2
17	måten jeg alltid har gjort det på	59,6
18	artikler publisert i sykepleietidsskrifter	53
19	artikler publisert i medisinske tidsskrifter	52
20	informasjon om medikamenter og behandlinger jeg får fra representanter fra legemiddelfirma eller utstysleverandører	51,2
21	artikler publisert i andre helsefaglige forskningstidsskrifter	48,4
22	informasjon via media (for eksempel magasiner, TV)	39,6

Tabell 3. Linear regresjonsanalyse mellom utvalgte kunnskapskilder og uavhengige variabler

	Alder			Ansiennitet			Antall år siden siste helsefaglige eksamen		
	<i>n</i>	<i>Mean (SE)</i>	<i>P</i>	<i>n</i>	<i>Mean (SE)</i>	<i>P</i>	<i>n</i>	<i>Mean (SE)</i>	<i>P</i>
Påstander									
Alle sykepleiere	404	37,4 (0,6)		407	11,3 (0,5)		404	7,5 (0,4)	
<i>all informasjon jeg får om hver enkelt pasient</i>									
Sjelden/aldri	10	4,4 (3,6)	0,22	10	5,5 (3,1)	0,08	10	3,7 (2,5)	0,14
Noen ganger	40	-3,7 (1,9)	0,05	40	-4,3 (1,6)	0,01	40	-3,0 (1,3)	0,02
Ofte/alltid*	351	0		354	0		351	0	
<i>P trend</i>		0,64			0,60			0,60	
<i>min intuisjon om hva som synes å være "det rette" for pasienten</i>									
Sjelden/aldri	83	1,9 (1,6)	0,22	84	0,5 (1,3)	0,70	84	-0,3 (1,1)	0,78
Noen ganger	185	-1,6 (1,3)	0,21	186	-1,6 (1,1)	0,16	185	-1,1 (0,9)	0,20
Ofte/alltid*	132	0		133	0		131	0	
<i>P trend</i>		0,37			0,91			0,61	
<i>min personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid</i>									
Sjelden/aldri	4	-0,2 (5,8)	0,97	4	-9,0 (4,9)	0,07	4	-6,3 (3,9)	0,11
Noen ganger	58	-4,1 (1,6)	0,01	59	-4,1 (1,4)	0,00	58	-3,6 (1,1)	0,00
Ofte/alltid*	338	0		340	0		338	0	
<i>P trend</i>		0,02			0,00			0,00	
<i>det som har fungert for meg over lang tid</i>									
Sjelden/aldri	77	-5,0 (1,5)	0,00	77	-4,1 (1,3)	0,00	77	-3,8 (1,08)	0,00
Noen ganger	169	-3,6(1,2)	0,00	170	-3,4 (1,1)	0,00	168	-3,0 (0,9)	0,01
Ofte/alltid*	158	0		160	0		159	0	
<i>P trend</i>		0,00			0,00			0,00	
<i>måten jeg alltid har gjort det på</i>									
Sjelden/aldri	96	-6,1 (1,6)	0,00	97	-5,0 (1,4)	0,00	96	-4,9 (1,1)	0,00
Noen ganger	195	-3,3 (1,4)	0,01	196	-3,4 (1,2)	0,00	195	-3,1 (1,0)	0,00
Ofte/alltid*	96	0		97	0		96	0	
<i>P trend</i>		0,00			0,00			0,00	

artikler publisert i medisinske tidsskrifter

Sjelden/aldri	198	-7,5 (1,7)	0,00	200	-4,1 (1,5)	0,01	200	-0,4 (1,2)	0,76
Noen ganger	150	-4,3 (1,7)	0,01	151	-1,4 (1,6)	0,36	150	0,4 (1,3)	0,77
Ofte/alltid*	53	0		53	0		51	0	
<i>P trend</i>		0,00			0,00			0,53	

artikler publisert i sykepleietidsskrifter

Sjelden/aldri	180	-7,7 (1,7)	0,00	181	-4,5 (1,5)	0,00	179	-1,8 (1,3)	0,15
Noen ganger	169	-5,2 (1,7)	0,00	171	-2,1 (1,5)	0,18	171	-0,3 (1,3)	0,78
Ofte/alltid*	52	0		52	0		51	0	
<i>P trend</i>		0,00			0,00			0,06	

*referanse

Tabell 4. Barrierer for bruk av forskningsbasert kunnskap

Item	Indeks*
<i>Barrierer for å finne og vurdere kunnskap og endre praksis på grunnlag av beste kunnskap</i>	
1 Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne forskningsartikler	45,8
2 Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer	47
3 Jeg føler meg ikke sikker på hvordan jeg skal bedømme kvaliteten på forskningsartikler	53
4 Jeg synes det er vanskelig å forstå engelskspråklige forskningsartikler spesielt	56,6
5 Det er ikke nok tid på jobb til å iverksette endringer i praksis	57,6
6 Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for min praksis	58
7 Nasjonale og internasjonale retningslinjer er ikke lette å finne	58,8
8 Forskningsartikler er ikke lette å finne	59,8
9 Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning retningslinjer, nasjonale og internasjonale, har for min praksis	61,2
10 Det er ikke nok ressurser (f. eks. utstyr) til å endre praksis	61,6
11 Jeg synes det er vanskelig å forstå forskningsartikler	62
12 Jeg vet ikke hvordan jeg finner nasjonale og internasjonale retningslinjer	64,6
13 Jeg mangler autoritet på arbeids- plassen for å endre praksis	65,2
14 Jeg føler meg ikke sikker på å begynne å endre min praksis	66
11 Jeg vet ikke hvordan jeg finner relevante forskningsartikler	68,8
12 Kulturen på min post er ikke mottagelig for å endre praksis	75,2
<i>Personer som fasiliterer endring av praksis</i>	
1 Leger som jeg arbeider sammen med er støttende til at jeg endrer praksis	57,2
2 Fagsykepleier er støttende til at jeg endrer praksis	51,4
3 Sykepleiekolleger er støttende til at jeg endrer praksis	51
4 Avdelingssykepleier er støttende til at jeg endrer praksis	49,6

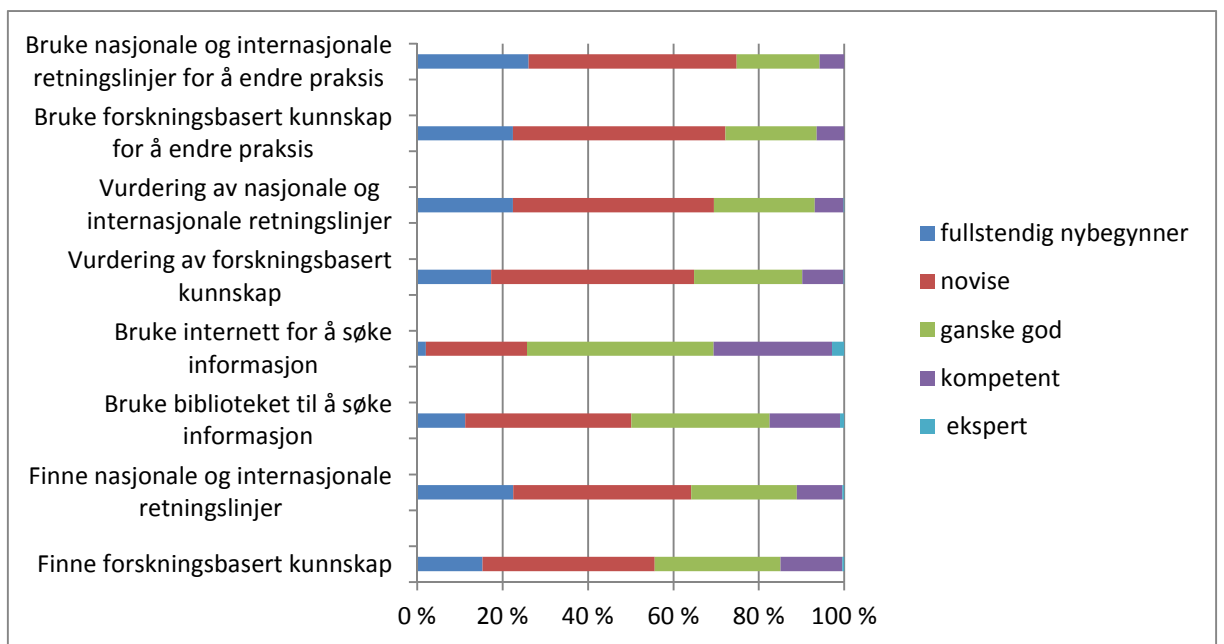
*Indeksen for barrierer for å finne, vurdere og endre praksis er kodet omvendt vei

Tabell 5. Khikvadrattest for sammenhenger mellom ferdigheter og bruk av kunnskapskilder. Spearman`s korrelasjons koeffisient ujustert og justert for alder.

Kunnskapskilde for bruk i praksis	Finne forskningsbasert kunnskap			P – verdi*	Ujustert Spearman`s korrelasjon		Aldersjustert Spearman`s korrelasjon	
	Fullstendig nybegynner / novise	Ganske god	Kompetent / ekspert		Rho	P	Rho	P
<i>Artikler publisert i sykepleietidsskrifter</i>				<0,0001	0,18	<0,0001	0,21	<0,001
Aldri/sjelden	119 (53,1)	43 (36,4)	18 (30,5)					
Noen ganger	79 (35,3)	63 (53,4)	27 (45,8)					
Ofte/alltid	26 (11,6)	12 (10,2)	14 (23,7)					
<i>Artikler publisert i medisinske tidsskrifter</i>				<0,0001	0,29	<0,0001	0,33	<0,0001
Aldri / sjelden	137 (61,2)	46 (39,0)	16 (27,1)					
Noen ganger	68 (30,4)	58 (49,2)	24 (40,7)					
Ofte / alltid	19 (8,5)	14 (11,9)	19 (32,2)					
<i>Artikler publisert i sykepleietidsskrifter</i>				<0,0001	0,20	<0,0001	0,25	<0,0001
Aldri / sjelden	134 (51,3)	35 (34,7)	11 (28,2)					
Noen ganger	101 (38,7)	55 (54,5)	14 (35,9)					
Ofte / alltid	26 (10,0)	11 (10,9)	14 (35,9)					

<i>Artikler publisert i medisinske tidsskrifter</i>				<0,0001	0,32	<0,0001	0,36	<0,0001
Aldri / sjelden	152 (76,4)	90 (59,6)	19 (37,3)					
Noen ganger	39 (19,6)	46 (30,5)	16 (31,4)					
Ofte / alltid	8 (4,0)	15 (9,9)	16 (31,4)					
Bruk av forskningsbasert kunnskap til å endre praksis								
<i>Artikler publisert i sykepleietidsskrifter</i>				<0,0001	0,23	<0,0001	0,23	<0,0001
Aldri / sjelden	147 (50,9)	27 (31,4)	5 (20,0)					
Noen ganger	114 (39,4)	46 (53,5)	10 (40,0)					
Ofte / alltid	28 (9,7)	13 (15,1)	10 (40,0)					
<i>Artikler publisert i medisinske tidsskrifter</i>				<0,0001	0,36	<0,0001	0,35	<0,0001
Aldri / sjelden	164 (56,7)	31 (36,0)	3 (12,0)					
Noen ganger	107 (37,0)	34 (39,5)	9 (36,0)					
Ofte / alltid	18 (6,2)	21 (24,4)	13 (52,0)					

* Kji-kvadrat test



Figur 1. Vurdering av ferdigheter i å finne, vurdere og endre praksis

Vedlegg I

Anne Dalheim
Haukeland universitetssjukehus/FOU-avdeling/seksjon for kvalitetsutvikling
5021 BERGEN

Deres ref:

Vår ref:
2010/4524

Saksbehandler
Eline Monstad, tlf. 55976539

Bergen,
17.09.2010

Kvalitetsutvikling – Kartlegging av faktorer som kan influere på implementering av kunnskapsbasert praksis

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av Eline Monstad som personvernombud for Helse Bergen HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av personopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under personopplysningsloven § 31.

Personvernombudet tilrår at kvalitetsprosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne tilrådingen (under Vår ref) fylles ut i søknadsskjemaet og selve godkjenningsbrevet må også legges ved. Annen lagringsform må godkjennes av personvernombudet.
4. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor.
5. Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) ved prosjektslutt 1.12.2010. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og personopplysningslovens regler.

Med vennlig hilsen



Eline Monstad
IT-sikkerhetsleder/personvernombud

Vedlegg:

Kopi til: Alf Henrik Andreassen
Stig Harthug

Vedlegg II



The University of Sheffield



A survey of factors influencing the development of evidence-based practice among community health nurses

This survey is being undertaken as a collaborative project involving the University of Sheffield, the University of Hertfordshire and City University, London. The questionnaire is being sent to community health nurses working in several Primary Care Trusts in three Strategic Health Authorities in England.

It will take about 15 minutes to complete. Please answer as fully as possible.

We hope that you are able to answer all of the questions, but if any prove difficult, please leave these and complete the rest.

First, we want to ask you about the different sources of knowledge that you use in your professional practice.

Please put a tick in the box that best describes your experience.

	Never	Seldom	Sometimes	Frequently	Always
The knowledge that I use in my practice is based on:					
1 information that I learn about each patient/client as an individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 my intuitions about what seems to be 'right' for the patient/client	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 my personal experience of caring for patients/clients over time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 what has worked for me for years	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 the ways that I have always done it	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 information my fellow practitioners share	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 information senior clinical nurses share, e.g. clinical nurse specialists, nurse practitioners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 what doctors discuss with me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 new treatments and medications that I learn about when doctors prescribe them for patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 medications and treatments I gain from pharmaceutical or equipment company representatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 information I get from product literature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 information I learned in my training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 information I get from attending in-service training/conferences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 information I get from local policy and protocols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 information I get from national policy initiatives/guidelines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 information I get from local audit reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Never	Seldom	Sometimes	Frequently	Always
17 articles published in medical journals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 articles published in nursing journals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 articles published in research journals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 information in textbooks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 information I get from the internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 information I get from the media (e.g. magazines, TV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

From the previous section you can see that there are different sources of knowledge or ‘evidence’ that can be used to support practice. These include:

- Professional judgement or expert opinion-your own and others
- The patient’s perspective
- Professional development and education
- Organisational information such as policies, procedures, audit reports etc.
- Published research reports

The following questions explore your views on how confident you feel about overcoming barriers to achieving evidence-based practice. The first set of barriers refers to finding and reviewing research reports and organisational information such as policies, guidelines and clinical protocols.

Please tick the appropriate box to indicate the extent to which you agree with the following statements as they apply to your current role.

	Agree strongly	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Disagree strongly
Barriers to finding & reviewing research reports and organisational information					
23 I do not know how to find appropriate research reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 I do not know how to find organisational information (guidelines, protocols etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 I do not have sufficient time to find research reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 I do not have sufficient time to find organisational information (guidelines/protocols etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Research reports are not easy to find	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Organisational information (protocols, guidelines etc.) is not easy to find	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 I find it difficult to understand research reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 I do not feel confident in judging the quality of research reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Agree strongly	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Disagree strongly
31 I find it difficult to identify the implications of research findings for my own practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 I find it difficult to identify the implications of organisational information for my own practice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The second group of barriers refers to changing practice on the basis of evidence.

Please tick the appropriate box to indicate the extent to which the following statements apply to you now.

	Agree strongly	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Disagree strongly
Barriers to changing practice on the basis of 'best' evidence					
33 I do not feel confident about beginning to change my practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 The culture of my team is not receptive to changing practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 I lack the authority in the work place to change practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 There are insufficient resources (e.g. equipment) to change practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 There is insufficient time at work to implement changes in practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following questions explore the extent to which your colleagues may support you to change practice.

	Always	Frequently	Sometimes	Seldom	Never
Facilitators to changing practice on the basis of 'best' evidence					
38 Nursing colleagues are supportive of my changing practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Nurse managers are supportive of my changing practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Doctors with whom I work are supportive of my changing practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Practice managers are supportive of my changing practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42 Please identify any additional barriers to you providing evidence-based care

43 Please identify three factors which you think would facilitate you in providing evidence-based care.

1

2

3

Now, we would like you to rate your skills in finding, reviewing and using different sources of evidence.

Please tick the appropriate box to indicate how you rate your current skills.

Skills rating	Complete beginner	Novice	Quite skilled	Competent	Expert
44 Finding research 'evidence'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Finding organisational information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Complete beginner	Novice	Quite skilled	Competent	Expert
46 Using the library to locate information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Using the internet to search for information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Reviewing research 'evidence'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Reviewing organisational information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Using research evidence to change practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Using organisational information (policies/guidelines etc.) to change practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finally we would like to ask you some questions about yourself.

Please tick the appropriate box

- 52 Please indicate if you are female male
- 53 Please give your age _____ years
- 54 Which of the following best describes your current role?
- District nurse Community nurse Health visitor
- Practice nurse School nurse
- Other - please specify _____
- 55 Do you work full-time part-time
- 56 Do you have access to the internet at work? yes no
- 57 What is your highest level of educational qualification?
- Nursing qualification Diploma Bachelor degree
- Master degree Doctoral degree
- 58 What year did you first gain a nursing qualification? _____
- 59 What is your most recent professional qualification? _____
- 60 What year did you gain your most recent professional qualification? _____

61 We are very grateful for your help in answering these questions.
If there is anything else you would like to add in connection with any
of the questions – or if you would like to make any further comments, please use the space provided.

Thank you for sparing the time to complete the questionnaire.

Please see overleaf for return details.

Please return your completed questionnaire **within three weeks of receipt** in the enclosed freepost envelope to:

Professor Kate Gerrish
School of Nursing and Midwifery
University of Sheffield
Samuel Fox House
Northern General Hospital
Herries Road
Sheffield S5 7AU

Vedlegg III

Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere i Helse Bergen

Helse Vest ønsker å utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer som grunnlag for faglige aktiviteter.

Denne spørreundersøkelsen gjennomføres for å få en oversikt på hvilke tiltak som må iverksettes for at praksis og retningslinjer skal bli kunnskapsbaserte i Helse Bergen.

Det tar ca. 15 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

Det er frivillig å delta i denne spørreundersøkelsen. Samtykke ansees som gitt, når spørreskjemaet er besvart.

ID – nummer sikrer mulighetene for senere oppfølgingsundersøkelse. Respondentens navn vil være ukjent for undersøker.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ID – nummer

Innledningsvis ønsker vi å spørre om hvilke kunnskapskilder du benytter i praksis.

Kryss av i den ruten som best beskriver din erfaring.

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
Kunnskap jeg bruker i praksis er basert på:					
1. all informasjon jeg får om hver enkelt pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. min intuisjon om hva som synes å være "det rette" for pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. min personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. det som har fungert for meg over lang tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. måten jeg alltid har gjort det på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. informasjon mine kollegaer deler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. informasjon som sykepleiere med lang erfaring og / eller spesialutdanning deler med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. det som leger diskuterer med meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ny behandling og nye medikamenter jeg lærer om når legene ordinerer dette til pasientene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. informasjon om medikamenter og behandlinger jeg får fra representanter fra legemiddelfirma eller utstyrs – leverandører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. skriftlig produktinformasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. | det jeg lærte i min utdanning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | det jeg lærer ved å delta på interne kurs / konferanser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | informasjon jeg får fra sykehusets retningslinjer og prosedyrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | informasjon jeg får fra nasjonale føringer og retningslinjer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | informasjon som jeg får fra rapporter etter interne revisjoner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | artikler publisert i medisinske tidsskrifter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | artikler publisert i sykepleietidsskrifter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | artikler publisert i andre helsefaglige forskningstidsskrifter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | lærebøker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | informasjon via internett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | informasjon via media (for eksempel magasiner, TV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Spørsmålene du nå har besvart viser til ulike kilder for kunnskap, som kan brukes som støtte i praksis.

Kildene er:

- 1. Erfaringsbasert kunnskap eller meninger fra eksperter – dine eller andres**
- 2. Pasientkunnskap (brukermedvirkning)**
- 3. Faglig utdanning**
- 4. Retningslinjer, prosedyrer og rapporter etter internrevisjoner etc.**
- 5. Publiserte forskningsstudier**

Spørsmålene nedenfor undersøker hvor sikker du føler deg i forhold til å overvinne hindringer for å oppnå en kunnskapsbasert praksis. I første del spørres det etter hindringer for å finne og vurdere forskningsartikler.

Kryss av i den ruten som best beskriver i hvilken grad du er enig i følgende påstander som gjelder for din nåværende situasjon.

	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
Hindringer for å finne og vurdere forskningsartikler og nasjonale og internasjonale retningslinjer					
23. Jeg vet ikke hvordan jeg finner relevante forskningsartikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Jeg vet ikke hvordan jeg finner nasjonale og internasjonale retningslinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne forskningsartikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Forskningsartikler er ikke lette å finne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Nasjonale og internasjonale retningslinjer er ikke lette å finne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Jeg synes det er vanskelig forstå forskningsartikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jeg synes det er vanskelig å forstå engelskspråklige forskningsartikler spesielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Jeg føler meg ikke sikker på hvordan jeg skal bedømme kvaliteten på forskningsartikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for min praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning retningslinjer, nasjonale og internasjonale, har for min praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Den andre gruppen av hindringer referer til endring av praksis basert på ”beste” kunnskap.

Kryss av i den ruten som best beskriver i hvilken grad du er enig i følgende påstander som gjelder i din nåværende situasjon.

	Helt enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
Hindringer for å endre praksis på grunnlag av “beste” kunnskap					
34. Jeg føler meg ikke sikker på å begynne å endre min praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kulturen på min post er ikke mottagelig for å endre praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jeg mangler autoritet på arbeidsplassen for å endre praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Det er ikke nok ressurser (f. eks. utstyr) til å endre praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Det er ikke nok tid på jobb til å iverksette endringer i praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De følgende spørsmålene undersøker i hvilken grad dine kollegaer vil støtte deg i å endre praksis.

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

Personer som støtter og bidrar til at endring av praksis baseres på beste tilgjengelige kunnskap

39. Sykepleiekollegaer er støttende til at jeg endrer praksis

40. Avdelingssykepleier er støttende til at jeg endrer praksis

41. Leger som jeg arbeider sammen med er støttende til at jeg endrer praksis

42. Fagsykepleier er støttende til at jeg endrer praksis

43. Kan du nevne noen andre faktorer som hindrer deg i å utøve kunnskapsbasert sykepleie

44. Kan du nevne tre faktorer som du tror vil gjøre det mulig for deg å utøve kunnskapsbasert sykepleie

1. _____

2 _____

3 _____

Nå ønsker vi at du skal vurdere dine ferdigheter i å finne, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap.

	Fullstendig nybegynner	Novise	Ganske god	Kompetent	Ekspert
Vurdering av ferdigheter					
45. Finne forskningsbasert kunnskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Finne nasjonale og internasjonale retningslinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Bruke biblioteket til å søke informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Bruke internett for å søke informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Vurdering av forskningsbasert kunnskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Vurdering av nasjonale og internasjonale retningslinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Bruke nasjonale og internasjonale retningslinjer for å endre praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til slutt stiller vi noen spørsmål om din bakgrunn:

53. Er du Kvinne Mann
54. Hva er din alder _____ år
55. På hvilket nivå er din høyeste utdanning?
- Grunnutdanning sykepleie Bachelorgrad sykepleie
- Videreutdanning sykepleie Mastergrad Doktorgrad
56. Hvilket år fikk du godkjenning som sykepleier? _____
57. Hva er din siste helsefaglige utdanning? _____
58. Hvilket år avla du eksamen for siste helsefaglige utdanning? _____
59. Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier? _____

60. Vi er svært takknemmelige for at du har besvart dette spørreskjemaet. Hvis det er noe annet du ønsker å tilføye knyttet til spørsmålene eller hvis du ønsker å kommentere noe ytterligere, så kan du gjøre det under:

Tusen takk for at du brukte tid på å fylle ut dette spørreskjemaet!

Legg det utfylte spørreskjemaet i svarkonvolutten. Konvolutten med spørreskjemaet legges i merket mappe på vaktrommet.

Vennlig hilsen
Seksjon for kvalitetsutvikling og smittevern,
FoU – avd.

v/ Anne Dalheim, prosjektleder
Telefon 78286 / 986 09 737