



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAKP601-MG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAKP601 1 MG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	406
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	26067
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 2

**Andre medlemmer i
gruppen:** 415

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Hva fremmer fysioterapeuters bruk av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis i primærhelsetjenesten?

En empirisk studie med kvalitativt design gjennomført i tre norske kommuner.

What promotes physiotherapists` use of research-based knowledge in clinical practice in primary healthcare?

An empirical study with qualitative design conducted in three Norwegian municipalities.

Einar Egenberg og Tove Bergan

Master i kunnskapsbasert praksis, MAKP 601

Kunnskapsbasert praksis

10.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Sammendrag	6
1. Innledning	8
1.1 Fysioterapi og kunnskapsbasert praksis	8
1.2 Problemstilling	13
1.3 Oppgavens oppbygging	14
2. Søk etter tidligere forskning	14
2.1 Funn fra forskning	15
3. Begrepsavklaringer og teoretisk rammeverk	17
3.1 Epistemologi	18
3.2 Fenomenologiens syn på kunnskap	19
3.3 Refleksivitet og validitet	21
3.4 Implementeringsteori	22
3.4.1 Banduras sosialkognitive teori	24
3.4.2 Organisasjonsteori	26
3.4.3 i-PARIHS	27
4. Metode	28
4.1 Kvalitativ metode	29
4.2 Forskerlogg	31
4.3 Valg av metode for datainnsamling	32
4.4 Datainnsamling	33
4.4.1 Intervjuguiden	33
4.4.2 Utvalg	34
4.4.3 Informanter	37
4.5 Analyse	37
4.5.1 Transkribering	39
4.5.2 Å bli kjent med intervjuene	39
4.5.3 Koding	40
4.5.4 Bruk av et rammeverk som analyseredskap	40
4.5.5 Anvendelse av det metodiske rammeverket	40
4.5.6 Overføring av data til en rammeverksmatrise	41

4.5.7 Tolking av data	43
5. Forskningsetiske vurderinger	44
5.1 Vårt etiske ståsted som forskere	44
5.2 Godkjenning av studien	45
5.3 Etisk forsvarlig håndtering av informantene	46
6. Presentasjon av funn	47
6.1 Kontekst.....	49
6.1.1 Struktur, nettverk og organisering	49
6.1.2 En tydelig, anerkjennende og strategisk ledelse	51
6.1.3 Kultur og miljø på arbeidsplassen.....	52
6.1.4 Tid som handlingsrom	53
6.2 Fysioterapeutens profesjonelle rolle	54
6.2.1 Motivasjon	54
6.2.2 Faglig identitet og stolthet.....	55
6.2.3 Ansvarsbevissthet og lojalitet.....	56
6.2.4 Kunnskap og videreutdanning	56
6.3 Innovasjon. Forskningsbasert kunnskap og kunnskapsbasert praksis	58
6.3.1 Forståelse av forskningsbasert kunnskap	58
6.3.2 Forskningsbasert kunnskap- relevans og validitet.....	59
6.3.3 Instrument til overbevisning og anerkjennelse	60
6.3.4 Forståelse av KBP som begrep.....	61
7. Diskusjon	63
7.1 Kontekst.....	63
7.1.1 Ledelse og struktur	64
7.1.2 Kultur	66
7.1.3 Brobyggere	68
7.1.4 Tid	70
7.2 Fysioterapeutene.....	72
7.2.1 Motivasjon	72
7.2.2 Kunnskap og videreutdanning	75
7.3 Innovasjon	77
7.3.1. Forskningsbasert kunnskap	78
7.3.2 Kunnskapsbasert praksis.....	79
7.4 Drøfting av studiens kvalitet og metodiske tilnærming.....	82
7.4.1 Studiens interne validitet	82
8. Oppsummering og konklusjon.....	85

9. Referanseliste	88
10. Vedlegg	95

Vedlegg 1. Dokumentasjon av litteratursøk 20.02.2020

Vedlegg 2. Dokumentasjon av litteratursøk 22.04.2021

Vedlegg 3. Intervjuguide

Vedlegg 4. Tilleggsspørsmål til intervjuguide

Vedlegg 5. Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 6. Godkjenning fra NSD

Figur 1. Modell av kunnskapsbasert praksis	9
Figur 2. Trinnene i kunnskapsbasert praksis.....	10
Figur 3. PICO	14
Figur 4. Systematisering av implementeringsforskning.....	24
Figur 5. Inklusjonskriterier og data om informantene.....	35
Figur 6. Rammeverksmodellens syv trinn.....	38
Figur 7. Eksempel på mønster fra tekstmaterialet	41
Figur 8. Eksempel fra rammeverksmatrisen	42
Figur 9. Tema og kategorier fra analysen	48

Forord

Det er ingen spøk å ta en mastergradsutdanning i voksen alder. Mange år med klinisk praksis som fysioterapeuter setter sine spor. I den perioden fra vi tok våre grunnutdanninger på 1990- tallet og fram til i dag, er det store endringer å spore både i utdanningen for fysioterapeuter så vel som i klinikken.

Det er naturlig å trekke frem innføringen av arbeidsverktøyet kunnskapsbasert praksis rundt år 2000. Dette var en ny og mer kompleks måte å utøve faget på, som innebærer tydeligere interaksjon mellom forskning, kliniker og pasient.

Samhandlingsreformen er en annen endring som fysioterapeuter forholder seg til. Den trådte i kraft i 2012 og aktualiserte primærhelsetjenestens tilstedeværelse. Hensikten med reformen var blant annet å sørge for at pasienter ikke ble liggende på sykehus lengre enn strengt tatt nødvendig. Det førte til at fysioterapeuter i kommunen fikk et større ansvar for utskrevne pasienter.

Den siste store endringen var bortfall av henvisningssystemet. For at pasienter tidligere skulle få behandling hos fysioterapeut, måtte en lege skrive ut henvisning med bestilling av tiltak basert på diagnose. Nå er fysioterapeuten selvstendig, forstått ved at personer som trenger hjelp, fritt kan oppsøke og innvilges veiledning og behandling basert på fysioterapeutens undersøkelse og pasientens fortelling.

Disse tre endringene gjør at fysioterapeuten er enda mer aktuell og sentral i behandling og oppfølging av pasienter. I denne konteksten vil vi forsøke å belyse noen av de forutsetninger fysioterapeuter opplever som sentrale for at implementering av forskningsbasert kunnskap skal finne sted. Forskningsbasert kunnskap er en viktig bærebjelke i kunnskapsbasert praksis, så vel som i møte med pasient som ønsker trygghet for at fysioterapeuten kan dokumentere at tiltak både er riktige og gir effekt.

Masteroppgaven er skrevet av fysioterapeutene Tove Bergan og Einar Egenberg. Arbeidet med oppgaven ble delt mellom oss ved å gjennomføre hver våre intervjuer av fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Ellers har vi samarbeidet tett om de fleste delene av oppgaven.

Vi vil takke vår veileder Benedicte Carlsen ved Universitetet i Bergen for hennes support og gode innspill. I tillegg vil vi takke våre kjære ektefeller, som har utvist stor tålmodighet, særlig det siste året. Det er lettere å gjennomføre en masteroppgave når støtten er til stede.

Sammendrag

Innbyggere i norske kommuner skal ha tilgang på helsetjenester som er forskningsbasert, og fysioterapeuter skal bidra til at helsetjenestene leveres med god kvalitet. Som et virkemiddel har staten pålagt fysioterapeuter å utøve kunnskapsbasert praksis.

Forskning tyder på at fysioterapeuter strever med å integrere forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. Det pekes på behov for å undersøke nærmere hvilke faktorer som kan bidra til å fremme bruk av kunnskap fra forskning.

Hensikten med denne studien er å utforske fysioterapeuters erfaring med faktorer som kan fremme bruk av forskningsbasert kunnskap. Vårt forskningsspørsmål er: Hva erfarer fysioterapeuter som viktige forutsetninger for bruk av forskningskunnskap i primærhelsetjenesten?

For å undersøke dette har vi benyttet en kvalitativ metode med et fenomenologisk vitenskapssyn som utgangspunkt. Data er innhentet ved å intervjuer fysioterapeuter i tre norske kommuner. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt på grunn av koronapandemien. Dataene ble systematisert i kategorier ved hjelp av rammeverksmetoden The Framework Method.

Hovedfunnene er kategorisert under tre overordnede tema som kan fremme bruk av forskningsbasert kunnskap i klinikken. Disse temaene beskriver 1) kjennetegn med den kontekst som fysioterapeutene arbeider i, 2) egenskaper og ferdigheter knyttet til fysioterapeutene selv, og 3) kunnskapen de innhenter og forvalter. Disse er gjensidig avhengig av hverandre der fenomenet tid er en faktor som trer fram som et spennende funn.

Fysioterapeuter i primærhelsetjenesten opplever at videreutdanning fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap. De er tryggere på seg selv som fagutøvere, og bidrar som brobyggere i organisasjonen. En tydelig og anerkjennende ledelse gir fysioterapeutene tid til å utvikle kompetanse individuelt og kollektivt.

Nøkkelord: fysioterapeuter, kommunehelsetjeneste, forskningsbasert kunnskap, kunnskapsbasert praksis, implementering

Summary

Residents of Norwegian municipalities must have access to research-based health services, and physiotherapists should contribute by delivering health services of good quality. To enable this, the government expects physiotherapists to implement practice knowledge-based practice.

Research suggests that physiotherapists struggle to integrate research-based knowledge into clinical practice. In addition there is a need to investigate in more detail which factors may contribute to implementing the use of knowledge from research.

The purpose of this study is to explore physiotherapists' experience with factors that can promote the use of research-based knowledge in practice.

Research question:

What do physiotherapists experience as important prerequisites for the use of research-based in the primary healthcare service?

To investigate this, we have used a qualitative method with a phenomenological view of science as a starting point. Data was obtained through digital interviews of physiotherapists in three Norwegian municipalities and systematized into categories using the Framework Method.

The main findings are categorized into three main themes that can promote the use of research-based knowledge in clinical practice. These topics describe 1) characteristics of the context in which the physiotherapists work, 2) characteristics and skills related to the physiotherapists themselves, and 3) the knowledge they acquire and manage. These are

mutually dependent on each other where the phenomenon of time is a factor that emerges as an exciting discovery.

Physiotherapists in the primary healthcare service experience that further education promotes the use of research-based knowledge. They are more confident in themselves as professionals, and contribute as knowledge brokers in the organization. A clear and appreciative management gives the physiotherapists time to develop competence individually and collectively.

Keywords: physiotherapists, primary health services, research-based knowledge, knowledge-based practice, implementation

1. Innledning

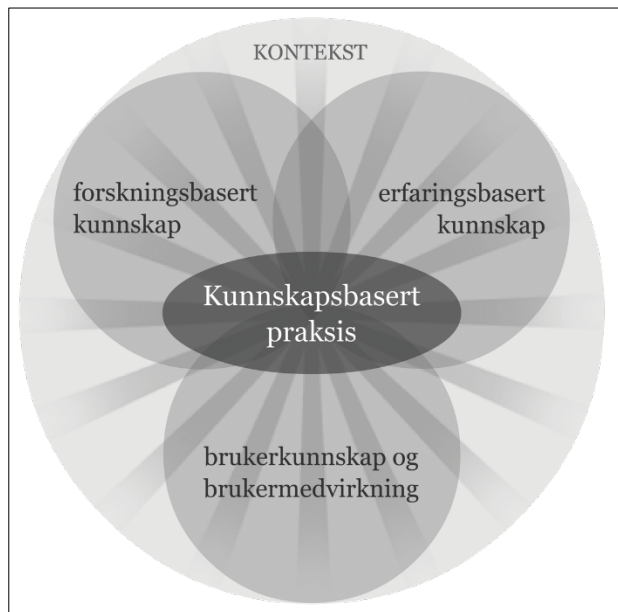
Kommunehelsetjenesten sine oppgaver er å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i kommunen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011). Helsetjenesten skal arbeide målrettet med å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader, og gi tilbud om habilitering og rehabilitering til alle som trenger dette (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3). For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å ansette ulike typer helsepersonell, deriblant fysioterapeuter (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011). Pasienter som mottar tjenester har krav på riktig behandling til rett tid, og myndighetene gir tydelige føringer til norske kommuner om at kvaliteten i helsetjenestene skal prioriteres høyt (Meld. St. 11 (2020-2021)). Alle fysioterapeuter skal derfor utøve en kunnskapsbasert praksis som skal sikre god kvalitet i fysioterapitjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

1.1 Fysioterapi og kunnskapsbasert praksis

«Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2015). Dette betyr at undersøkelse og behandling av pasienter skal bygge på valid og relevant kunnskap fra forskning, fysioterapeutenes ekspertise og pasientenes erfaring, preferanser og verdier (Polit & Beck, 2017, p. 37). Med

kontekst som bakteppe, er det i skjæringspunktet mellom disse tre kunnskapskildene at klinikerne arbeider kunnskapsbasert (Hoffmann, Bennett, & Del Mar, 2017, pp. 3-5).

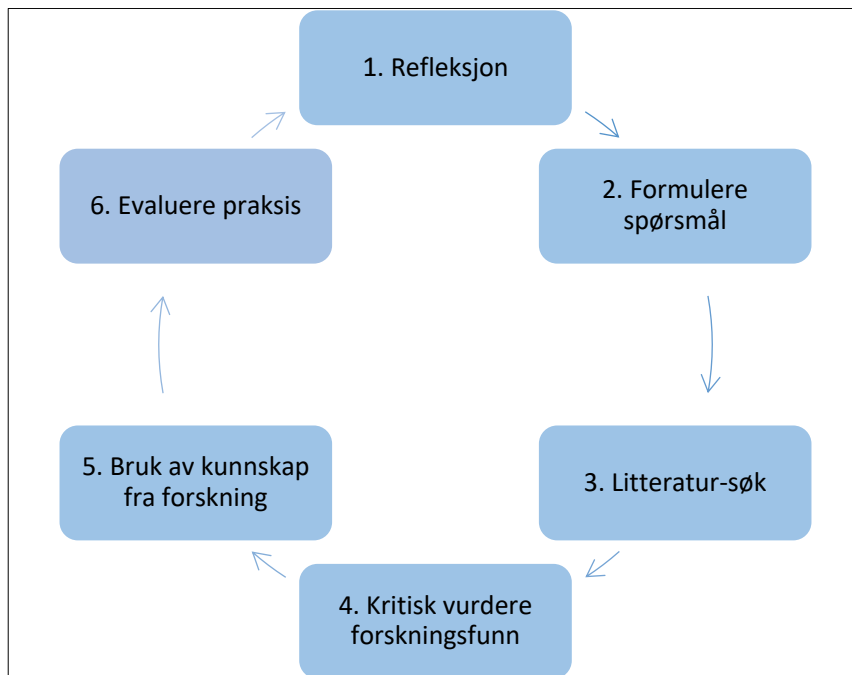
Følgende figur hentet fra helsebiblioteket.no viser en modell av kunnskapsbasert praksis.



Figur 1. Modell av kunnskapsbasert praksis

En kunnskapsbasert praksis forutsetter at fysioterapeuter stiller spørsmål til egen praksis som de ønsker å finne svar på (Jamtvedt). Å stille spørsmål til det man gjør, er det første av flere trinn i prosess som til slutt skal føre fram til at man arbeider kunnskapsbasert (Hoffmann et al., 2017).

Trinnene starter med en refleksjon over egen praksis. Erkjennelsen av hvorfor en utøver faget som en gjør, er en viktig start i prosessen. Det neste trinnet er å stille kjernespmå til hva den aktuelle problemstilling går ut på, før en så søker etter forskningsbasert kunnskap. Videre kreves det at en vurderer kvaliteten av artiklene eller retningslinjen man finner. Hvorvidt fysioterapeuten kan benytte denne forskningsbaserte kunnskapen, avhenger av om denne er nyttig og viktig for pasienten. På det siste trinnet skal en jevnlig evaluere om det er behov for å gjøre endringer i utøvelsen av fysioterapipraksisen.



Figur 2. Trinnene i kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsbasert praksis har sitt opphav fra begrepet «evidence-based-medicine» (Jamtvedt et al., 2015, p. 15). Miljøet ved McMaster- universitetet i Canada, ved legene Gordon Guyatt og David Sackett i spissen, introduserte i 1991 begrepet i den hensikt å etablere en arbeidsmåte som sikrer at «evidence» er utgangspunktet for klinisk beslutningstaking. Dette bygget på en erkjennelse av et behov for å basere klinisk beslutningstaking på kunnskap fra oppsummert forskning av god kvalitet i tillegg til kliniske ekspertise (Dickersin, Straus, & Bero, 2007).

Begrepet «evidence-based» ble senere oversatt til norsk som kunnskapsbasert. Mens den opprinnelige definisjonen til Guyatt og Sackett (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, &

Richardson, 2007) ikke hadde brukermedvirkning med i beslutningsgrunnlaget, var det først på et senere tidspunkt at pasientens preferanser også ble tatt hensyn til (Tuntland, 2009). Begrepet kunnskapsbasert praksis ble således et mer dekkende begrep som ivaretar alle de tre kunnskapskildene som integreres ved utøvelse av kunnskapsbasert praksis (Hoffmann et al., 2017).

På 1990-tallet fikk kunnskapsbasert praksis etter hvert godt fotfeste i mange forskjellige helseprofesjoner i Norge (Jamtvedt et al., 2015, p. 21). Samtidig har det flere ganger, både innenfor fysioterapi og andre helsefag, vært reist spennende diskusjoner om hvordan kunnskapsbasert praksis skal forstås og omsettes (Hoffmann et al., 2017, pp. 7-9).

Det har blitt etterlyst empirisk dokumentasjon på at kunnskapsbasert praksis faktisk bidrar til kvalitetsforbedring (Ekeli, 2002). En artikkel i "Journal of Evaluation in Clinical Practice" viser til at det fortsatt er behov for å forstå og tolke kunnskapskildenes innbyrdes forhold til hverandre i klinisk beslutningstaking (Engebretsen, Vøllestad, Wahl, Robinson, & Heggen, 2015). Det hevdes at mange har undervurdert betydningen av den kliniske ekspertisen i sin forståelse av kunnskapsbasert praksis (Tuntland, 2009). Diskusjonen har også dreid seg om den hierarkiske rangeringen av kunnskap. Forstått slik at kunnskap fra kvantitativ forskning har blitt sett på som overlegen i forhold kvalitativ forskning.

På tross av den debatten som har vært, er kunnskapsbasert praksis en god arbeidsmåte som ivaretar kvalitet i fysioterapipraksis. (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015). Den kliniske ekspertisen er helt nødvendig for å vurdere den forskningsbaserte kunnskapen sin relevans for pasienten (Tuntland, 2009). Kunnskapsbasert praksis tar dessuten utgangspunkt i det kliniske kjernes spørsmålet, for å avgjøre hvilket forskningsdesign som er best egnet til å belyse problemstillingen (Patton, 2015, p. 731).

I dag er kunnskapsbasert praksis tett knyttet til nasjonale føringer som bekrefter dens posisjon. Flere stortingsmeldinger framhever et behov for å bruke kunnskap fra ulike kilder på en systematisk måte for sikre kvalitet i helsetjenestene (Meld. St. 13 (2011-2012); Meld.St. 26 (2014-2015)). (Fysioterapeutforbund, 2018). Jamtvedt viser til WCTP (World Confederation of Physiotherapy) som har formulert følgende som et av sine bærende

prinsipp i fysioterapi: WCPT advocates that a description must emphasise the need for practice to be evidence-based whenever possible.

Fysioterapi har som fag utviklet seg fra en modell etter de svenske sykegymnaster på 1800-tallet. Den gang ble faget omtalt som friskgymnastikk og sykegymnastikk. Fysioterapi var en fagtradisjon basert på erfaringskunnskap i større grad enn kunnskap fra forskning. På 1900-tallet var fysioterapeutene legenes forlengende arm, og legene besluttet hvilken behandling pasientene skulle få (Thornquist, 2020). I Sykegymnastloven av 1936 sto det at sykegymnastene ikke måtte behandle «skader og sykelige tilstander» uten «forordning» fra lege.

Siden den gang har fysioterapifaget fått et vitenskapsteoretiske grunnlag som bygger på naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Stadig flere fysioterapeuter tar mastergradsutdanning (Norsk Fysioterapeutforbund, 2018a). Tall fra 2015 viser at over 150 fysioterapeuter har avlagt doktorgrad og et titalls fysioterapeuter har oppnådd professorkompetanse (Norsk Fysioterapeutforbund, 2018b).

Årlig publiseres det store mengder forskningsartikler med relevans for klinisk fysioterapi praksis (Jamtvedt et al., 2015; Kumar, Sisodia, & Kumar, 2013; Moseley, Elkins, Janer-Duncan, & Hush, 2014). Folkehelseinstituttet utgir kliniske retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer som er basert på vitenskapelig dokumentasjon. Helsebiblioteket gir gratis tilgang til databaser som CINAL, PEDro, BMJ Best Practise, med flere. (Eggen, Tjensvoll, & Nylenna, 2014; Nylenna, Eiring, Strand, & Røttingen, 2010). Her finner fysioterapeuter og annet helsepersonell retningslinjer, systematiske oversikter, tidsskrift og annen fulltekstlitteratur. I Helsebiblioteket finnes det også en egen fane med kunnskapskilder som retter seg spesielt mot fysioterapi (FHI Folkehelseinstituttet). Til sammen gir disse ressursene et godt utgangspunkt for en kunnskapsbasert tilnærming i klinisk fysioterapi praksis.

På tross av god tilgang til forskningsbasert kunnskap, og flere fysioterapeuter med utdanning på høyt akademisk nivå, kan det synes som at fysioterapeuter strever med å arbeide kunnskapsbasert (Scurlock-Evans, Upton, & Upton, 2014). Det vises til at fysioterapeuter opplever det som spesielt krevende å implementere kunnskap fra forskning til daglig praksis. Utfordringer knyttes til kompleksiteten i fysioterapipraksis, til kunnskapens relevans og holdninger som fysioterapeutene har (Dannapfel, Peolsson, Nilsen, 2013). Mangel på ferdigheter i å søke etter, lese og forstå forskningsbasert kunnskap kompliserer dette ytterligere (Dannapfel, Peolsson, Nilsen, 2013).

Hvis fysioterapeuter ikke benytter forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis, kan dette ha flere uheldige konsekvenser. Det kan føre til at pasienter mottar behandling med redusert effekt, som ikke har effekt i det hele tatt, eller i verste fall er skadelig (Jamtvedt, Dahm, Holm, & Flottorp, 2008; Janet, Timothy, & George, 2011). Dessuten kan det medføre dårlig forvaltning av helseressurser sett i en samfunnsøkonomisk sammenheng, som kan gi kostbare tjenester og lange ventelister (Arntzen, 2007, pp. 60-62).

1.2 Problemstilling

Økt innsikt i hvilke faktorer som kan fremme bruk av forskningsbasert kunnskap i klinisk beslutningstaking kan bidra til at fysioterapeuter arbeider kunnskapsbasert. Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av hva fysioterapeuter i primærhelsetjenesten opplever og erfarer som viktige forutsetninger for at forskningsbasert kunnskap skal kunne implementeres i praksis. Problemstillingen er som følger:

Hva erfarer fysioterapeuter som viktige forutsetninger, for bruk av forskningsbasert kunnskap i primærhelsetjenesten?

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i åtte kapitler. Innledningen beskriver kort kontekst og problemstilling før de to neste kapitlene viser til begrep, teori og tidligere forskning. Deretter gjør vi rede for, og begrunner valg av metode og forskningsetiske vurderinger. Vi presenterer deretter funnene våre og drøfter disse i et eget kapittel. Til slutt oppsummerer vi, kommer med noen anbefalinger til praksis og peker på behov for videre forskning.

2. Søk etter tidligere forskning

Vi gjennomførte to systematiske litteratursøk før vi endelig bestemte problemstilling og valg av forskningsmetode. Litteratursøket gav oversikt over eksisterende forskning og forskning som pekte på behov for ytterligere kunnskapsbidrag. Ved hjelp av PICO utformet vi et tydelig spørsmål som hjalp oss å definere et kjernespmåål slik at det var enklere å avgrense litteratursøkene (Booth, 2017, p. 44).

P Population	I Interest	Co Context
physiotherapist	experiences, assumptions and strategies for use of evidence	primary health care

Figur 3. PICO

I samarbeid med bibliotekar gjorde vi litteratursøk i databasene Ovid Medline, EBSCO og CINAHL. Dette er databaser som inneholder relevant forskning om opplevelser og erfaringer hos helsepersonell. Gjennomgang av eksisterende kunnskapsgrunnlag bidro til at vi gjorde endringer og tilpassinger i søkestrategien mellom første og andre søk og spisset forskningsspørsmålet vårt.

Et tredje kunnskapssøk ble gjennomført rett før innlevering av masteroppgaven i den hensikt å fange opp nye studier etter siste søk. I dette søket inkluderte vi også implementering som søkeord. Vi søkte primært etter systematiske oversikter, og dernest etter primærstudier. Resultatet fra det siste søket gav oss få relevante artikler som vi vurderte som aktuelle for bruk i masteroppgaven. (Se vedlegg 1 og 2 for dokumentasjon av søkestrategi).

2.1 Funn fra forskning

En systematisk oversikt av Mota da Silva og medforfattere, undersøker fysioterapeuters holdninger, kunnskaper og barrierer knyttet til kunnskapsbasert praksis (Mota da Silva, da Cunha Menezes Costa, Garcia, & Costa, 2014). Forfatterne påpeker at fysioterapeuters tilnærming til kunnskapsbasert praksis øker i takt med stadig større tilgang på forskning. De viser til at det likevel fortsatt er for stor avstand mellom den forskningsbaserte kunnskapen og dens anvendelse i klinisk praksis. Forfatterne peker på at årsakene til dette kan skyldes en rekke hindringer som fysioterapeutene møter når de skal arbeide kunnskapsbasert.

Disse hindringene knyttes til kompleksiteten i selve fysioterapeutenes praksis og til mangel på tid og manglende støtte blant kolleger og ledere. Forskerne viser også til manglende tilgang til databaser og manglende kunnskap i kritisk lesning og tolkning av data fra forskning som barrierer for implementering. Den systematiske oversikten konkluderer med at det fortsatt er behov for ny kunnskap som kan øke forståelsen av kunnskapsbasert praksis. Det er også behov for kunnskap om faktorer som kan overvinne hindringer for å implementere forskningsbasert kunnskap til praksis.

Scurlock-Evans og medforfattere viser til tilsvarende funn i en systematisk oversikt av 32 studier som beskriver faktorer som hemmer og fremmer fysioterapeuters bruk av kunnskap fra forskning (Scurlock-Evans et al., 2014). De trekker fram at på tross av tilgang til nødvendige ressurser og en positiv holdning til kunnskapsbasert praksis, fører ikke dette automatisk til at de utøver kunnskapsbasert praksis med god kvalitet.

Ifølge forfatterne er det to dimensjoner som særlig gjør seg gjeldende som en årsaksforklaring. Det første er kunnskapsbasert praksis som prinsipp i den betydning å

benytte den best tilgjengelige kunnskapen i praksis. Det andre er kunnskapsbasert praksis som en prosess i den betydning å implementere alle trinn i arbeidsverktøyet.

Videre pekes det på mangel av tid som en begrensende faktor og utfordring knyttet til mangel på relevant forskning. Dette forsterkes gjennom manglende kunnskap om hva gyldig, pålitelig og relevant forskning faktisk er. Forfatterne viser til behov for større oppmerksomhet mot ulikheter i kontekst for at fysioterapeuter skal kunne jobbe kunnskapsbasert på en mer hensiktsmessig måte.

Selv om forskningen har identifisert intervensjoner som tar sikte på å imøtekomme disse utfordringene, er det behov for ytterligere forskning som kan bidra til å forstå hvordan fysioterapeuter best kan arbeide kunnskapsbasert (Scurlock-Evans et al., 2014).

En studie fra 2018 undersøker effekten av ulike strategier som kan fasilitere bruk av retningslinjer i behandling av pasienter med muskel- og skjelettplager (Bekkering et al., 2003). Funn viser at fysioterapeutene i for liten grad støtter seg på anbefalinger fra retningslinjer i klinisk praksis. Det pekes på at bruk av kunnskap er et komplekst og sammensatt bilde som styres av faktorer som også ligger utenfor det som fysioterapeutene selv kan påvirke.

Det vises til barrierer som at fysioterapeutene mangler både tid og kunnskap til å søke etter forskning og retningslinjer. Det vises også til manglende kunnskap i å kunne vurdere kunnskapens relevans og fravær av autonomi til å implementere retningslinjer til praksis. Studien konkluderer med at målrettede tiltak bidrar til en mer positiv holdning og større kunnskap om selve retningslinjen. Det er fortsatt behov for ytterligere forskning på grunn av flere av studienes dårlige metodiske kvalitet.

Som vi her har gjort rede for viser forskning til faktorer som peker direkte tilbake til fysioterapeutene selv, som årsak til underforbruk av forskningsbasert kunnskap. Utfordringen kan også tilskrives forskningens egenskaper. For lang avstand mellom den kontekst som forskningen skjer i og den kontekst den skal omsettes til, fører til dårlig samsvar mellom de forskningsbaserte anbefalingene og pasientenes komplekse utfordringer, ønsker og behov (Ostelo, Croft, van der Weijden, & van Tulder, 2009).

Barrierer knytte til bruk av forskning blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten diskuteres også i det norske forskningsmiljøet. I en kronikk i fagtidsskriftet *Fysioterapeuten* påpeker Bjorbærkmo, at forskningen primært ikke kommer fra praksisfeltet selv, men i hovedsak er produsert av forskere utenfor praksismiljøene (Bjorbærkmo, 2014). Hun hevder at i stedet for å oppfatte klinikerne som “vanskelige” når det gjelder å implementere funn fra forskning, bør man heller sette søkelyset mot forskningens betydning for praksisfeltet.

Organisasjonens kultur, struktur og grad av fleksibilitet kan påvirke klinikernes mulighet til å ta i bruk forskningsbasert kunnskap i daglig praksis (Denis & Lehoux, 2013, pp. 310-311). En kvalitativ studie fra 2013 undersøker hva som synes som viktige forutsetninger for at svenske fysioterapeuter i primærhelsetjenesten skal ta i bruk forskningsbasert kunnskap. Forfatterne konkluderer med at dette ikke er en “rett- fram- prosess”. Det synes tvert imot å være en kompleks og dynamisk sosial prosess, hvor kolleger, pasienter og andre samarbeidspartnere er gjensidig avhengig av hverandre for å lykkes. I denne prosessen er forankring i ledelsen fremhevet som en forutsetning for suksessfull implementering skal finne sted (Dannapfel, Peolsson, & Nilsen, 2013).

Barrierer som belyser mulige årsaker er god dokumentert, mens faktorer som fremmer kunnskapstranslasjon fra forskning til praksis er i mindre grad belyst (Bernhardsson et al., 2017). Mye av forskningen kommer dessuten fra andre helsefelt som medisin og sykepleie. Av den grunn kan det være nyttig å tilegne seg en bedre forståelse for de faktorer som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap hos fysioterapeuter som yrkesgruppe (Zidarov, Thomas, & Poissant, 2013). Det vises til kunnskapshull med behov for videre forskning for å forklare hvorfor det er slik. (Avgerinou et al., 2021; Bernhardsson et al., 2017; Bérubé et al., 2017).

3. Begrepsavklaringer og teoretisk rammeverk

Kunnskap som fenomen, og erfaring med bruk av forskningsbasert kunnskap, er et overordnet tema i masteroppgaven vår. Vi har valgt å bruke begrepet forskningsbasert kunnskap om kunnskap som er avledet fra forskning fordi det er slik det omtales i kunnskapsbasert praksis, som vår oppgave er en del av. Noen steder bruker vi likevel

forskningsskunnskap eller kunnskap fra forskning for å variere språket. Betydningen fra vår side, er likevel den samme.

For å knytte fenomenet til et vitenskapsteoretisk rammeverk, gjør vi først rede for begrepet epistemologi, og ser dette i lys av ulike vitenskapsteoretiske tradisjoner. Senere utdyper vi fenomenologiens relasjon til fenomenet kunnskap. Vi beskriver videre noen teorier som vi har valgt for å forstå, tolke og forklare funnene i studien ut ifra. I kvalitativ forskning må vi være oppmerksomme på at teorier kan påvirke arbeidet med analyse og funn. Vi må være åpne for de funn som trer frem, og behandle dem uten at vår forforståelse kommer i veien. Det er ikke dataene som skal tilpasses teorigrunnlaget, men teorien skal være et verktøy som til slutt skal bygge opp under data (Sandelowski & Barroso, 2002).

3.1 Epistemologi

Epistemologi kan forklares som læren om erkjennelse, og er læren om fornuft og vitenskap (Malterud, 2017, p. 27). Epistemologiske spørsmål handler om hva gyldig kunnskap er, og hva vi kan vite eller erkjenne, og hvordan gyldig og sann kunnskap kan fremskaffes (Thornquist, 2018, p. 16). I et historisk perspektiv kan vi peke tilbake på en dyptgående debatt om kvalitativ og kvantitativ metodologi og dens gyldighet i et kunnskapsperspektiv.

I de følgende avsnitt nevner vi to vitenskapsteoretiske posisjoner, det empiristisk/positivistiske og fortolkende paradigme, som belyser denne debatten ut fra et epistemologisk ståsted. Hensikten med å beskrive dette er å forstå hvordan vitenskapsteoretiske tradisjonene fortsatt påvirker helsevesenet i synet på hva som er relevant kunnskap. I tillegg plasserer det oss som forfattere av masteroppgaven inn i en vitenskapsteoretisk posisjon ved å velge en fenomenologisk tilnærming for å besvare vårt forskningsspørsmål.

Et viktig kjennetegn ved empirismens utvikling på 1700-tallet er at *erfaring* anses som kilden til kunnskap (Thornquist, 2018). Empirismen/positivismen omtales som en erfaringsorientert retning. Erfaring tolkes her i en bestemt betydning, i form av fysiske objekter og deres bestemte egenskaper som er observerbare og målbare i form av de som kan telles, måles og veies.

Med August Comte som grunnlegger av empirismen beskriver Thornquist at dette synet førte til oppfatningen om at alt som skulle undersøkes og forklares, måtte underlegges en og samme form for vitenskapelig metode. Det skulle uttrykkes i ett og samme språk, der matematikken og fysikkens språk, var idealet. Vitenskapelige sannheter skulle således være utvetydige, intersubjektivt reproducerbare, objektive og kvantifiserbare (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 80). Enhver innflytelse fra forskerens subjektivitet skulle elimineres eller minimeres (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 80). Ifølge epistemologisk tenkning utelates menneskelig subjektivitet og menneskelig samspill. Kvalitativ forskning og intervju blir således definert til å ikke være en vitenskapelig metode (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 81).

I motsetning til empirismen/positivismen, finner vi den fortolkende tradisjon som fenomenologien er en del av. Den fortolkende tradisjon omtales også som en erfaringsorientert tradisjon. Erfaring og kunnskap forstås her på en helt annen måte enn innenfor den empirisk/positivistiske retningen. Mens den empirisk/positivistiske tradisjon eliminerer subjektivitet fullstendig, framhever den fortolkende tradisjon at gjennom menneskers subjektive erfaringer og bevissthet rettet om noe og mot noe, kan ny kunnskap skaffes tilveie.

3.2 Fenomenologiens syn på kunnskap

I masteroppgaven utdyper vi forskningsbasert kunnskap som fenomen, og fysioterapeuters erfaring knyttet til dette fenomenet. Et fenomen kan defineres som «det som viser seg», eller «det som kommer til syne». Som en forlengelse av dette blir fenomenologi læren om det som kommer til syne (Thornquist, 2018).

Edmund Husserl, gjengitt av Thornquist, beskriver fenomenologi som en bevissthetsfilosofi der fenomenologisk bevissthet og erfaring omtales under nøkkelbegrepet intensjonalitet. Intensjonalitet er forklart ved at vår bevissthet alltid er rettet mot noe, at den aldri er tom (Thornquist, 2018, p. 22). Som filosof og professor var Husserl opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og dens vilkår (Thornquist, 2018, p. 102). Vår bevissthet om noe og vår erfaring med noe, knyttes sammen til å utgjøre den praktiske omgang med verden, vår

livsverden, som Husserl uttrykker det. Hans begrep livsverden kan forstås som hvordan hver og en av oss erfarer og subjektivt sett forstår verden.

Forståelse av verden og erfaringer med verden kan ikke ifølge Husserl, reduseres til utelukkende kvantitative egenskaper og objektive målbare størrelser. Fenomenologiens krav til vitenskapens syn på kunnskap blir dermed å kvalitativt beskrive livsverdens erfaringsnære og subjektive virkelighet så klart og tydelig som mulig. En slik innstilling gir vår bevissthet og subjektivitet og våre egne erfaringer en vitenskapelig annerkjennelse. Dette gir fenomenologien en mulighet til å etablere ny kunnskap gjennom kvalitative forskningsmetoder.

En annen måte å betrakte kunnskap på i et fenomenologisk perspektiv, er å se hva litteraturen skriver om taus kunnskap og eksplisitt kunnskap. Funabashi og medforfattere viser til Alavi og Leidner (Funabashi, Warren, & Kawchuk, 2012). De definerer kunnskap som informasjon som kognitivt og mentalt blir bearbeidet og personliggjort gjennom de relasjoner vi har fra før til fakta, begreper, tolkninger og observasjoner.

Taus kunnskap er relatert til handling og erfaring i en spesifikk kontekst og den representerer kunnskap som den enkelte ikke er seg selv helt bevisst, som for eksempel hvordan man utfører en bestemt oppgave. Taus kunnskap dekker både kognitive tekniske og håndverksmessige ferdigheter. Fysioterapi er en fagtradisjon som historisk sett er basert på erfaringskunnskap og den tause kunnskapen (Jamtvedt et al., 2015, p. 26).

Den eksplisitte kunnskapen representerer derimot kunnskap som den enkelte er seg bevisst, som en kan gjøre rede for, og som kan formidles til andre. Disse to kunnskapsdimensjonene kan overføres til konseptet kunnskapsbasert praksis, der vi møter ulike kunnskapsformer som brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap.

Forståelsen av hva som er relevant og gyldig kunnskap i fysioterapi er blitt utfordret i spenningsfeltet mellom en fagtradisjon som historisk sett er basert erfaringskunnskap, etter hvert som forskningsbasert kunnskap er synliggjort gjennom at det forskes mer på fagfeltet nå enn noen gang tidligere (Jamtvedt et al., 2015).

3.3 Refleksivitet og validitet

All kunnskapsutvikling, om den bygger på en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming, bør ha de samme krav til vitenskapelig kvalitet (Malterud, 2017, p. 38). Vitenskapelig kunnskap som er skaffet tilveie gjennom et fenomenologisk perspektiv, er like pålitelig som forskning med et kvantitativt utgangspunkt, så lenge begge er et resultat av en systematisk forskningsprosess. Den skal vise åpenhet og kritisk refleksjon. Vi vil utdype noen av de mest sentrale begrepene ved å støtte oss til Malterud sin beskrivelse av refleksivitet og validitet fra en artikkel i tidsskriftet for Den Norske legeforening og hennes lærebok om kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2002, 2017).

Å vise refleksivitet innen kvalitativ forskning er særs viktig, da det er umulig for forskeren å ikke sette fotavtrykk i de ulike prosessene (Malterud s 19). At forskerens ståsted påvirker forskningsprosessen anerkjennes i det fortolkende paradigme som et positivt redskap, så lenge en er klar over sin egen forforståelse. Malterud beskriver dette slik i sin artikkel:

Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen. Forskerens rolle og perspektiver underveis, herunder forforståelse og teoretisk referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres.

Systematiske feil i forskning kan forebygges ved at man holder tak i studiens gyldighet, altså dens validitet. Å undersøke studiens validitet betyr å reflektere rundt hvilke omstendigheter, og for hva og for hvem, den nye forskningskunnskap kan være gyldig og nyttig. Hvilken overførbarhet funnene har ut over den sammenheng der studien er gjennomført, er også relevant.

For å vurdere studiens interne validitet må man undersøke hva framgangsmåten og materialet man bruker sier noe om, og hva metoden faktisk skal gi svar på. Verktøy og instrument skal være tilpasset det som skal undersøkes. Begrep og spørsmål må være relevante og kunne forstås av forskningsdeltagerne slik at de svarer på det som er relevant for studiens formål.

Samtidig som man undersøker den interne validiteten, må man også ta stilling til om kunnskapen som er innhentet er overførbart til andre situasjoner, under andre betingelser. Å stille spørsmål om overførbart vil si å operasjonalisere spørsmål om studiens eksterne validitet. Det er svært sjelden at resultat av en studie gir allmenngyldige resultater, altså funn som gjelder alle mennesker under enhver situasjon. Den eksterne validiteten i en studie er derfor ofte knyttet til utvalget og til den kontekst som omgir undersøkelsen. Ekstern validitet er et svært viktig punkt da det handler om forskningsresultatenes forutsetning for å være relevant slik at de kan deles og komme andre til nytte.

3.4 Implementeringsteori

Formålet med vår studie er å få en dypere forståelse av hva fysioterapeuter anser som viktige forutsetninger for å ta i bruk ny kunnskap fra forskning. Vi velger å beskrive dette nærmere ved å benytte klassiske teorier og implementeringsteorier som vist i figuren under. Disse teoriene trekker vi inn igjen i drøftingsdelen av masteroppgaven.

Det er fortsatt stor avstand mellom den beste tilgjengelige kunnskapsbaserte praksis og den behandling som helsetjenesten tilbyr (Flottorp, 2013). Hvordan helsetjenesten kan forbedres og endres har de siste tiårene derfor blitt et viktig forskningsfelt (Flottorp, 2013). Litteraturen benytter ulike begrep på prosesser som skal realisere endring i praksis. Dette er begrep som innovasjon, implementering, diffusjon, kunnskapstranslasjon og kvalitetsforbedring, for å nevne noen (Grol & Wensing, 2013, p. 11). Vi har valgt å bruke begrepet implementering og følgende definisjon fra nevnte kilde side 10.

Implementation can be described as a planned process and systematic introduction of innovations and/or changes of proven value; the aim being that these are given structural place in a professional practice, in the functioning of organizations or in the health care structure.

På tross av akselererende tilgang på ny kunnskap fra forskning, synes det som om kunnskapen ikke tas i bruk av klinikerne i tilsvarende tempo. Selv om klinikerne er klar over forskning som kan gi pasientene bedre behandling er det ingen selvfølge at de av den grunn endrer praksis (Grol & Wensing, 2013, p. 14). Straus og medforfattere viser til en analyse der

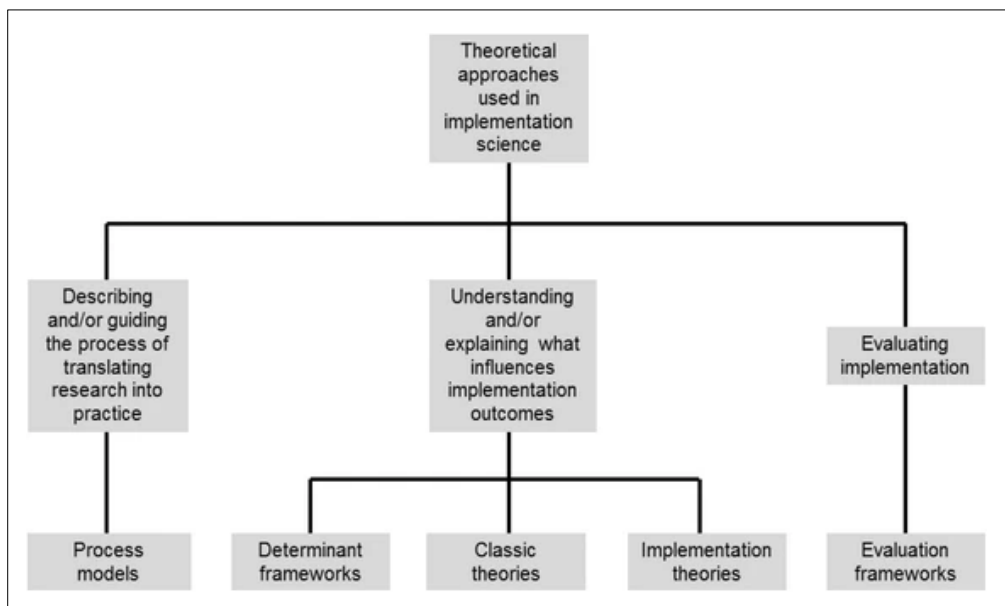
mindre enn 55 % av voksne amerikanere mottok behandling basert på beste kunnskap (Hutchinson & Estabrooks, 2013, p. 3). Kunnskap om faktorer som kan hemme og fremme effektiv implementering av ny kunnskap i en organisasjon er derfor blant de viktigste elementene for å lykkes (Lègarè & Zhang, 2013, p. 121).

Grol og medforfattere viser til noen bestemte kategorier av faktorer som er identifisert for å få dette til. Kunnskapens relevans, dens kvalitet og om den passer inn i eksisterende praksis, spiller inn. Dernest kan klinikerens og pasientenes motivasjon, verdier, holdninger, kunnskaper, ønsker og behov fremme eller hemme implementering. Videre vises det til at arbeidsplassens kultur, kollegers og ledelsens innstilling til endring, samt den organisatoriske og administrative kontekst har betydning. Til slutt pekes det på økonomiske kompensasjonsordninger som en påvirkningsfaktor (Severens, Hoomans, Adang, & Wensing, 2013, pp. 19-20).

Det har vært behov for å utarbeide teoretiske rammeverk for å forstå faktorer og strategier som påvirker implementering (Nilsen, 2015). Nilsens rammeverk systematiserer ulike tilnærminger i følgende tre kategorier: teorier, modeller og rammeverk

Ifølge Nilsen, vil en teori prøve å forklare og forstå den prediktive kapasitet og årsaksmekanismer for implementering. I hvilken grad fysioterapeuters holdninger til en retningslinje kan forutsi om de virkelig følger denne, er et eksempel på dette. En modell derimot, forsøker å beskrive og veilede selve prosessen med å oversette forskning til praksis, snarere enn å forutsi eller analysere hvilke faktorer som påvirker implementering. Et rammeverk har til hensikt å beskrive faktorer som antas å påvirke selve utfallet av implementeringen. Hverken modeller eller rammeverk spesifiserer mekanismene som ligger bak endringsprosessene, men er mere å betrakte som sjekklister over relevante faktorer i implementeringsprosessen fra start til slutt (Nilsen, 2015).

Disse tre kategoriene som vi har vist til kan illustreres slik:



Figur 4. Systematisering av implementeringsforskning

Modellen beskriver flere relevante teorier og rammeverk som støtter opp under implementeringsforskning, relatert til de ulike kategoriene over. Ved vår masteroppgave har vi til hensikt å forstå et fenomen. Vi har derfor valgt å belyse ett rammeverk og noen teorier som modellen plasserer under området "Forstå og/eller forklare hva som påvirker implementering".

3.4.1 Banduras sosialkognitive teori

Ny kunnskap fra forskning kan medføre behov for endring av fysioterapeutenes praksis (Jamtvedt et al., 2015, pp. 15-16). Godt innarbeidede rutiner og handlingsmønster må legges om. For å predikere klinikernes bruk av forskningsbasert kunnskap kan vi sette søkelys på potensielle motivasjonsmekanismer som fremmer atferdsendring hos mennesker (Hutchinson & Estabrooks, 2013, pp. 286-297). Kognitive motivasjonsteorier kan være et verktøy for å undersøke og forstå hva som påvirker individuelle valg i en gitt situasjon.

Santrock viser i sin bok "Life- Span Development" til psykologen og professoren Albert Banduras sosialkognitive teori som forklaring om hvordan mennesker endrer atferd (Santrock, 1997, p. 45) Menneskelig adferd er, ifølge Bandura, bestemt av insentiver og forventninger relatert til våre tanker om de forventede konsekvenser hvis vi velger å avstå fra å gjennomføre en bestemt handling. Dernest påvirkes vi av tankene våre om sannsynligheten for det ønskede utfall av atferdsendringen. Til slutt kan forventninger til, og troen på egen mestringsevne, være avgjørende for vår motivasjon til endring. Begrepet mestringstro etablerte Bandura som en del av sitt teorigrunnlag. Bandura var opptatt av at atferd, miljø og personlige faktorer alle påvirker hverandre.

Bandura definerte begrepet mestringstro (self- efficacy) som ens egen tro på evnen til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå det ønskede målet. Bandura mente at troen på egne ferdigheter er helt avgjørende for å få personer til å ta initiativ til å handle (Bandura, 1995, pp. 8-9). Hvilke forventninger vi har til vår mestringsevne er, ifølge hans teori, et resultat av fire faktorer som direkte påvirker ens motivasjon for endring.

Disse er ens mestringserfaringer fra tidligere, opplevelser ved å ha observert rollemodeller eller kolleger i tilsvarende situasjoner. I tillegg er verbal hjelp og støtte, og personens tolkninger av egne resultater og prestasjoner utslagsgivende. Ifølge Santrock vil Banduras teori være avhengig av at de fire faktorene er sterke og positive for at atferdsendring og læring skal finne sted.

Mennesker har ulik grad av mestringstro, basert på erfaringer tidligere i livet. Bandura hevder at mestringstroen avgjør menneskers holdning til endring (Bandura, 1995, pp. 10-11). Personer med høy grad av mestringstro vil se på en endring som noe som kan overkommes og mestres, mens en person med lav grad av mestringstro har en tendens til å mislike endring. I hvilken grad ansatte har en høy mestringstro vil derved påvirke hvilken endringsmotstand en foreslått endring vil skape.

3.4.2 Organisasjonsteori

Implementering av kunnskap kan også betraktes ut ifra et organisasjonsperspektiv.

Organisasjonens evne til å involvere ansatte i bruk av forskningsbasert kunnskap kan betraktes som organisasjonens "kapasitet" (Denis & Lehoux, 2013, p. 310). Organisasjoner som evner å ta til seg og bruke ny kunnskap beskrives med noen felles kjennetegn.

Fleksibilitet, desentralisert beslutningstaking og høy grad av autonomi ser ut til å være positive faktorer. Ved å flytte ansvar og oppgaver for endring og innovasjon ut i organisasjonen blir det tydelig at organisasjonen verdsetter bruk av ny kunnskap. Dette kan betraktes som et middel til å få gjennomført endringer. Samtidig vil klinikerne være avhengig av at organisasjonen legger til rette for at de skal kunne ta kunnskapen i bruk ved å gi tid, opprette nettverk og gi teknisk støtte (Denis & Lehoux, 2013, pp. 308-311).

En innovativ organisasjon er et annet begrep som benyttes på endringsvillige organisasjoner (Grol, Wensing, Bosch, Hulscher, & Eccles, 2013, p. 27). Høy grad av spesialisering, god teknisk kompetanse, god kommunikasjon mellom ansatte og en positiv holdning til endring kan påvirke den innovative evnen. Innovasjonsteorier trekker også fram desentralisert beslutningstaking og evnen til å overkomme finansielle hindringer (Denis & Lehoux, 2013, pp. 315-316; Severens et al., 2013, pp. 350-362).

Contandriopoulos og medforfattere viser til tre kontekstrelaterte faktorer som hemmer eller fremmer implementeringsprosesser. Dette omtales under områdene polariseringsnivå, kostnadsdeling mellom brukerne av kunnskap og produsentene av kunnskap, og sosial struktur (Contandriopoulos, Lemire, Denis, & Tremblay, 2010).

Polarisering refererer til nivået på enighet på tvers av klinikerne oppfatninger. Jo høyere grad av enighet, jo større er sannsynligheten for å lykkes med implementeringen.

Kostnadsdeling er basert på ideen om at all kunnskapstranslasjon er kostnadsdrivende i form av tid, penger og menneskelige ressurser. Dermed kan forskerne, som har et mål om å implementere forskningsresultatene i praksis, og klinikerne som er potensielle brukere av kunnskapen, påta seg å dele disse kostnadene på ulike måter. Zidarov og medforfattere konkluderte med at når brukere engasjerer ressurser i anskaffelse av forskningskunnskap, som for eksempel gjennom dialog med forskere, øker potensialet for forskningsbruk (Zidarov et al., 2013).

Den siste kontekstuelle faktoren er sosial struktur. Den understreker organisasjonens potensiale til å etablere strukturer og ressurser som støtter opp under ansattes forsøk på å bruke kunnskap. Det vises til at en fleksibel organisasjon som makter å flytte ansvar for beslutninger ut i organisasjonen, er bedre rustet til å ta til seg ny kunnskap. En slik organisasjon er ofte koblet til en ledelsesstrategi som tydelig viser at de verdsetter bruk av kunnskap som et middel i forbedringsarbeid.

Organisasjonen kjennetegnes ved at den har tilgang til tekniske og menneskelige ressurser som kan gi støtte til kolleger i arbeidet med bruk av ny kunnskap. Som eksempel nevnes etablering av nettverk og bruk av kunnskapsambassadører som bidrar til å skape rom for kunnskapsdeling og bruk av kunnskap. Controdriopoulos og medforfattere hevder at mangel på interaksjon mellom forskerne og brukerne er en de største hindringene for utnyttelse av forskning (Controdriopoulos et.al, 2010).

3.4.3 i-PARIHS

Vi har tidligere gjort rede for Nilsen sin modell som beskriver strategier for implementering av forskningsbasert kunnskap til praksis (Nilsen, 2015). En av disse strategiene er rammeverket i-PARIHS (The integrated Promoting Action and Research Implementation in Health Service). Det beskriver grupper, såkalte determinanter, som viser seg å påvirke klinikernes evne til å endre praksis på bakgrunn av ny kunnskap (Harvey & Kitson, 2016).

i-PARIHS betrakter vellykket implementering (SI) som en funksjon (fac) av flere determinanter som fremmer eller hemmer et implementeringsforløp. Disse determinantene er selve kunnskapen (I= Innovation), alle tilgjengelige ressurser inkludert de aktører som skal delta i implementeringen (R= Recipients), og indre og ytre kvaliteter og egenskaper i kontekst (C= Context). Dette uttrykkes på følgende måte:

$$SI = \text{Fac}^n(I+R+C)$$

i-PARIHS består altså av tre determinanter der hver determinant omfatter flere enkelt - faktorer som hver for seg fremmer eller hemmer implementering. Under determinanten innovasjon samles flere typer kunnskap, både forskningskunnskap, klinisk ekspertise og brukerkunnskap. Under "Recipients" samles de menneskelige ressursene som ferdigheter og

motivasjon så vel som lokale opinionsledere og ressurser. “Context” samler blant annet lederskap, kultur, politisk forankring og samarbeid med andre utenfor organisasjonen.

På samme måte som andre modeller og rammeverk bygger også i- PARIHS på forskjellige teorier som blant annet innovasjonsteori, endringsteori og motivasjonsteori. Illustrasjonen under er hentet fra Harvey og Kitson sin artikkelen og viser hvordan en fasilitator kan påvirke implementering av ny kunnskap i en organisasjon. Fasilitatoren kan være en bestemt person, eller et team, som i kraft av sine kunnskaper eller ens formelle posisjon, har innflytelse på innovasjonen. Alt etter sin posisjon, kan fasilitatoren ha påvirkningskraft på ulike nivå i organisasjonen. Som en struktur for presentasjon av funn, og i diskusjonsdelen av oppgaven benytter vi i-PARIHS (Gale, Heath, Cameron, Rashid, & Redwood, 2013).

4. Metode

Kvale og Brinkmann skriver at: “Den opprinnelige betydningen av ordet metode er “veien til målet” (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 140). Hvis man skal finne, eller vise andre veien til målet, må man alltid vite hva målet er. Vårt mål er å få en dypere forståelse av hva fysioterapeuter i primærhelsetjenesten anser som viktige forutsetninger for å bruke forskningsbasert kunnskap i sitt arbeide, i den hensikt at dette kan bidra til at fysioterapeuter arbeider kunnskapsbasert.

Valg av riktig forskningsmetode er avgjørende for å få svar på forskningsspørsmålet (Malterud, 2017, p. 32). Metoden bestemmer retningen for hvordan vi beveger oss inn i forskningsfeltet for å samle data. I dette kapittelet redegjør vi for kvalitativ forskning, og hvilke overveielser som ble gjort forut for valg av metode. Vi begrunner også valget ut fra forskningsspørsmålets art og de praktiske hensyn som måtte tas.

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitative forskningsmetoder representerer en strategi når vi har behov for å utforske et fenomen nærmere (Creswell & Poth, 2018, pp. 45-46). Metoden kan gi ny kunnskap ved å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved et fenomen (Malterud, 2017, p. 30). Ut fra en epistemologisk tilnærming vil en kvalitativ studie helst komme så tett innpå de man studerer som mulig (Creswell & Poth, 2018, p. 21). Kvalitativ forskning kan også være en god innfallsvinkel når vi har behov for kunnskap om den kontekst eller de omgivelser som omgir de personene som studeres (Creswell & Poth, 2018, p. 45).

Det er mulig å tilnærme seg et forskningsspørsmål om erfaringer og holdninger til et fenomen på ulike måter. Disse tilnæringsmåtene har gjennom tiden blitt klassifisert i ulike tradisjoner ut fra sine vitenskapsperspektiv. Etnografi, grounded theory, casestudier og fenomenologi er noen av disse. For eksempel stammer etnografi fra antropologi og sosiologi, grounded theory fra sosiologi, mens fenomenologi hviler på vitenskapelig kunnskap fra psykologi og filosofi (Creswell & Poth, 2018, pp. 8-12).

Vi vil videre beskrive de metodologiske valg vi tok og samtidig gjøre rede for alternative tilnærminger til vår problemstilling. For å få en dypere forståelse for fenomenet valgte vi en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk perspektiv. En kvalitativ forskningsmetode kan gi kunnskap om menneskelige egenskaper, erfaringer, opplevelser, tanker, motiver og holdninger (Malterud, 2017, p. 31).

Valg av metode handler også om å ta stilling til hvordan man samler inn data (Leseth & Tellmann, 2018, p. 51). Vi drøftet bruk av individualintervju, fokusgruppeintervju og bruk av observasjonsstudier. Vi valgte til slutt å benytte individualintervju i den hensikt å komme så tett på informantene som mulig som gav god anledning til å stille utdypende spørsmål. Vi vurderte det dessuten slik at intervju med hver av informantene, i stedet for fokusgruppeintervju, ytterligere forsterket muligheten til kunnskapsproduksjon i et samspill mellom oss og informantene.

I masteroppgaven hadde vi ikke til hensikt å teste ut en bestemt teori mot virkelighet, men heller å søke ny kunnskap om et tema. Den induktive forskningsstrategien samsvarer med vårt forskningsspørsmål, hvor vi har spurt etter "hva" fysioterapeuter anser som viktige

forutsetninger. Denne strategien bygger ikke opp til hypotesetesting, som en deduktiv forskningsstrategistrategi gjør, men kan føre til at vi i noen grad kan generalisere sosiale fenomener (Malterud, 2017, p. 66).

Et og samme fenomen kan undersøkes fra ulike perspektiv og synsvinkler slik at problemstillingen blir belyst ved bruk av flere metoder (Leseth & Tellmann, 2018, p. 51; Malterud, 2017, pp. 200-201; Røykenes, 2009). Ulike forskningsstrategier kan komme til anvendelse alt etter hvordan spørsmålet er utformet.

Å undersøke hvordan fysioterapeuter tar i bruk kunnskap fra forskning er et komplekst tema (Jamtvedt et al., 2015, p. 25; Mota da Silva et al., 2014). For å tilnærme oss vår problemstilling på en annen måte, kunne bruk av kvantitativ metode og spørreskjema vært benyttet i forkant av vår kvalitative undersøkelse. En spørreundersøkelse kunne gitt kunnskap om hvor ofte fysioterapeuter benytter forskning som kunnskapskilde, eller om fysioterapeuter jobber mer kunnskapsbasert mot enkelte diagnosegrupper enn andre. Årsakssammenheng mellom variablene kunne vært undersøkt, og demografiske variasjoner mellom kommuners bruk av forskningsbasert kunnskap kunne vært kartlagt. Dette kunne gitt andre data om fenomenet i tillegg til å utforske det kvalitativt slik vi har valgt å gjøre (Polit & Beck, 2017, pp. 579-581).

Observasjonsstudier er en måte å samle data på i en kvalitativ studie ved å bevege seg ut i feltet der fenomenet kan iakttas i sin naturlige sammenheng (Creswell & Poth, 2018, p. 166). Med tanke på studiens problemstilling, kunne observasjoner som datainnsamling i vårt tilfelle vært aktuelt. For det første kunne observasjon av informantene i deres daglige arbeid gitt verdifull innsikt i forkant av utforming av intervjuguiden. Hva som skjer i fysioterapeutenes praksis i diskusjon mellom kolleger og i pasientbehandling kunne gitt oss ideer til gode spørsmål.

For det andre kunne vi ha valgt å gjennomføre observasjon av fysioterapeutene i etterkant av intervjuene. Dette kunne gitt utdypende kunnskap om hvordan de omsetter kunnskap fra forskning til praksis. Det kunne også gitt oss en mulighet til å forstå om det de sa i intervjuene også samsvarer med det de faktisk gjør (Halvorsen, 2008, p. 133).

Å gjennomføre en kombinasjon av studiedesign, eller kombinasjon av metoder for innsamling av kvalitative data, hadde vært en interessant metodologisk tilnærming. Dette kunne gitt studiens validitet bedre styrke og et bredere kunnskapsgrunnlag ved å kaste et annet lys over de ulike tema og perspektiver (Creswell & Poth, 2018, p. 260).

Dessverre var det ikke mulig å tilnærme seg forskningsspørsmålet på denne måten. For det første hadde vi begrenset tid til rådighet for å gjennomføre oppgaven. Som nye forskere har det vært krevende nok å sette seg inn i alle stegene i en kvalitativ metode. Å benytte ulike studiedesign krever meget god faglig innsikt (Polit & Beck, 2017, pp. 598-599). Denne kunnskapen måtte vi i så fall ha tilegnet oss i løpet av arbeidet med masteroppgaven. Koronapandemien satte dessuten en stopper for å gjennomføre fysiske intervju. Det hadde derfor ikke vært mulig å gjøre observasjonsstudier i tillegg. Ut fra disse rammebetingelsene, og studiens formål og hensikt, vil vi likevel hevde vi at valg av forskningsdesign og metode for datainnsamling, samsvarer godt med forskningsspørsmålet vårt.

4.2 Forskerlogg

I litteratur om kvalitativ metode anbefaler flere forfattere å skrive en forskerlogg eller en form for dagbok. Forskerlogg er et levende og aktivt arbeidsdokument som oppdateres fortløpende gjennom hele forskningsprosessen. En kan betrakte loggen som en slags bankkonto med innskudd av mange slags ressurser som kan vokse og gi avkastning senere. Loggen bidrar til refleksivitet og åpenhet etter hvert som arbeidet går framover (Malterud, 2017, pp. 53-54).

Helt i starten av arbeidet med masteroppgaven opprettet vi et felles digitalt dokument som vi kalte «Forskerlogg, dialog og gjøremål». Der noterte vi tanker og kreative ideer som vi fikk underveis. Beslutninger om veivalg noterte vi også. Det samme gjorde vi med den kommunikasjon vi hadde med våre samarbeidspartnere; veileder, Sunnaas sykehus og Høgskulen på Vestlandet. Vi benyttet loggen som et levende dokument hvor alle spørsmål og undringer fikk plass, med bruk av dato for hvert notat, fargekoder og merkelapper for å holde en viss orden og struktur. Loggen fungerte som en tankesmie, og terskelen for å legge inn våre betraktninger var lave.

Vivi Nilssen, professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, mener at det å skrive forskerlogg visualiserer, tar vare på og utvikler tanken (Nilssen, 2014, p. 38). Som en del av diskusjonen rundt vår forforståelse for oppgavens problemstilling benyttet vi loggen aktivt flere ganger. Vi utarbeidet hver for oss en oversikt over av hva vi trodde informantene ville svare på spørsmålene i intervjuguiden. Disse refleksjonene fulgte oss gjennom både prosessen med intervjuene, så vel som i analysen.

4.3 Valg av metode for datainnsamling

De vanligste metodene for innsamling av data i kvalitativ forskning er gjennom intervju, deltagende observasjon eller dokumentstudier. I samfunnsforskning er det vanlig å betrakte data som noe skapes i en relasjon mellom forskeren, og de det forskes på (Leseth & Tellmann, 2018, pp. 52-53). Intervjueren stiller spørsmål som leder fram til tema som intervjupersonen svarer på. Intervjueren lytter aktivt og oppfølging av svarene bestemmer den videre retningen i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 218).

Med andre ord, kvalitative data er ikke noe vi henter eller samler inn. Intervjueren har en aktiv rolle som forfatter og medprodusent av det slutførte resultatet. Vi synes denne nyansen er viktig å belyse, men velger likevel å bruke begrepet datainnsamling fordi det er et etablert begrep i metodelitteraturen (Malterud, 2017, p. 69).

Vi valgte å benytte semistrukturerte individualintervju med en fenomenologisk tilnærming som metode for datainnsamlingen. En slik tilnæringsmåte er godt egnet når formålet er å innhente informantenes egne erfaringer fra deres livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 46-47). Et semistrukturert intervju er gjerne bygget opp med temaer og noen hovedspørsmål det er ønskelig at informanten reflekterer over. Hensikten er å få en dypere forståelse for hva informantene erfarer som viktige faktorer i de temaer vi har valgt ut, samt å få informantene til å reflektere over disse. Vi ønsket dessuten å gi informantene tid og rom til å hente fram erfaringer og tanker uten tidspress eller annen påvirkning, noe som kan oppstå i et fokusgruppeintervju (Malterud, 2017, pp. 138-140).

4.4 Datainnsamling

Vårt datamateriale bestod av samtaledata. For å øve oss i intervjusituasjonen, teste utstyr og selve intervjuguiden gjennomførte vi hvert vårt pilotintervju. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsstedet til informantene. De to “prøveinformantene” gav oss verdifull tilbakemelding på forbedringsområder som vi tok med oss videre i arbeidet. Vi vurderte om data fra pilotintervjuene kunne inngå som en del av selve materialet. Intervjuene bar preg av å være nettopp det de var tenkt som, en treningsarena for oss som nye forskere. Derfor valgte vi å ikke benytte disse videre. Vi fulgte framdriftsplanen, og samlet inn data i tidsrommet fra mars til og med juni 2020.

Vår plan var å gjennomføre fysiske intervju på fysioterapeutenes arbeidssted i tre kommuner. På grunn av covid-19-pandemien som også rammet Norge i mars i fjor, med de begrensinger i reiseaktivitet og nærkontakt som dette medførte, måtte alle intervju i stedet gjennomføres digitalt. NSD ble skriftlig orientert om endringen, men hadde ingen innsigelser til at intervjuene ble gjennomført på en digital plattform. Vi orienterte også informantene om det samme og alle ønsket fortsatt å delta i studien.

Kvaliteten på lydopptakene var i hovedsak gode, men vi erfarte at kvaliteten på selve samtalen med informantene ble annerledes enn erfaringene vi gjorde under de to pilotintervjuene der vi satt i samme rom. Dette kan handle om at vi ikke fanget opp blikk, fakter og andre uttrykk like godt.

4.4.1 Intervjuguiden

Vi brukte “Det kvalitative forskningsintervju” av Kvale og Brinkmann (2017) som kunnskapskilde for utvikling av vår intervjuguide. (Se vedlegg 3 og 4). Intervjuguiden var en mal som skulle hjelpe oss til å få belyst problemstillingen på en god måte. Vi delte den inn i tre temaområder med introduksjon til temaet og innledende spørsmål som det første. Vi valgte å presentere informantene for kunnskapsbasert praksis i introduksjonen, og viste dem et bilde av modellen. Slik kunne vi fra starten avklare våre referanserammer og teoretiske forståelse for begrepet når vi senere i intervjuet snakket om kunnskapsbasert praksis (Leseth & Tellmann, 2018, pp. 71-72).

Ett av spørsmålene var å undersøke hva fysioterapeutene forstod med begrepet forskningsbasert kunnskap. Dette førte oss videre til spørsmål om hvordan de tok i bruk kunnskap fra forskning på arbeidsplassen. Vi spurte om hvilke forutsetninger fysioterapeutene opplevde som sentrale for å lykkes med implementering av denne kunnskapen. I denne delen var vi naturlig nok ute etter å høre hva som var deres erfaringer med både implementering og etablering av ny forskningsbasert kunnskap.

Til slutt hadde vi en åpen avslutning, hvor vi spurte om de hadde noen råd til kolleger som ønsket å gjøre noe tilsvarende på egen arbeidsplass. Bakgrunnen for dette spørsmålet var to-delt. For det første gav vi en åpning for at informantene kunne utdype det de allerede hadde svart på i intervjuet. Det gav dessuten informantene en mulighet til komme med nye refleksjoner og erfaringer de ønsket å dele med oss.

4.4.2 Utvalg

Utvalget har stor betydning for data som samles inn til analysen. Et viktig kriterium for rekruttering av deltagere til en studie er at deltagerne har erfaring med fenomenet som skal undersøkes, og at de kan formidle dette (Malterud, 2017, pp. 57-60). Et utvalg som består av informanter som kan gi mest mulig relevant kunnskap styrker derved forskningens interne validitet (Leseth & Tellmann, 2018, pp. 43-44).

Vi ønsket å rekruttere deltagere som kun gi nyanser, dybde og detaljer om temaene vi hadde forberedt. Rekruttering av deltagere foregikk derfor ikke tilfeldig, men strategisk. Et strategisk utvalg av informanter sikret at våre forskningsdata ble tilstrekkelige til å kunne analysere og belyse problemstillingen (Malterud, 2017, pp. 58-60).

P- en fra PICO- spørsmålet vårt viser tilbake på fysioterapeuter i norske kommuner som vårt rekrutteringsgrunnlag (Polit & Beck, 2017, pp. 249-250). Vi sikret bredde i utvalget ved å rekruttere fysioterapeuter av begge kjønn i forskjellig alder, med ulik klinisk erfaring fra tre forskjellige kommuner. Vi satte også opp noen inklusjonskriterier som skulle sikre studiens interne validitet (Polit & Beck, 2017, p. 250). Figuren under viser data om informantene og inklusjonskriterier.

Data om informantene.					
Informantene måtte oppfylle en eller flere av følgende inklusjonskriterier:					
a. Har erfaring med bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis					
b. Har erfaring med å utvikle nye tiltak eller fagprosedyrer på arbeidsplassen					
c. Har erfaring fra deltagelse i forskningsprosjekt					
d. Har erfaring med delt stilling mellom forskning og praksis					
Fysioterapeut	Kjønn	Alder	Antall års praksis	Videreutdanning	Inklusjonskriterier
A	K	50-60	25-30	Mastergrad	a,b,c
B	K	40-50	15-30	Mastergrad	a,b,c
C	K	50-60	25-30	Mastergrad	a,b,c,d
D	M	20-30	5-10	Mastergrad	a,b,c,d
E	M	30-40	15-20	I mastergradsforløp	a
F	K	60-70	35-40	Spesialist NFF	a,b,c
G	K	40-50	1-15	Mastergrad	a,b,c
H	K	30-40	5-10	Mastergrad	a,b

Figur 5. Inklusjonskriterier og data om informantene

På tross av de kriterier vi har vist til her, syntes vi det var en utfordring å bestemme det eksakte antall informanter vi trengte til studien. “Metning” i den betydning av at det til slutt ikke ville framkomme ny informasjon ved å rekruttere ytterligere informanter, forkastet vi som kriterium for utvalgsstørrelsen (Malterud, 2017, p. 64; Patton, 2015, p. 100). Formålet vårt med studien var å utforske noen aspekter, heller enn å avdekke den “absolutte sannhet” om fenomenet (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). Vi hadde dessuten begrenset med tid og ressurser til rådighet for å få ferdig masteroppgaven innenfor fristen. Dette i seg selv satte en begrensning på antall intervju vi kunne gjennomføre tatt i betraktning alt etterarbeid med databearbeiding og analyser.

Malterud anbefaler at i stedet for å estimere antall informanter ut fra en bestemt analysemetode, bør man heller følge noen metodiske prinsipper relatert til informasjonsstyrke. Hun viser til Sandelowski (1995) som hevder at på tross av at kvalitative studier sjelden bygger på data fra et stort antall deltagere, kan et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke likevel gi valid kunnskap om et fenomen. Til slutt valgte vi å bruke Malterud sin modell for vurdering av informasjonsstyrken (Malterud et al., 2016).

Modellen består av fem trinn. Det første er å betrakte studiens forskningsspørsmål, om dette er bredt eller smalt. Et bredt forskningsspørsmål krever flere informanter enn et smalt

ett. Vår opprinnelige plan var å benytte både ledere og fysioterapeuter som informanter for å utforske deres erfaringer med fenomenet. For å ha et overkommelig antall informanter valgte vi likevel til slutt å fokusere kun på fysioterapeuter. Vi snevret inn både forskningsspørsmålet og studiens formål som følge av dette.

Informasjonsstyrken er dernest avhengig av informantenes erfaringer med fenomenet som skal studeres. For å sikre at våre informanter hadde tanker, opplevelser og erfaringer de kunne dele med oss, definerte vi på forhånd noen inklusjonskriterier for rekruttering av deltagere. Det var ikke et krav til at deltagerne skulle møte alle kriteriene. De fire inklusjonskriteriene vi valgte ut var: 1) at de benyttet forskningsbasert kunnskap i sin kliniske praksis, 2) at de hadde erfaring med å utarbeide fagprosedyrer og rutiner, 3) erfaring med deltagelse i forskningsprosjekt, og 4) har hatt delt stilling mellom forskning og klinisk praksis.

Videre kan studiens teoretiske bakgrunn påvirke informasjonsstyrken. En studie som ikke støtter seg på allerede etablert teori, vil kreve en større informasjonsstyrke enn studier med et teoretisk forankringsgrunnlag. Da vi gikk gjennom tidligere forskning så vi at det allerede finnes forskning som samsvarer med vår problemstilling. Vi stod således ikke på bar bakke, men hadde et godt teorigrunnlag å støtte oss på.

Kvaliteten på intervjuene påvirker også informasjonsstyrken. Et intervju med tydelige spørsmål og god kommunikasjon mellom informanter og intervjuer, trenger færre informanter enn hvis kommunikasjonen har et uklart fokus. Etter hvert intervju utvekslet vi erfaringer med hverandre for å gjøre det neste intervjuet enda bedre. I tillegg laget vi et eget skjema med oppfølgingsspørsmål som en huskeliste for å øke kvaliteten på intervjuene.

Det siste steget i Malterud sin modell viser til at valg av analysestrategi er avgjørende for informasjonsstyrken. En tverrgående analyse, der en sorterer og leter etter felles trekk på tvers av datamaterialet, krever flere informanter for å oppnå god informasjonsstyrke, sammenlignet med for eksempel en dybdeanalyse med narrativt design. I vårt prosjekt ønsket vi nettopp å utforske funn på tvers av intervjuene for å avdekke en felles beskrivelse av faktorer som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis hos fysioterapeuter. Vi vurderte det slik at mellom seks til ti intervju kunne gi oss gode data til analysen. Til slutt endte vi opp med 8 intervju.

4.4.3 Informanter

For å rekruttere informanter tok vi kontakt med ledere i flere kommuner. Vi sendte en skriftlig henvendelse til kommuner som vi visste hadde et etablert samarbeid om forskning og kunnskapsutvikling både innad og utenfor egen kommune. I disse kommunene antok vi det ville være informanter som kunne gi rik tilgang på data. Flere fysioterapeuter i disse kommunene hadde erfaring med å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer, og noen hadde delte stillinger mellom klinisk praksis og akademia som forskere. Vi henvendte oss også til kommuner som hadde hatt en rolle i forsknings- og samarbeidsprosjektet Fysioprim (Universitetet i Oslo, 2021).

Lederne videresendte vår forespørsel videre til kolleger de tenkte kunne være aktuelle. (Se vedlegg 5 for informasjonsskriv og samtykkeskjema). Til slutt etablerte vi kontakt med fysioterapeutene som ønsket å delta i studien vår. Vi fikk tilbake samtykkeskjema og avtalte tidspunkt for intervju med alle åtte fysioterapeuter. Når alle intervjuene var gjennomført satt vi igjen med cirka 7 timer med intervjumateriale som skulle transkriberes og analyseres.

4.5 Analyse.

I en analyse må store mengder rådata reduseres ved å skille ut data med liten verdi, fra data som er verd å se nærmere på. Betydningsfulle mønstre skal så indentifiseres, slik at en til slutt sitter igjen med et slags rammeverk som kan bidra til å kommunisere essensen av det dataene viser (Patton, 2015, p. 521).

Vi ble fort klar over at i arbeidet med analysen var det ingen fast oppskrift vi kunne benytte. I kvalitativ metode eksisterer heller ingen signifikanstest slik som i kvantitativ forskning, som kan vurdere om det er verdt å gi funnene oppmerksomhet eller ei. Det er derimot noen vesentlige prinsipper i form av retningslinjer, metoder og verktøy som skal bidra til at arbeid følger forskningsmessige krav til reliabilitet og validitet (Nilssen, 2014, p. 103; Patton, 2015, p. 521).

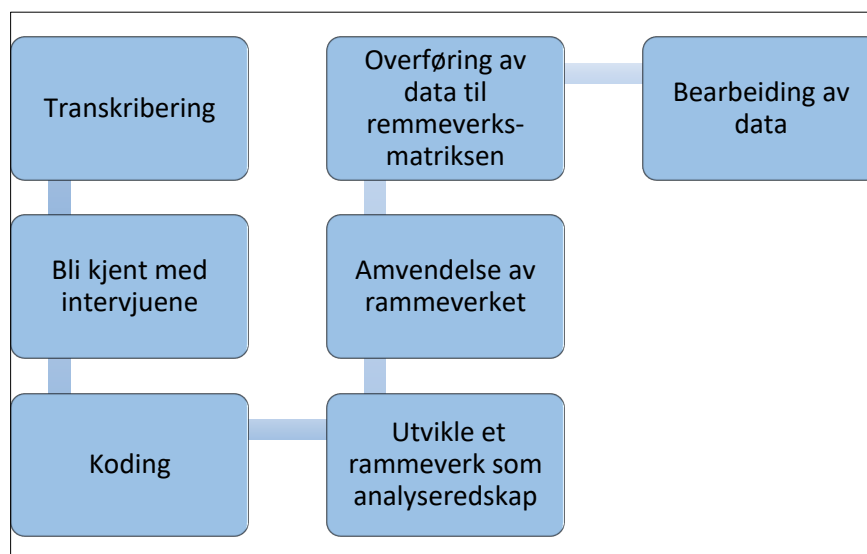
Vi bestemte tidlig i arbeidet med masteroppgaven hvilken analytisk tilnærming som ville passe best med hensyn til forskningsspørsmålet. Etter å ha lest forskning om kunnskapsbasert praksis i fysioterapi og forskning om implementering, deriblant

rammeverksmodellen i-PARIHS, så vi at en analytisk framgangsmåte der vi kunne systematisere våre funn i kategorier og tema, passet godt til vår problemstilling. Samtidig ønsket vi å være helt åpne for andre mønster og nyanser i funnene våre uten å være låst til teori (Nilssen, 2014, p. 65). Således gikk vi inn i arbeidet med analysen både med en deduktiv og induktiv tilnærming.

Vårt valg falt til slutt på “The integrated Framework Method” (Gale et al., 2013).

Rammeverksmetoden bidrar til struktur, systematikk og transparens i analysearbeidet. Den guider brukerne gjennom syv trinn fra datainnsamling via koding og kategorisering til tematisering. Metoden er godt egnet for helserelevante forskningsspørsmål, og er anbefalt å bruke når flere forskere arbeider sammen og disse er uerfarne, slik som i vårt tilfelle.

Illustrasjonen under viser de trinnene som rammeverksmodellen består av. Vi omtaler disse nærmere senere i oppgaven.



Figur 6. Rammeverksmodellens syv trinn

I kvalitativ forskning er forskernes innsikt, forforståelse, ferdigheter, læring, analytisk intellekt og personlige stil av stor betydning for hvert steg i analysen. I følge Patton 2015 er disse menneskelige faktorene som påvirker tolkning- og analysearbeidet så sterk at det kan beskrives som et vitenskapelig tveegget sverd; både som den største styrke, men kan også betraktes som den fundamentale svakhet i arbeidet (Patton, 2015, pp. 605-606). Å benytte

kreativitet og en viss frihet, men likevel holde på metodologiens krav til intersubjektivitet og systematikk, er en del av den kvalitative metodens styrke (Malterud, 2017, p. 36). Vi brukte denne muligheten til å tilpasse noen av rammeverkmetodens trinn til vårt arbeid. Der vi har tatt andre valg har vi beskrevet dette under hvert av de følgende trinnene.

I litteraturen støtter vi på utsagn om at arbeid med analysen starter allerede i det en foretar det første intervjuet (Nilssen, 2014, p. 39). Vi kjenner oss igjen i det. Allerede etter å ha gjennomført de første intervjuene begynte vi å diskutere intervjuenes innhold, og lete etter sammenhenger. Refleksjonene skrev vi ned i forskerloggen slik at vi kunne hente disse fram igjen senere. Det største arbeidet med analysen foregikk likevel først når alle intervjuene var gjennomført, og vi satt med data i form av transkriberte tekster.

4.5.1 Transkribering

Arbeidet med transkribering startet rett etter at vi hadde gjennomført de to første intervjuene. Vi diskuterte hvordan vi teknisk sett skulle gjøre dette slik at det ble gjort likt på tvers av alle datasettene. Vi ble enig om hvordan vi skulle skrive inn pauser, latter, sukk og nonverbal kommunikasjon. Transkripsjonene ble gjennomgått flere ganger ved å lytte til lydopptakene mens vi hadde tekstene foran oss. Dette gjennomførte vi først hver for oss, før vi byttet datasett med hverandre halvveis ut i arbeidet. Det var viktig å se hverandres arbeid slik at vi kunne avdekke hvordan vi forstod informantene. Når det dukket opp uklarheter drøftet vi disse.

Vi supplerte hver transkripsjon med notater laget under og etter hvert intervju. I noen tilfeller kom informantene med synspunkt og kommentarer etter at lydopptaker var slått av. Disse ble påført som notat til transkripsjonen. En informant sendte i etterkant en mail med kommentarer. Disse kommentarene inngår også i datasettet.

4.5.2 Å bli kjent med intervjuene

Å bli godt kjent med datamaterialet var en essensiell del av prosessen. Vi lyttet flere ganger til opptakene av intervjuene samtidig som vi leste gjennom transkripsjonene. På den måten ble vi trygge på at informantenes utsagn og betraktninger ble ivaretatt på en korrekt måte

uten å bli løsrevet fra hverandre (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 218). Vi dannet oss etter hvert et helhetsinntrykk av hele materialet ved å identifisere noen foreløpige mønstre og gjentakende kjennetegn. Også i denne delen av prosessen ble alle intervjuene og transkripsjonene gjennomgått av oss begge, og transkripsjonsmetodikk og notater gjort synlige for hverandre.

4.5.3 Koding

Hvert datasett ble så lagt inn i et eget Word- skjema med tre kolonner. Hver linje i selve transkripsjonen fikk sitt unike nummer i venstre kolonne. Transkripsjonen ble plassert i midten. Vi markerte interessante tekstelementer som det var verdt å merke seg ved. Tekstelementene kunne være hele setninger, eller kortere utsagn. Høyre kolonne ble benyttet til å beskrive det enkelte tekstelement som en foreløpig kode eller merkelapp. Kodene gjenspeilet informantenes erfaringer, ytringer, følelser og påstander i relasjon til vår problemstilling. Kodenes lengde kunne variere fra et enkelt ord til en kort setning. I høyre kolonne markerte vi også spørsmål, tanker og ideer som dukket opp under arbeidet.

4.5.4 Bruk av et rammeverk som analyseredskap

Et analytisk rammeverk er et redskap som har til hensikt å organisere og analysere kvalitative data i koder og kategorier (Gale et al., 2013). Vi kodet først egne transkripsjoner uavhengig av hverandre. Etter at halvparten av intervjuene var kodet ferdig, diskuterte vi hvordan vi best skulle kode tekstelementer som hadde tilsynelatende likt meningsinnhold. Vi så hvert element opp mot forskningsspørsmålet og intervjuguiden. Der vi tolket noe ulikt, diskuterte vi oss fram til konsensus. Noen koder ble hele tiden lagt til, noen ble revidert, mens andre forkastet vi. Denne fremgangsmåten brukte vi på alle åtte datasettene.

4.5.5 Anvendelse av det metodiske rammeverket

Til slutt satt vi igjen med 226 koder. Vi så etter hvert at flere av kodene var svært like i innhold. De var dessuten konseptuelt knyttet til hverandre slik at vi samlet disse under en felles betegnelse for koden. Dette bidro til at vi lettere fikk oversikt over materialet, samtidig

som vi alltid kunne gå tilbake i prosessen og se om vi hadde mistet viktige elementer underveis. Vi begynte nå å se tydelige mønstre i materialet vårt.

Under er et eksempel på hvordan koding ble utført. Her er linjer med relevante utsagn markert i fet skrift, samtidig som utsagn og viktige ord i teksten har fått sin egen kode. I etterkant byttet vi de kodede intervjuene for å se om vi hadde den samme forståelsen. I noen tilfeller opplevde vi en ulik forståelse av utsagn, og da la vi i første omgang begge forståelser ved matrisen, slik at alle vurderinger ble ivaretatt. Dette førte til en tydeligere gjennomgang av tekstene, og vi ble begge godt kjent med hele materialet.

441 Eh, ja det er dette med at man 442 får anerkjennelse, åpenhet og det at 443 vi har mulighet til å sette av tid, fra ledelsen. 444 At ledelsen synes dette er viktig, og er noe de 445 ønsker å satse på. Og at de har tillit til at vi 446 kan gjøre en god jobb med å gjøre 447 en kartlegging	441-442 Anerkjennelse og åpenhet 443 Tid 444 Prioritering fra ledelsen 445 Tillit hos ledelsen
---	--

Figur 7. Eksempel på mønster fra tekstmaterialet

4.5.6 Overføring av data til en rammeverkmatrise

Vi laget deretter en matrise i et vanlig tekstbehandlingsprogram ved å bruke et Excel-skjema. Overføring krevde at vi hadde en god balanse mellom å redusere data samtidig som vi ikke mistet den opprinnelige betydningen av selve intervjuene. 226 koder ble overført fra de transkriberte intervjuene og over til matrisen.

Fra nå av jobbet vi tett sammen som et team og diskuterte oss fram til en konsensus i det vi redusert de 226 kodene til 23 som til slutt ble plassert i åtte kategorier. I arbeidet med den tematiske analysen diskuterte vi også plasseringen av enkelte av kategoriene. Vi så at noen av disse hadde like trekk og kunne høre sammen under et felles tema. Følgende figur er et eksempel på hvordan en del av matrisen så ut.

Tema Kontekst	Kategori Struktur	Endelig kode Brobygger	Innledende kode	Intervju nr. 3 linje nr.	Intervju nr. 4 linje nr.
		Brobygger	Kollega med doktorgrad	64-70	
		Brobygger	Samarbeid med forskere		127- 131, 763-769
		Brobygger	Fysioprim	64-70, 72-76, 86-89,	
		Brobygger	Samarbeid med forskere		
		Brobygger	Kunnskapsagent	72- 76, 91-95, 517-519	
		Brobygger	Fautviklere		146- 147
		Brobygger	Brobygger/ delt stilling	72-76, 86-89, 109, 145- 147	763- 769
		Brobygger	Kunnskapsekspert	86-89, 91-95, 109, 134- 135, 145- 147	111- 114 ,119-120, 158-161
		Brobygger	Fagutviklere med posisjon		179
		Brobygger	Phd som gjør kunnskapssøk	91-95	
		Brobygger	Koordinator/medhjelper	123-124	
		Brobygger	Kompetanseheving	454	

Figur 8. Eksempel fra rammeverksmatrisen

Mens rammeverksmetodens anbefaling er å markere interessante sitater i selve matrisen, laget vi i stedet et eget skjema med aktuelle sitater som vi benyttet sammen med presentasjon av funn. Dette dannet til slutt det endelige rammeverket vårt som ble utgangspunkt for den videre analysen.

Denne delen av analysen var iterativ ved at vi gikk frem og tilbake i materialet for å spore opp sammenhenger så fordomsfritt som overhodet mulig. Vi hadde på nytt god bruk for forskerloggen, der vi noterte ned endringene. Dessuten erfarte vi på dette stadiet i arbeidet den kvalitative forskningens metodiske fordeler. Så lenge vi holdt fast i en systematisk framgangsmåte og kritisk reflekterte rundt de mønstre som etter hvert trådet fram, var vi trygge på at det var mulig å tenke på flere måter (Nilssen, 2014, p. 103). Vi gikk mange ganger tilbake til matrisen og plasserte funn og koder i andre grupper enn der vi først plasserte dem.

4.5.7 Tolking av data

Det syvende og siste trinnet i rammeverkmetoden er å tolke dataene som er kommet fram. Dette opplevde vi som en kreativ og spennende del av arbeidet, ved at vi kunne se mønstre, og samtidig lete etter spor i informantenes tekster som ikke var så tydelig. Ved å sammenligne utsagn, kunne vi finne nyanser som ikke var lette å se om en kun betraktet ett intervju. Ved å se utsagn på tvers av materialet ble også nye ideer etablert og utforsket. Noen forkastet vi raskt, mens andre ble med oss på veien videre. Vi brukte forskerloggen som et arbeidsdokument hele veien åpen hele veien.

Å være i en analytisk prosess var også krevende, på den måten at vi fant verdier i tekstene som vi ikke ville miste. Verdien av gode utsagn og tydelige holdninger som trådte frem, fremstod mer og mer som selve kilden til oppgaven vi hadde tatt fatt på. Gjennom denne prosessen tok vi også tak i utsagn vi til å begynne med hadde sett bort fra. Dette kunne være tekster som ved første øyekast virket mindre viktige, kanskje litt uklare. Da vi hadde sortert og tolket mesteparten av materialet kunne vi se at de utsagn vi ikke la vekt på fikk en ny betydning, i den forstand at de ble viktige nyanser og noen ganger fremstod som motstridende og viktige utsagn. Vi valgte å stoppe prosessen ved flere anledninger, for å sikre at vi ikke mistet verdifull informasjon gitt av våre informanter.

Hensikten med å stoppe opp, var også knyttet til usikkerhet på hva det var informantene fortalte. Ble informasjonen gitt i en kontekst som var gitt, eller reflekterte informanten også om andre forhold. I intervjuene var både fysioterapeutens rolle overfor bruker, men også fysioterapeutens rolle blant kolleger omtalt. For oss var det derfor viktig å se om disse opplysningene skulle tolkes separat eller om fysioterapeutens rolle er ulik i en intern kontekst så vel som i en ekstern. Totalt sett gav dette oss muligheten til å utvikle temaer som vi kunne bygge oppgaven vår på.

Til slutt utviklet vi 3 overordnede tema som vi plasserte kategoriene inn i. Et tema er selve sluttproduktet av hele analysen som beskriver viktige aspekter ved funnene. Tema utvikles når en sammenligner kategoriens innbyrdes forhold til hverandre og plasserer kategorier som har relasjon til hverandre under en felles ide (Creswell & Poth, 2018, p. 328). De tre tema vi satt igjen med samsvarer med hvordan i-PARIHS- modellen belyser faktorer som er

essensielle determinantene for implementering av forskningsbasert kunnskap. i- PARIHS er derfor grunnlaget vårt for presentasjon av funn og drøfting (Harvey & Kitson, 2016).

5. Forskningsetiske vurderinger

Akademisk frihet er et grunnleggende prinsipp og en viktig betingelse for å sikre pålitelig og uavhengig forskning. Samtidig er forskningens troverdighet avhengig av at vi kan ha tillit til forskerne (Kunnskapsdepartementet, 2020). Derfor er etikk i forskning av stor betydning.

Når en ny studie skal planlegges og gjennomføres må forskere vurdere de etiske utfordringene som kan oppstå (Creswell & Poth, 2018, pp. 53-55). I dette kapitlet viser vi hvordan vi har tatt hensyn til etiske problemstillinger som vi møtte gjennom de ulike fasene av masteroppgaven.

5.1 Vårt etiske ståsted som forskere

Unødvendig forskning og forskning av dårlig kvalitet er et problem i academia (Ioannidis et al., 2014; Lund et al., 2021). Etisk sett er dette en utfordring for samfunnet. Det brukes penger på forskning som ikke er samfunnsnyttig, og det forskes på problemstillinger som allerede er godt besvart fra før (Chalmers & Nylenna, 2014). Vi gjennomførte derfor flere kunnskapssøk og diskuterte forskningsspørsmålet opp mot søkerresultatet i den hensikt å finne en problemstilling vi menet det var behov for mer kunnskap om. Vi diskuterte også om studien kunne være nyttig og viktig for praksisfeltet, før vi til slutt bestemte tema og metode.

Som annen forskning skal også kvalitativ forskning være transparent og tilgjengelig for innsyn for å ivareta forskningens intersubjektivitet (Malterud, 2017, pp. 18,36). Forskeren som person, vil alltid kunne påvirke forskningen og forskningsresultatene. Dette gjelder særlig i kvalitativ forskning der forskerens for forståelse, analyse og tolkning av data er en del av den metodiske tilnærmingen (Malterud, 2017, pp. 41-42). Forskeren trenger derfor å ta stilling til hvordan og på hvilken måte, hans eller hennes egen forståelse for temaet kommer fram i en forskningsstudie (Creswell & Poth, 2018, pp. 81-82).

Gjennom arbeidet med masteroppgaven var vi bevisst på vår egen forforståelse. Vi reflekterte flere ganger over hvordan egne holdninger, interesser og kunnskap har påvirket vårt valg av tema. Vi var forberedt på at forskningsprosessen kunne gi helt andre konklusjoner enn det vi trodde og hadde antagelser om på forhånd. Etisk sett vurderte vi det derfor som en styrke at vi var to masterstudenter som samarbeidet om studien. Dette gav oss en mulighet for å drøfte og diskutere funn sett i lys av hva vi trodde vi kom til å finne, og hva informantene egentlig formidlet (Malterud, 2017, pp. 43-46).

Posisjonering er et begrep som forskere i kvalitativ forskning må forholde seg til. Begrepet innebærer at forskerens ståsted må være synliggjort på en slik måte at egne interesser og teoretiske perspektiver er tydelige (Thornquist, 2015, p. 245). Vi har bakgrunn som fysioterapeuter med lang erfaring fra flere nivå i helsetjenesten. Begge har klinisk erfaring med ulike grupper av pasienter og kjenner godt til fysioterapeutenes arbeidshverdag. Den ene av oss har i tillegg lang erfaring fra ledernivå. Vi er derfor opptatt av hvordan forskningsbasert kunnskap implementeres i klinikken både ut fra et klinisk og et organisatorisk perspektiv.

5.2 Godkjenning av studien

Vårt masterprosjekt hadde ikke som formål å skaffe til veie ny vitenskapelig kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet falt derfor utenfor (Helseforskningsloven-hforsknl, 2009). Vi måtte derimot ha et lovlig grunnlag i personvernforordningen fordi vi innhentet personidentifiserbare data som kunne knyttes til fysioterapeutene vi intervjuet (Personopplysningsloven, 2018). Vi søkte derfor Norsk senter for forskningsdata, NSD, om godkjenning av studien ved å bruke deres mal for meldeskjema (Norsk senter for forskningsdata). NSD sin oppgave er å sørge for at forskningsdata om mennesker og samfunn blir innhentet, bearbeidet og lagret av forskere på en forsvarlig måte.

Vår plan var å gjennomføre fysiske intervju på fysioterapeutenes arbeidssted i tre kommuner. På grunn av covid-19-pandemien som også rammet Norge i mars i fjor, med de begrensinger i reiseaktivitet og nærkontakt som dette medførte, måtte alle intervju i stedet

gjennomføres digitalt. NSD ble skriftlig orientert om endringen, men hadde ingen innsigelser til endringen. Vi orienterte også informantene om det. Ingen av informantene valgte å trekke seg fra studien av den grunn. (Vedlegg 6 viser NSD sin godkjenning av studien).

5.3 Etisk forsvarlig håndtering av informantene

I kvalitativ forskning har forskeren et stort ansvar for sine forskningsobjekter. Under intervjuene blir informantene utsatt for forskerens blikk, og forskeren kommer tett på informantene (Leseth & Tellmann, 2018, pp. 147-148). Ifølge Grønmo, gjengitt av Leseth og Tellmann, har forskeren ansvar for å ivareta forskningsobjektene gjennom plikt til informasjon, frivillig deltagelse, konfidensialitet og at forskningsobjektene ikke skal påføres noen form for psykisk eller fysisk skade (Leseth & Tellmann, 2018, p. 148).

Forskerens informasjonsplikt er tett knyttet til kravet om informert samtykke og frivillig deltagelse. Informert samtykke betyr at forskningsdeltagerne skal informeres om studiens formål og mulige risiki ved å delta. Informert samtykke innebærer dessuten at man er sikker på at de involverte deltar frivillig, og opplyser om deres rett til å trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 104-106).

Vårt samarbeid med informantene var forankret i ledelsen der fysioterapeutene arbeidet. Fysioterapeuter som var aktuelle for deltagelse i intervju, fikk tilsendt en forespørsel via sin leder på epost. Vi la ved et informasjonsskriv som inneholdt opplysninger om studiens formål, gjennomføring og bruk og oppbevaring av datamaterialet. Det framgikk tydelig av informasjonen at de som deltagere når som helst kunne trekke seg fra studien. Skrivet inneholdt også et skjema for skriftlig samtykke til deltagelse.

Konfidensialitet i forskning viser til at private data som kan identifisere deltagerne, ikke blir avslørt (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 106). Etter at vi var ferdige med alle intervjuene ble alle data aidentifisert. Vi skrev også alle tekstene på bokmål for å ivareta informantenes anonymitet. Opptak av intervjuene ble så anonymisert, og oppbevart på en egen forskningsserver på Høgskolen på Vestlandet som kun veileder og vi som masterstudenter, har hatt tilgang til. Innsamlet materialet oppbevares ikke lenger enn hva som er

formålstjenlig for oppgavens besvarelse, og vil bli slettet senest 30.06.2021 i samsvar med NSD sin godkjenning.

Flere av kommunene der informantene arbeidet hadde vært en del av forskningssamarbeidet FYSIOPRIM. Informantene har bekreftet i en egen mail til oss at Fysioprim kan nevnes ved navn, selv om det til en viss grad synliggjør hvilke kommuner informantene er tilknyttet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til studien.

6. Presentasjon av funn

I dette kapitlet utgjør problemstillingen rammen for presentasjon av funn. Dybdeintervju av 8 fysioterapeuter har gitt kunnskap om følgende spørsmål: "Hva erfarer fysioterapeuter som viktige forutsetninger for bruk av forskningsbasert kunnskap i primærhelsetjenesten?" Vi gjør først rede for hvordan fysioterapeutene definerer selve begrepet forskningsbasert kunnskap og hvordan dette forstås. Dernest presenterer vi funn slik disse er generert i løpet av prosjektet vårt ved å plassere dem inn i rammen av implementeringsmodellen i- PARIHS.

Funnene er et resultat av at fysioterapeutene har delt sine erfaringer som har gitt oss ny kunnskap om tema. Vi benytter uttrykk som "flere av informantene" eller "alle informantene". Dette er ikke for å kvantifisere funnene, men for å gi en beskrivelse av funnernes styrke og konsistens.

For å framheve fysioterapeutenes stemme knytter vi sitat, ord og begrep fra intervjuene inn i kapitlet. Sitatene illustrerer ulike dimensjoner og nyanser av hovedfunnene. Noen funn er underbygget med ett sitat, mens andre funn er underbygget med bruk av to sitater der vi mener det utdyper funnet. Noen informanter siterer vi hyppig fra, mens andre siteres sjelden. Dette er vi klar over. Årsaken til dette kan være flere, men enkelte av fysioterapeutene var nok rikere på informasjon enn andre som kan ha sammenheng med hvordan de traff mot inklusjonskriteriene våre. Sitatene danner et grunnlag for analysen senere i oppgaven og vi håper at de bidrar til å gi den som leser oppgaven et bedre inntrykk av innholdet i intervjuene. Sitatene er ikke redigert ut over at gjentakende ord, tenkepauser etc. er tatt

bort for å gjøre sitatene lettere å lese. Der intervjupassasjene er svært lange, har vi utelatt setninger ved å vise dette som prikker [...], men uten at meningsinnholdet er endret.

I intervjuene har vi ikke funnet direkte motstridende påstander eller utsagn, men motsigelser og paradokser blir tatt med under aktuelle tema. Resultatet av dataanalysen gav til slutt 12 kategorier som beskriver informantenes erfaring med forutsetninger som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. Kategoriene presenteres under tre overordnede tema der tittel på tema og kategorier reflekterer svar på forskningsspørsmålet. De tre tema med underliggende kategorier presenteres slik:

Kontekst er sammensatt av struktur, nettverk og organisering. I tillegg har vi kategorisert en tydelig, anerkjennende og strategisk ledelse, kultur og miljø på arbeidsplassen og tid som handlingsrom.

Fysioterapeutens profesjonelle rolle er sammensatt av motivasjon, faglig identitet og stolthet, og ansvarsbevissthet og lojalitet, og kunnskap og videreutdanning.

Innovasjon har kategoriene forståelse av begrepet forskningsbasert kunnskap, relevans og validitet, instrument til overbevisning og anerkjennelse, og forståelse av kunnskapsbasert praksis. Figuren under viser kategoriene slik de er plassert under hvert sitt tema.

Kontekst	Fysioterapeutens profesjonelle rolle	Innovasjon
<ul style="list-style-type: none"> • Struktur, nettverk og organisering • Tydelig, anerkjennende og strategisk ledelse • Kultur og miljø på arbeidsplassen • Tid som handlingsrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivasjon • Faglig identitet og stolthet • Ansvarsbevissthet og lojalitet • Kunnskap og videreutdanning 	<ul style="list-style-type: none"> • Forståelse av forskningsbasert kunnskap • Forskningsbasert kunnskap- relevans og validitet • Instrument til overbevisning og anerkjennelse • Kunnskapsbasert praksis

Figur 9. Tema og kategorier fra analysen

6.1 Kontekst

Tema kontekst beskriver funn som viser særtrekk og kjennetegn knyttet til fysioterapeutenes arbeidsplass. Informantenes opplevelse og erfaring av hva som anses å være viktige forutsetninger for å fremme bruk av forskningsbasert kunnskap innenfor de organisatoriske rammene blir tydeliggjort her. Temaet ble større i funn og styrke enn vi så for oss ved begynnelsen av oppgaven. Kontekst er delt opp i fem underkategorier.

6.1.1 Struktur, nettverk og organisering

Funnene gir innsikt i hvordan fysioterapeutene erfarer at faste og tydelige strukturer i kommunen bidrar til å gjøre det lettere for dem å implementere forskningsbasert kunnskap. Alle informantene beskriver ett eller flere system på arbeidsplassen der ledelsen har laget et handlingsrom for å drive faglig utvikling. I kollegagruppen finnes nøkkelpersoner som har et tydelig og særskilt ansvar for å bidra til at kunnskap fra forskning blir en naturlig del av kunnskapsgrunnlaget. Flere av informantene innehar selv en slik rolle og omtaler rollen som spyspiss, fagutvikler, brobygger, lagspiller og alliansepartner.

Informantene viser til den verdi det har at nøkkelpersonene har en særskilt kompetanse på å omsette kunnskap fra forskning til praksis. Dette er kompetanse som de har tilegnet seg gjennom videreutdanning eller at de er del av et system der fysioterapeutene er ansatt i en stilling som er delt mellom akademia og praksis.

Nøkkelpersonene holder seg oppdatert om forskning som de deler med andre kolleger, de skaffer tilveie artikler, leder arbeidet med utvikling av nye prosedyrer, og fungerer som faglige støttespillere for kolleger når nye ideer presenteres.

Fagutviklerne tenker jeg er kjempeviktige [...]. De har en helt avgjørende posisjon. De er gode på å søke opp forskning, de er gode på å sammenfatte, å gjøre det konkret, dele informasjon og de planlegger fagdager og fagmøter (Informant H).

Når fysioterapeutene svarer på hvordan kunnskap fra forskning kommer til anvendelse på arbeidsplassen, nevner de at det er etablert faste fora som arbeidsgrupper for å utvikle nye fagprosedyrer, kollegaveiledning, fagmøter, personalmøter og fagcafé.

Før hadde vi fagcafé på jobben. Det var om morgenen [...]. De som hadde vært på kurs fortalte litt om det. Så måtte vi fase den vekk, for vi måtte få det inni vår faste møtetid. [...] Men den fagcafeèn var så deilig og uformell (Informant F).

Flere av fysioterapeutene samarbeider med forskere på universitet og høyskoler om ulike prosjekt eller deltar i fagutviklingsarbeid på egen arbeidsplass. De tre kommunene som vi rekrutterte informanter fra hadde gjennom flere år vært delaktig i forskningssamarbeidet FYSIOPRIM. FYSIOPRIM har til hensikt å øke forskningsaktiviteten i primærhelsetjenesten ved å skape et varig grunnlag for et samarbeidsmiljø mellom klinikere i primærhelsetjenesten og academia. Samarbeidet med Fysioprim, og andre eksterne forskningsmiljø ved sykehus, høyskoler og universitet, beskrives som en døråpner og brobygger som bidrar til å bringe forskningskunnskapen inn i praksisfeltet.

Vi har flere studier som pågår i forhold til skolehelsetjenesten. Det har vært et samarbeid med en stipendiat i det arbeidet der vi har bidratt og hvor dette har fått betydning for praksis. Så nå holder en av våre kollegaer på med en doktorgrad [...], og hun er snart ferdig [...]. Vi har flere "mastere" som hos oss om sitter i klinikken som har skrevet om noe som oppleves som praksisnært og relevant (Informant H).

De omtaler flere nyanser i et samarbeid med academia som bidrar til å øke bruk av kunnskap fra forskning. Flere av informantene peker på at det er av stor betydning at det forskes på kommunehelsetjenesten.

Jeg synes det er kjempeviktig at det forskes på kommunehelsetjenesten. Og ja, det kom veldig mange fine standardiserte gode tester, og du må gjøre det og det. Og det inspirerer jo at du innlemmer disse testene i praksis senere. Så det synes jeg var bra (Informant F).

Informantene beskriver hvordan samarbeidsstrukturer med forskningsmiljø utenfor egen arbeidsplass også gir en annen dimensjon i samarbeidet. En av fysioterapeutene beskriver det første møte med academia som et møte med en annen verden, en «forskningsverden».

Dette har utviklet seg til langsiktig samarbeid der arbeidsplassens behov og forskningens relevans for praksis har fått tydelig plass.

Så ble jeg engasjert i et stort doktorgradsprosjekt, en samhandlingsstudie mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vi skulle bygge opp et bedre tilbud til en slag rammede i primærhelsetjenesten [...]. Så kom det en forlengelse av det, og vi ble invitert på nytt av de samme universitetsfolkene som ønsket et nytt samarbeid med oss (Informant B)

6.1.2 En tydelig, anerkjennende og strategisk ledelse

Funn fra analysen viser at lederskap er en faktor som påvirker hvordan kunnskap fra forskning omsettes til handling i praksis. Fysioterapeutene er tydelige på at en ledelse som formidler tydelige mål og setter krav om kunnskapsutvikling og forbedringsarbeid i alle ledd i organisasjon oppleves som en suksessfaktor.

Så har kommunen vår jobbet i takt for å synliggjøre endringer og behov for mer fysioterapi da. Vi jobber med prosjekter for å synliggjøre at nye arbeidsformer lønner seg. Det henger sammen med politisk ledelse, da, at det er forankret fra toppnivå gjennom administrasjonsapparatet. Takket være god ledelse står kommunen i en særstilling (Informant E).

Ledelsens betydning trer fram gjennom informantenes beskrivelser på flere måter.

Erfaringer knyttes til en endringsvillig og motiverende ledelse som anerkjenner fysioterapeutenes forslag og ideer til endring.

Jeg føler jo ikke at det går på en måte fra ledelsen og ned, men det går på en måte begge veier. Og hvis noe rører seg i fagmiljøet, at vi kan få inn folk der (Informant H).

Informanten beskriver en følelse av at de spiller på lag med ledelsen der ansvaret for brukeren er et felles anliggende. Fysioterapeutene får på den måten en legitimitet fra leder til å bruke tid på å tilegne seg kunnskap fra forskning som er nødvendig for å gi god behandling av pasientene.

Jeg har jo følelsen av at vi har god støtte fra ledelsen på at de ønsker at vi skal gi brukerne våre best mulig oppfølging. Vi har jo ledelsen på lag [...]. Men det jo feil å bare ta oppfølging og ikke ta seg tid til oppdatering, da gir du ikke brukeren den oppfølging de fortjener da (Informant H).

En av informantene beskriver en situasjon der hennes egen motivasjon ble satt sterkt på prøve da ledelsens anerkjennelse uteble. Selv om hun forstår at lederen må gjøre en prioritering av arbeidsplassens satsningsområder beskriver hun tydelig hvordan dette førte til skuffelse.

Men jeg er litt skuffet, for mitt forslag var jo at vi skulle sammenligne tallene før og etter. Ja, for min personlige motivasjon, og. Men det ville ikke kommunen prioritere. De hadde for mye på gang, eller. Det synes jeg er litt synd, for de sier jo hele tiden at forskning må komme fra grasrota (Informant F).

6.1.3 Kultur og miljø på arbeidsplassen

Alle fysioterapeutene peker på arbeidsplassens kultur og miljø som en faktor som påvirker bruk av forskningsbasert kunnskap. Et trygt arbeidsmiljø, med rom for faglige diskusjoner der ledere og fysioterapeutene bryr seg om hverandre, beskrives som fasilitatorer. Flere av fysioterapeutene erfarer at dette bidrar til å senke terskelen for å presentere en forskningsartikkel eller et prosjekt for kolleger i møter. Selve forskningskunnskapen blir på den måten "ufarliggjort". Et miljø der kolleger støtter hverandre og anerkjenner andres kompetanse og suksess, og oppriktig ønsker å gjøre hverandre gode, er et positivt funn som knyttes til arbeidsplassens kultur.

Vi har takhøyde på gode diskusjoner, saklige diskusjoner, og det er jo sant, det med det forskningsbaserte, vi må alltid dra hverandre litt i ørene. Vi må ikke ta ting personlig, for vi jobber jo tross alt for å bli bedre (Informant B).

Funnene indikerer at det i et godt arbeidsmiljø skal være rom for å være uenige. Samtidig kan kritiske kolleger med en skarp stemme føre til at fysioterapeutene reserverer seg for å stille spørsmål om fag og forskningsbasert kunnskap.

Så må man tørre og spørre, og det er viktig med tanke på arbeidsklimate. At man ikke trenger å late som man kan det [...]. Det skal ikke så mange kritiske sjeler til i et arbeidsmiljø, så dropper man det spørsmålet (Informant G).

I tillegg til et støttende og trygt miljø formidler flere av fysioterapeutene at en arbeidskultur som preges av endringsvillige kolleger, der mange er opptatt av forskning og forskningsbasert kunnskap, gjør det lettere å implementere ny kunnskap. En av fysioterapeutene svarer slik på spørsmål om hun har opplevd at erfaringsbasert kunnskap har kommet i konflikt med forskningsbasert kunnskap.

Jeg husker veldig godt for mange år siden, da prøvde jeg å få kollegaene mine med på en del diskusjoner, og husker at de en gang omtrent ropte til meg at ja, men "DU", vi kan jo bare kaste på båten alt vi har lært". De andre synets det var frustrerende at jeg skulle komme med disse greiene (Informant C).

6.1.4 Tid som handlingsrom

Fysioterapeutene identifiserer tid som en viktig ressurs som påvirker deres mulighet til å implementere funn fra forskning til klinisk praksis. Fysioterapeutene beskriver sin erfaring med dette fenomenet på ulike måter. Mens noen betrakter tilgang på nok tid som en grunnleggende forutsetning med å peke mot et ledelsesansvar, trekker andre fram tid som en faktor som står i relasjon til deres egen interesse, motivasjon, kunnskap og erfaring. De følgende to sitater beskriver disse dimensjonene. At ledelsen anerkjenner og legger til rette for bruk av tid til faglig fordypning ser flere på som en forutsetning.

Både det med opplæringa, og si at det er viktig, kunne sette av tid til det. Og det går jo på, for eksempel de retningslinjene som er gjort da, som er laget i kommunen. Det er jo fordi ledelsen har sagt at det skal vi bruke tid på. Det er jo ikke noen kvikk prosess på en måte. Og det tar jo tid, så jeg tror det er veldig viktig at de oppfordrer til det, og sier at det er en viktig del av slik vi jobber (Informant G).

Noen informanter opplever at det ikke er tid til å holde seg oppdatert innenfor arbeidsdagens tidsrammer, og har funnet andre løsninger for å holde seg oppdatert.

Men, jeg ser jo at den der tiden er ganske knapp på jobb for å gjøre det. Så det blir jo kanskje å søke opp artikler, se på de som ser relevant ut, og å printe ut, og ta det med meg hjem (Informant H).

6.2 Fysioterapeutens profesjonelle rolle

Hvem er fysioterapeuten og hva representerer fysioterapeuten som fagutøver? Hvordan forholder fysioterapeuten seg til forskningsbasert kunnskap i relasjon til andre fagprofesjoner? Fra intervjuene sorterte vi ut tre funn som beskriver egenskaper og ferdigheter hos fysioterapeutene som påvirker deres evne til implementering av forskningsbasert kunnskap.

6.2.1 Motivasjon

Informantene beskriver på ulike måter hvordan deres bevissthet om egen motivasjon og indre driv, påvirker sannsynligheten for å implementere kunnskap fra forskning til praksis. Bevisstheten er rettet mot en høy grad av egeninteresse for selve fysioterapifaget og understreker at ny kunnskap gir en personlig utvikling i det faget de har utdannet seg til. Informantene uttaler at det er gøy å lære noe nytt, en av dem omtaler seg selv som en “fagnerd”, mens en annen ser på seg selv som en “død” fysioterapeut hvis hun faglig sett ikke fornyer seg.

Altså, jeg tror motivasjon er vel det, det er faktisk gøy å lære noe nytt, føler det personlig utviklende rett og slett, å drive seg selv videre. Og så er det jo sikkert og noe med det de, at jeg følte meg ikke helt hjemme i den der strenge fysioterapien som man drev på med i gamle dager, det føltes veldig lite akademisk da. Jeg tror jeg er en ganske akademisk person (Informant C).

Flere informanter beskriver at de selv tar initiativ til å videreutvikle seg i faget, og at det ikke er naturlig for dem å “sitte på gjerdet og vente” på at mulighetene skal åpne seg for dem. De arbeider målrettet og har en plan for hvordan de skal benytte kunnskapen.

[...] jo mer du studerer jo mer du får forståelse for, ja du blir jo mye mer [...] sikker som fagperson [...] og er mye mer trygg på å tilegne kunnskap som du etter hvert og

lærer og være mer selektiv. Og, så jeg har jo oppsøkt kunnskap aktivt, det må jeg si. Så jeg har ikke sittet på gjerdet og ventet til kunnskapen kommer til meg. Så jeg har vært, er litt sånn nysgjerrig av meg. Men det er og min egen interesse og engasjement og, det er det jeg synes er kjempespennende (Informant B).

6.2.2 Faglig identitet og stolthet

Flere av informantene samarbeider tett med andre kolleger. De gir uttrykk for at fagidentitet og stolthet over faget de representerer er viktig. Noen hevder også at de samme verdiene er en nødvendighet for de andre profesjonene de samarbeider med. Flere av informantene er del av et tverrfaglig team og beskriver at fellesskap og solidaritet fremmer bruk av kunnskapsbasert praksis og bruk av forskningsbasert kunnskap.

Også den modellen vi jobber etter er jo at vi er egentlig tre fagpersoner som gjør alt, vi jobber tett sammen, det er jo liksom vår lille familie, fysioterapi, ergoterapi og sykepleie (Informant B).

Noen peker på at tverrfaglig samarbeid utvikler dem ved at de må ta hensyn til andres synspunkt, og må lære å argumentere for viktigheten av egne standpunkt. I slike diskusjoner synes de at kunnskap fra forskning gir dem en fordel.

Det gir jo en trygghet og, og egentlig forsterket, ja. Min forståelse for at jeg er på rett vei, sant. At, at jeg tenker at jeg å velge, gode, altså jeg tar gode valg i min praksis, når jeg får det bekreftet med forskningsbasert kunnskap (Informant B).

Informantenes egenskaper som person og fagutøver kommer fram i våre funn. Flere informanter beskriver en stå-på-vilje, en faglig robusthet. To av informantene beskriver at kunnskap fra forskning gir dem en bevissthet på hvem de er, at de får et selvbylde som samsvarer med hvem de ønsker å være i relasjonene de er i.

Det blir jo en trygghet i meg selv, integritet at jeg stoler på at jeg jobber kunnskapsbasert, men og at jeg har lang klinisk erfaring, og ny videreutdanning da, føler jo på en måte at hatten passer da! Sånn at jeg tror at det gir en integritet i man føler man har kunnskaper (Informant C).

6.2.3 Ansvarsbevissthet og lojalitet

Noen av informantene beskriver at de føler seg forpliktet til å arbeide kunnskapsbasert. De er klar over forskrifter og lover som omtaler faglig forsvarlighet i fysioterapi. De viser at de har stor omtanke for pasientens og pårørendes situasjon som kan forstås som moralsk forpliktelse overfor pasienter til å gi best mulig behandling basert på den beste tilgjengelige kunnskapen.

På en måte, og det er nok det med forskningen, det er som sagt, der det jeg går inn i rommet med det er viktig å ha noe en går inn i rommet med, også har man den erfaringen som man tilegner seg også, men møter personen, men også har man erfaringen fra før. Og der å på en måte tydeliggjøre litt hva, hva er det som faktisk er det vi vet, og hva er det jeg nå på en måte skaper (Informant D).

Funnene tyder også på en forpliktelse ovenfor kolleger og ledelsen. Forpliktelsen i forhold til kolleger framkommer på den måten at de beskriver det som å arbeide sammen skulder ved skulder der de er forpliktet til å dele kunnskap. Flere av informantene ser det som sitt ansvar å aktivt sørge for at kollegagruppen som de er en del av, videreutvikler seg. Flere synes at videreutdanning forplikter, og de hevder at fagutvikling har mindre verdi om den ikke deles. Alle informantene har gjennomført videreutdanning, og peker på det som en tydelig fremmer for bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis.

Så har vi fagnettverk med barnefysioterapeutene, så vi møtes jo jevnlig, ikke sant? ([...]. Så når vi møtes i de nettverksmøtene så er det, så har vi brukt noe av det til å utarbeide retningslinjer for [...] fotfeilstillinger og asymmetri (Informant G).

6.2.4 Kunnskap og videreutdanning

Noen av informantene sier at kunnskap fra forskning i dag er lettere tilgjengelig enn tidligere. Dette beskriver de som en tydelig fremmer. De trekker fram Helsebiblioteket som et eksempel på hvordan fysioterapeuter på en enkel måte, helt gratis, kan finne relevante fagprosedyrer, databaser, tidsskrifter og andre kunnskapsressurser. Deres tilknytning til universitet og høyskoler gir også de samme fordelene.

Men i og med at jeg nå har en tilgang slik som universitet har til databasene, så er det enkelt å søke for da kommer alt som er tilgjengelig opp i nettleseren, med fulltekst og linker til fulltekstartikler. Så det har gjort det mye enklere (Informant E).

Alle våre informanter har gjennomført videreutdanning og noen har mastergrad innen særemer i fysioterapi, eller masterstudier tilpasset helseprofesjonene. Informantene viser til videreutdanning som en meget sterk motivasjonsfaktor som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis.

Men når du driver med videreutdanning så stimulerer det enormt interessen, og til kunnskap. Og du er nødt til å lese, som det ellers ikke blir så mye av. Og du oppdager utrolig mye interessant som finnes. Og det stimulerer interessen veldig (Informant F)

Informantene peker videre på at det kreves et minimums kunnskapsnivå for å kunne forstå forskningsbasert kunnskap. Her finner vi noen sentrale faktorer som å kunne lese engelsk, gjennomføre litteratursøk og kunne kritisk vurdere forskning.

Jeg er jo heldig at jeg, ja, jeg jobber i en tjeneste som har bygget sin kompetanse stein på stein, også, vi har vært ganske målrettet på hva hvilken kunnskap vi trenger for å utøve vår tjeneste på best mulig måte, og den gjengen jeg jobber med er jo, ja, de er jo, vi har jo spesialisert oss på nevrologi alle sammen, sant, så der er jo egentlig den der, ja, det er krav til erfaring når det kommer inn i teamet (Informant B).

Videreutdanning er dessuten en faktor som gir større eierskap til ny kunnskap som igjen utfordrer etablert kunnskap både individuelt og blant kolleger. Erfaringsbasert kunnskap utfordres ved at fysioterapeuten i større grad implementerer forskning i beslutningstaking, og derved forkaster eksisterende rutiner. Flere informanter viser til en større trygghet i møte med kolleger, pasienter og pårørende når de har denne ballasten med seg. Videreutdanning øker også interesse for forskning i seg selv.

Ja, det er vel fordi, jeg tror det er den der videreutdanningen i fysioterapi for eldre som gjør at jeg har måtte forske selv (Informant F).

Flere informanter peker på verdien av samarbeid med bibliotekar ved høyskole og universitet når de selv ikke har god nok kompetanse på kunnskapssøk. Bibliotekarenes kunnskap omtales som et eget håndverk. Samarbeidet med bibliotekarene gjør at fysioterapeutene sparer tid på å søke selv, og høyner kvaliteten på litteratursøkene.

[...] finn en bibliotekar, som kan hjelpe til med søk, hvis du ikke har en sånn universitetsperson, der som er tilgjengelig, på en måte. Så, kanskje en bibliotekar kan hjelpe til med å gjøre riktige søk, da. For det er jo et håndverk det og. Det å bli god til å søke, hvordan man kan gå fram. Så kanskje det, ja det kan hjelpe ganske mye (Informant G).

Noen av informantene inntar en avventende holdning og de forventer at ledelsen tar ansvar for å igangsette en endring. Dette står i kontrast til andre som er pågående og aktive i alle faser knyttet til implementering av ny kunnskap.

Men jeg kunne bidratt [...] ja mer tenker jeg [...] nei, jeg må bli spurt da (Informant F).

6.3 Innovasjon. Forskningsbasert kunnskap og kunnskapsbasert praksis

Informantene blir bedt om å fortelle hvilke erfaringer de har med bruk av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. Når fysioterapeutene betrakter dette er det spesielt tre dimensjoner som er tydelig i analysen. Dette knyttes for det første til hvordan fysioterapeutene beskriver og omtaler enkelte egenskaper med selve forskningen som fremmer bruk i klinisk praksis. Det andre knyttes til deres erfaring og opplevelser med hvordan det å beherske bruk av kunnskap fra forskning kan gi en følelse av makt og argumentasjonskraft ovenfor pasienter, kolleger og ledelse. Til slutt problematiserer fysioterapeutene forskningskunnskapen sin plass sett i relasjon til de to andre kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis; kunnskap fra klinisk erfaring og brukerens kunnskap og behov.

6.3.1 Forståelse av forskningsbasert kunnskap

Fysioterapeutene forstår begrepet forskningsbasert kunnskap på ulike måter. Noen viser kunnskap innhentet fra forskning gjennom enkeltstående artikler eller oppsummert i systematiske oversikter. Andre viser til kunnskapspyramidens hierarkiske oppbygging og peker på at det er i toppen av denne de helst vil hente sin kunnskap fra.

Det handler om å sette seg inn i det som blir gjort av studier og kunnskapsoppsummeringer som er et teoretisk rammeverktøy vi kan støtte oss på. Det handler om det som er klinisk relevant for meg (Informant H).

Det kommer også fram noen felles trekk i måten de omtaler dette på. Flere viser til et relasjonelt forhold mellom forskningsbasert kunnskap og klinisk praksis i måten det kan styrke fagutøvelsen på relatert til kunnskapsbasert praksis.

Når vi tar kliniske avgjørelser, tar vi i betraktning funn fra forskning og begrunner avgjørelse med disse (Informant F).

Fysioterapeutene beskriver begrepet som komplekst og viser til utfordringer med å omsette det i praksis.

Klinikere forsøker jo å holde seg oppdatert, men klarer ikke helt å få tak i den forskningsbaserte kunnskapen, hvordan de kan få tak i den, hente den ned altså, og hvordan de skal forstå det de leser (Informant C).

6.3.2 Forskningsbasert kunnskap- relevans og validitet

Alle fysioterapeutene har på ulike måter erfaring med bruk av kunnskap fra forskning. Noen formidler at videreutdanning og mastergradsutdanning gir ny kunnskap som de tar tilbake til egen praksis for å implementere denne der. De fleste av informantene bidrar aktivt på egen arbeidsplass for å utvikle nye retningslinjer for praksis basert på kunnskap fra forskning.

For å ta den nye kunnskapen i bruk er det helt essensielt at den er relevant og kan bidra til å endre og forbedre allerede eksisterende praksis. En av fysioterapeutene beskriver hvordan de brukte funn fra forskning til å forbedre et tiltak for eldre på hennes arbeidsplass.

Vi har jo fallforebyggende grupper som drives [...]. I forbindelse med videreutdanning så skrev jeg en prosjektoppgave og jeg tenkte jeg måtte få den så nær og enkel som mulig [...]. En Cochrane artikkel konkluderte med at gruppetrening ikke har effekt med mindre den er individuelt tilpasset [...]. På grunn av prosjektet så har kommunen innført akkurat den måten (Informant F).

Flere informanter uttaler at praksisnær forskning er tilgjengelig for dem via kolleger som har gjennomført masterstudier.

Og når jeg finner gode oversikter eller enkeltartikler som svarer på akkurat det jeg ønsker så har jeg et helt annet rammeverk [...]. Så tenker jeg at det er viktig at jeg vet at den forskning jeg skal basere dette på er gjort på en god måte [...]. Så er det flere mastere hos oss som sitter i klinikken som har skrevet om noe som oppleves som praksisnært og relevant for oss (Informant H).

Noen av informantene peker på at det må være mulig å tilpasse forskningsbasert kunnskap til den erfaring de allerede har og den kontekst de jobber i.

Jeg tenker det må gå hånd i hånd, vår erfaring og det forskningsbaserte, mot kontekst og gruppen pasienter (Informant B).

6.3.3 Instrument til overbevisning og anerkjennelse

Den andre dimensjonen er knyttet til hvordan fysioterapeutene formidler sin erfaring med bruk av kunnskap fra forskning som et verktøy for å få gjennomslagskraft i faglige diskusjoner med kolleger og ledelsen. I argumentasjon for å prioritere en pasient foran en annen, og samtidig gi legitimitet til behandling, støtter de seg til denne kunnskapen.

Det med gjenvinning av fysisk funksjon. Jeg opplever ofte at jeg må forsvare dette med tidsbruken. Som fysioterapeut må jeg stå på mitt for å formidle hvorfor jeg vil forlenge eller gå oftere til den og den pasienten for å få litt mer intensiv trening. Selv om vi skal jobbe tverrfaglig, at det blir legitimt og vi har en felles forståelse for at de får mer fysioterapi enn kanskje sykepleie. (Informant B)

Den forskningsbaserte kunnskapen beskrives som et trygt fundament for fysioterapeutene som styrker rollen som fagutøver.

Og at man tør å stå faglig sterkt, at man har et bedre rammeverk så en kan si at jeg velger å bruke så mye tid på dette fordi forskning viser at det er det man skal gjøre. Enn at en bare, har lyst til å gi dette til barnet (Informant F).

Informantene gir uttrykk for at anerkjennelse, åpenhet og tillit styrker deres mulighet til å anvende forskningsbasert kunnskap.

Dette med at man får anerkjennelse, åpenhet og det at vi har mulighet til å sette av tid, fra ledelsen. At ledelsen synes dette er viktig, og er noe de ønsker å satse på. Og at de har tillit til at vi kan gjøre en god jobb (Informant H).

En av fysioterapeutene omtaler kunnskap fra forskning som et maktmiddel. Informanten beskriver at forskningskunnskap gir henne et verktøy som hun benytter for å ta pasienter i forsvar, som selv ikke har evne til å si tydelig ifra om egne behov for helsehjelp.

Du står liksom opp for de svakere i samfunnet, og representerer de da, ut fra din egen kunnskap. Og det, medfører et stort ansvar, synes jeg. Du har veldig mye makt i helsevesenet og det har ikke de eldre. De har ingen stemme. Det lærte vi veldig på utdannelsen, husker jeg, hvordan vi skulle omgås den makten vi får. Og den er jo særlig viktig og, i forhold til folk som ikke har noen stemme (Informant F).

6.3.4 Forståelse av KBP som begrep

Det innbyrdes forholdet mellom de kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis opptar flere av informantene. De beskriver hvordan kunnskapsbasert praksis som en teoretisk modell påvirker beslutningsvalg. Flere informanter gir uttrykk for at modellen er en naturlig og integrert del av praksis, noe de «bare har med seg», og tilpasser alt etter den enkelte situasjon som de står i.

Vi har en god del refleksjoner om hvordan prosedyrer skal se ut, og hva som er viktig for å jobbe i team, hva som er viktig direkte rettet mot slagpasientene. [...] Jeg tenker jo at den kunnskapsbaserte praksisen flourer, den er med oss hele tiden (Informant B).

En av informantene beskriver kunnskapsbasert praksis på en slik måte at den kliniske erfaringen løftes tydelig fram.

Vi må ikke være redd for å stole mere på oss selv som fagpersoner. Det må gå hånd i hånd dette; vår erfaring, å omsette den forskningsbaserte kunnskapen til praksis, og kontekst mot de brukerne vi har. Det er det som er modellen, egentlig (Informant B).

En av fysioterapeutene omtaler kunnskap fra forskning som et rammeverk som må tilpasses kontekst, den enkelte pasient og den kliniske ekspertise.

De to andre sirklene og konteksten er jo også avgjørende for vår praksis. Rett og slett en individuell tilpasning [...]. Og hva sier forskningen? Jeg gjør ikke det samme som det min kollega vil gjøre [...]. Vi har ulike erfaringer med oss, og ulik kompetanse. Og det er ikke farlig heller (Informant H).

Andre derimot, synes at kunnskapsbasert praksis er problematisk å forholde seg til i den kliniske hverdagen. De beskriver at arbeidsmetoden kan oppfattes som statisk ved at den indikerer tre like store sirkler som alltid skal være representert, og dessuten være likeverdige til enhver tid. En informant sier det er vanskelig å ha likevekt mellom de tre sirklene i modellen i praksis.

Fysioterapeutene gir videre uttrykk for at kolleger kan oppfatte kunnskap fra forskning som overlegen i forhold til de andre kunnskapskildene. De beskriver at det kan oppstå en holdning om at fysioterapeuters behandlingsmetoder må være underbygget av kunnskap fra forskning før metodene i hele tatt kan anvendes i praksis.

Det er jo kanskje sånn at vi mystifiserer begrepet KBP fordi vi ikke tør å gjøre noe før vi har hengt på noen artikler eller studier på det vi gjør (Informant C).

Informantene trekker fram at det å ha kunnskap om å kritisk vurdere forskning er nødvendig, og balanse mellom klinisk erfaring og kunnskap fra forskning er ikke bare viktig, men avgjørende for god fagutøvelse.

For noen stoler litt for mye på forskningen da, akkurat som resten ikke er verdt noen ting, og det er jo ikke sant. Man kan si at det går i en viss retning, men ikke påstå at forskning alltid har rett, liksom (Informant G).

Flere av informantene synes at det til tider kan bli for stort fokus på forskningens betydning for klinisk praksis. Dette går på bekostning av brukernes ønsker og behov som kommer i skyggen av den forskningsbaserte kunnskapen. En fysioterapeut uttrykker dette slik:

Ja, jeg tenker jo, at det er vel og bra med forskningsbasert kunnskap, men jeg synes fokuset bør ligge mye mer på brukers erfaringer og behov. Jeg synes det kommer gjerne litte grann for kort i denne kunnskapsbaserte tilnærmingen (Informant A).

7. Diskusjon

I dette kapitlet trekker vi fram de viktigste funnene som vi mener svarer på studiens problemstilling. Vi diskuterer betydningen av funnene ut fra vår egen forforståelse, ved å sammenligne konklusjoner fra tidligere studier og tolker disse i lys av teorier fra implementeringsforskning i helsetjenesten. Oppbygningen av kapitlet baseres på rammeverket i-PARIHS, som vi omtalte tidligere (Harvey & Kitson, 2016).

Studien viser at en rekke faktorer påvirker og fremmer fysioterapeuters bruk av forskningskunnskap i klinisk praksis i kommunehelsetjenesten. Vi identifiserte 12 kategorier som vi plasserte under tre overordnede tema i samsvar med i- PARIHS. Disse temaene beskriver elementer og kjennetegn med den kontekst som fysioterapeutene arbeider i, egenskaper knyttet til fysioterapeutene og selve innovasjonens kunnskapselementer.

Vi tolker det slik at temaene med underliggende kategorier er gjensidig avhengig av hverandre for at fysioterapeuter skal lykkes med å implementere forskning i klinisk praksis. Noen av kategoriene trer likevel tydeligere fram enn andre, og noen funn har nyanser som vi mener tidligere forskning ikke berører så tydelig. Vi belyser også noen av barrierene som informantene trakk fram under intervjuene, og barrierer som er kjent gjennom litteraturen. Hensikten med dette er å vise hvordan barrierer for implementering av forskning i fysioterapipraksis kan overkommes ved å sette disse opp mot informantenes erfaringer med suksessfaktorer.

7.1 Kontekst

I de senere årene har kunnskap om gapet mellom produksjon av forskningskunnskap og manglende overføring til praksis, blitt viet stor oppmerksomhet (Egerton, Diamond, Buchbinder, Bennell, & Slade, 2016; Scurlock-Evans et al., 2014). Dette har ført til en interesse for å se på forhold i organisasjonen og dens kontekst som kan påvirke prosessen fra kunnskapsproduksjon til handling (Bérubé et al., 2017; Graham, Straus, & Tetroe, 2013, pp. 277-286; Greenhalgh, 2018, pp. 76-78).

7.1.1 Ledelse og struktur

Når informantene beskriver ledelsen på eget arbeidssted, sier de at ledelsen har en viktig rolle for å fremme bruk av forskningsbasert kunnskap. De fleste forteller at de har en leder som er opptatt av forbedringsarbeid, og som jobber strategisk og langsiktig både i egen avdeling og mot politisk ledelse. De beskriver at en leder som stiller krav til å utøve kunnskapsbasert praksis oppleves som en viktig faktor. Samtidig trekker fysioterapeutene fram betydningen av at ledelsen er lydhør og åpen for forslag til forbedring av praksis.

Noen av informantene beskriver at de savner at lederen arbeider mere målrettet med faglig utvikling. Informantene erfarer at det fagområdet de selv arbeider med kommer i skyggen av andre prioriterte områder hvis ikke leder har en god plan og jobber strategisk.

At ledelsen har betydning for helsepersonell sin mulighet til å implementere forskningsbasert kunnskap går fram av tidligere forskning (Scurlock-Evans et al., 2014). En måte å forstå ledelsens betydning på, er å se funnene ut ifra organisasjonsteori om lærende organisasjoner.

En lærende organisasjon har noen kjennetegn som gjør at den lettere tilegner seg kunnskap enn andre (Rycroft-Malone J, 2010, p. 118). De har gjerne en felles visjon, er åpne for endring og legger til rette for desentraliserte beslutningsprosesser. Lederne viser tillit til sine medarbeidere, de benytter seg av deres kompetanse, og etterspør resultater og gir tydelige tilbakemeldinger. Dette beskrives som nøkkelfaktorer for å overføre forskningsbasert kunnskap til praksis (Dannapfel, Peolsson, Nilsen, 2013; Greenhalgh, 2018, pp. 60-65).

Funn i vår studie samsvarer med beskrivelsen av en lærende organisasjon. Likevel er det noen informanter som trekker fram sine erfaringer med ledere som de mener ikke har et tydelig nok fokus på kvalitetsutvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap. Vi peker på tre mulige årsaker til dette.

For det første er det mulig at lederen ikke har tilgang på de rette virkemidlene for å prioritere innovasjon og endring høyt nok (Arntzen, 2007, pp. 26-27). I en hverdag der budsjettene kan være marginale og mange pasienter venter på tjenester, kan leder mangle

både økonomi, tid og ansatte til å prioritere utviklingsarbeid. “De har for mye på gang”, som en av informantene uttrykker det.

Å innføre nye behandlingsmetoder krever sannsynligvis økonomiske ressurser og det kan ta tid før en ser positive resultat av endringen. Krav til høy produktivitet og stram prioritering kan føre til at ressurser benyttes til andre mer prekære formål på bekostning av arbeid med å utvikle en kunnskapsbasert praksis (Dannapfel, Peolsson, & Nilsen, 2013; Quinn, Mitton, & Ward, 2013, pp. 350-351)

For det andre kan lederen mangle kunnskap og vilje til endring. Positive holdninger blant lederne er identifisert som en faktor som forsterker bruk av forskningsbasert kunnskap hos fysioterapeuter (Dannapfel & Nilsen, 2016; Denis & Lehoux, 2013, pp. 308-311). Ledernes evne til å være gode rollemodeller for en kunnskapsbasert praksis, henger sammen med kompetanse om forskningsbasert kunnskap.

For det tredje utøves ledelse alltid i en sammenheng, og lederen er en del av en større organisasjon (Dannapfel & Nilsen, 2016). Fysioterapeutene kan oppleve at organisasjonens endringsvilje og prioritering av ny kunnskap ikke er tydelig nok. Derfor kan betydningen av å inngå i nettverk i og utenfor kommunen ha betydning (Greenhalgh, 2018, pp. 184-190) Valente, referert av Greenhalgh, definerer nettverk som et mønster av vennskap, råd, kommunikasjon og støtte som er til stede mellom mennesker i et sosialt system. Jo mer kontakt en person har med andre i et sosialt nettverk, jo større er sannsynligheten for at personen raskt adopterer innovative prosesser og framstår som en agent for endring (Sahin, 2006). I masteroppgaven viser vi til funn der flere informanter beskriver egen kommune som en lærende organisasjon. Informantene peker på at arbeidsplassens strategiske satsing på faglig utvikling, og deltagelse i nettverk innad i kommunen så vel som med forskere utenfor kommune, er en suksessfaktor for å stimulere til å ta i bruk forskningsbasert kunnskap.

Utvalget i vår studie består av fysioterapeuter som jobber i klinikken, og bare en av disse har lederfunksjon i tillegg til å være fysioterapeut. De betrakter altså ledelsens betydning i hovedsak fra sitt perspektiv som klinikere. Sammenlignet med funn fra en svensk undersøkelse som utforsker fremmere fra et ledelsesperspektiv, ser vi at funnene er sammenfallende på den måten at både fysioterapeuter og ledere trenger støtte og alliansepartnere for å implementere ny kunnskap (Dannapfel & Nilsen, 2016).

Vi har her belyst betydningen av lærende organisasjon og betydningen av et samarbeid mellom leder og fysioterapeut for å lykkes med å implementere forskningsbasert kunnskap i praksis. Det organisatoriske nivået og det individuelle nivået som klinikerne utgjør, må betraktes som komplementære, og gjensidig avhengig av hverandre for å lykkes med kvalitetsforbedring (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2015, pp. 183-185). Lederne bør legge til rette for en endringskultur, slik at fysioterapeutene har tid og ressurser disponibelt for å arbeide kunnskapsbasert, og fysioterapeutene med sin kunnskap om praksis, bør bistå leder i å avdekke kunnskapshull og behov for praksisendring.

7.1.2 Kultur

Vi identifiserte egenskaper hos ledelsen som en av flere organisatoriske faktorer. Tidligere forskning antyder at måten å forstå selve organisasjonens kultur på, også har innvirkning (Scott, Mannion, Davies, & Marshall, 2003). Det eksisterer ulike oppfatninger om hvordan organisasjonskultur skal forstås som begrep, men interessen for å forstå dette er likevel aktuell. Det er basert på en teoretisk antagelse om at kultur har en sammenheng med ytelse, på den måten at grupper av enkeltindivider i et miljø over tid adopterer felles verdier og holdninger. Disse holdningene kommer gjerne til uttrykk gjennom arbeidsplassens kultur som bevisst eller ubevisst formidler at "det er slik vi gjør det her hos oss" (Grol, Wensing, & Eccles, 2013, p. 32).

Alle våre informanter er en del av et større arbeidsfellesskap. Noen jobber tett i tverrfaglig team, mens andre jobber mere alene. Et viktig funn i studien er hvordan informantene beskriver at det er berikende å være en del av et større fagmiljø, der mange er opptatt av innovasjon og endring. Å være en del av et slikt miljø, hvor det er interesse for forskning og faglig utvikling, kan bidra til å fremme bruk av forskningsbasert kunnskap, mener flere informanter.

En av informantene beskriver derimot en holdning kollegaer møtte henne med, en gang hun presenterte ny forskningsbasert kunnskap. På bakgrunn av ny viten hun hadde fått om et tema, ønsket hun å dele denne med fysioterapeutene i kollegiet. Hun ble møtte med utrop som at nå kunne de bare kaste all gammel kunnskap «på båten», når hun kom med disse

“nye greiene”. Entusiasme og engasjement for ny forskningsbasert kunnskap som utfordrer etablert kunnskap, kan være utfordrende for noen og enhver.

Noen av fysioterapeutene forteller åpent at de har erfaring fra arbeidsplasser som har vært preget av en jantelovkultur. De opplevde at det ikke var kultur for å vise fram noe de var stolte av å ha gjennomført. De ble tilbakeholdne med å dele ny kunnskap med kolleger og la i stedet «diplomet i skuffen», som en av informantene uttrykte det, når hennes kollega hadde gjennomført en videreutdanning i barnefysioterapi.

Utsagnene står i kontrast til informanten som jobber i et tverrfaglig team, som hun omtaler som sin «lille familie». Hos henne arbeider hele teamet etter standard for nasjonale fagprosedyrer for slagbehandling. Selv om også hennes kolleger friskt diskuterer kunnskapens nytte og verdi, er kunnskap fra forskning på hennes arbeidsplass en naturlig del av praksisens kunnskapsgrunnlag.

Contandriopoulos og medforfattere peker på at utveksling og deling av kunnskap i en organisasjon skjer mellom mange enkeltpersoner der hver og en har et mangfold av meninger, preferanser, posisjoner og interesser. Forfatterne hevder derfor at polarisering kan oppstå som et fenomen mellom grupper i en organisasjon. Polarisering refererer til nivået av enighet på tvers av klinikernes oppfatninger. Jo høyere grad av enighet innad i gruppen, desto lavere er polariseringsnivået. Sannsynligheten for å lykkes med implementering av ny kunnskap er med dette tilsvarende større (Contandriopoulos et al., 2010).

Forfatterne beskriver videre at kunnskapsutveksling kan forekomme på to komplementære nivå som analytisk kan skilles fra hverandre. På den ene siden rettes utveksling av kunnskap mot autonome enkeltpersoner som framstår som suverene i sin evne til å ta til seg kunnskap og følgelig ender sin praksis. Resultatet blir en individuell reaksjon som er bestemt ut fra kontekstuelle og personlige faktorer, som kan forklare hvorfor fysioterapeuten møtte så store motreaksjoner hos sine kollegaer.

På en annen side kan kunnskapsutvikling skje på et høyere nivå med en sammenkobling og gjensidighet mellom en gruppe av personer. En gjensidig avhengighet forstås som at enkeltindividene ikke har nok autonomi eller makt til å implementere kunnskapen på egen hånd, men er avhengig av at dette skjer i et fellesskap med andre, som kan være tilfellet hos

fysioterapeuten i den «lille familien». Ut fra dette kan vi betrakte kunnskap som noe mer enn bare en individuell ferdighet som hver og en besitter. Vi kan se på kunnskap som en felles beholdning som deles mellom en gruppe av individer i en organisasjon. Dette samsvarer også med rammeverket i-PARIHS som viser til at å avdekke svakheter og styrker i kunnskapsnivå er sentralt før implementering av ny kunnskap finner sted (Harvey & Kitson, 2016).

Vi har tidligere gjort rede for hvordan organisasjoner kan lykkes med å implementere ny kunnskap ut fra teori om lærende organisasjoner fra et ledelsesperspektiv. Ved å trekke denne teorien inn igjen på et lavere nivå i organisasjonen kan vi også støtte våre funn på forskning som viser at både organisasjonens enkeltindivider så vel som selve organisasjonen i seg selv må ha et læringspotensial for å lykkes med implementering (Grol, Wensing, Bosch, et al., 2013, pp. 19-21,31). På tross av manglende konsensus om hva som ligger i organisasjonen sin kultur, peker forskning på den betydning at organisasjoner har en kultur basert på endringsvilje og verdier om kontinuerlig læring (Dannapfel et al., 2013). Positiv kultur på arbeidsplassen kan bidra til faglige diskusjoner og refleksjoner i kollegagruppen.

7.1.3 Brobyggere

Informantene forteller at møter, work-shops og seminar på arbeidsplassen ofte initieres av kolleger som tar ansvar for faglig oppdatering. De omtaler disse kollegene som spydspisser, brobyggere og fagutviklere, og understreker betydningen disse har for å bringe ny forskningsbasert kunnskap inn i kollegagruppen. Vi har valgt å kalle dem for brobyggere i denne oppgaven.

Ett av våre tydeligste funn er den funksjonen som brobyggerne har på arbeidsplassen som en fasilitator, som gir støtte og support til kolleger i den hensikt å implementere forskningsbasert kunnskap. En fellesnevner er at brobyggerne, slik informantene beskriver dem, sitter med en særskilt kompetanse på å søke etter forskningsbasert kunnskap, og har erfaring med å kritisk vurdere denne og omsette den til praksis. Informantene var tydelige på at de ikke hadde klart implementering som de gjorde, om det ikke var for brobyggerne.

Flere av våre informanter hadde selv en funksjon som brobygger, eller snakket om kolleger som hadde denne rollen.

Litteraturen beskriver en brobygger som åpen, pålitelig, faglig trygg, og som har evnen til å arbeide både i organisasjonen, og med samarbeidspartnere utenfor arbeidsplassen (Zidarov et al., 2013). Det kan være flere fordeler med å ha brobyggere på arbeidsplassen. Uten støtte fra brobyggerne kan det være vanskelig å gjennomføre endringer, særlig i situasjoner der ledere ikke ser nytten av å endre praksis (Salsberg & Macaulay, 2013, pp. 176-180; Zidarov et al., 2013). Brobyggeren kan da i kraft av sin kompetanse og posisjon bidra til å overbevise leder om nødvendigheten av praksisendring.

Kunnskap som raskt kan omsettes til praksis krever god oversikt over relevant forskning, og forskning som har god kvalitet. Det forutsetter at den som har behov for kunnskap på området, har kapasitet og kompetanse til å ta denne i bruk (Forskningsrådet, 2021, pp. 26-33). Brobyggerne kan i kraft av sin erfaring, bistå kolleger som mangler kunnskap å søke opp og kritisk vurdere relevante forskningsartikler.

Gitt at brobyggerne har en strategisk posisjon kan disse også fungere som formidlere av kunnskap, i litteraturen omtalt som «knowledge brokers», mellom klinikerne og forskerne (Zidarov et al., 2013). Vi har tidligere vist til funn i vår masteroppgave at et gjensidig nettverkssamarbeid mellom leder og forskere kan gi resultat i form av nye kunnskapsbaserte tjenester av god kvalitet i kommunehelsetjenesten. Informantene gir eksempler på at også klinikere kan inngå i et slikt samarbeid.

FYSIOPRIM (Fysioterapi i primærhelsetjenesten) er et eksempel på nettverkssamarbeid som hadde til hensikt å styrke fysioterapitjenesten i norske kommuner gjennom forskning og nettverksbygging (Universitetet i Oslo, 2021). Flere av informantene viser til at FYSIOPRIM har bidratt til å bygge bro mellom akademia og fysioterapitjenesten i kommunene og gitt svar på flere kliniske spørsmål.

På tross av de fordeler vi har beskrevet med brobyggerne og deres rolle, kan det også være en ulempe å «legge alle eggene i samme kurv». Det kan derfor være sårbart å satse på at kun enkelte personer skal ta ansvar for implementering av forskningsbasert kunnskap på arbeidsplassen. Nøkkelpersoner kan slutte av ulike årsaker. De kan gå over i andre stillinger som gjør at de tar med seg kompetansen ut av organisasjonen. En måte å løse dette på, slik

som en av våre informanter erfarer det, er å legge til rette for at de fleste fysioterapeuter har en minimums kunnskap i bunn om kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode.

7.1.4 Tid

Tid er et funn vi har valgt å belyse på bakgrunn av forskning som viser at mangel på tid er en tydelig barriere for implementering av forskningsbasert kunnskap i helsetjenesten (Mota da Silva et al., 2014; Scurlock-Evans et al., 2014). Tid presenteres ofte som en hemmer uten at det utdypes noe nærmere, og det pekes på behov for å utforske tidsfaktoren for å få en bedre forståelse av fenomenets betydning (Dannapfel et al., 2013). Vi har valgt å drøfte betydningen av tid opp mot de andre funnene vi tidligere har omtalt.

Informantene forteller om travle arbeidsdager, og mesteparten av arbeidstiden går med til behandling av pasienter. Tilgjengelig tid til andre aktiviteter er det mindre av, men informantene viser til at lederne evner å legge til rette for nye oppgaver, når dette er påkrevd. På bakgrunn av våre funn kan vi se at ledelsens ressursforvaltning og forståelse av tid er nært knyttet. Er det gitt at leder og ansatt er omforent om hvor mye tid som er nødvendig for å implementere kunnskap fra forskning til praksis? Vi vil forsøke å svare på spørsmålet i dette kapitlet, men ser først på hvordan tid kan forstås i den kontekst som fysioterapeutene arbeider i.

Informantene bruker begrep som faktor, forutsetning og ressurs om tid med hensyn til hvordan tiden påvirker deres evne til å tilegne seg ny kunnskap. Vi har ikke funn som viser hvorfor tid blir tillagt ulik verdi ved at den benevnes på ulike måter. Tilgang på tid forstås som essensielt for at de skal kunne sette seg inn i forskningsbasert kunnskap. Vi velger videre å se på tid som en ressurs og fenomenet kan forstås som noe som kan utnyttes økonomisk eller som er til nytte på en eller annen måte.

Hvorfor vi ikke betrakter tid som en forutsetning, forklares ved at vi finner flere klare forutsetninger for å fremme bruk av forskningskunnskap som ferdigheter til den enkelte fysioterapeut og arbeidsplassens organisering og strukturer som fysioterapeutene er en del

av. Tid opptrer ikke som en ferdighet eller egenskap, men er til stede uavhengig av hva som skal gjennomføres av faglig arbeid.

Tid opptrer alltid i relasjon til noe. Som i fenomenologien, hvor vår bevissthet alltid er knyttet til noe, er tid også en alltid tilstedeværende faktor som vi forholder oss til i mer eller mindre bevisst grad (Thornquist, 2015, p. 101). I et fenomenologisk perspektiv vil tid være en subjektiv opplevelse fra person til person. Opplevelse av tid kan relateres til hvor vi er i livet, om oppgavene vi er satt til å løse er nyttige og spennende, eller er like og gjentakende (Hargreaves, 1994, pp. 26-27).

Tid er også en ressurs informantene beskriver som et knapphetsgode når det er travle dager på jobb og mange pasienter står på venteliste. Hargreaves hevder det er en forutsetning at forståelsen av tid både hos ledere og ansatte vurderes likt. Ledelsens forståelse av hvor mye tid som er nødvendig for å gjennomføre en planlagt endring, vil i beste fall samsvare med fysioterapeutens. Om tidsforståelsen er ulik, vil dette kunne være en barriere, ved at tilmålt tid ikke er lik det fysioterapeuten opplever er nødvendig for å gjennomføre tiltaket. Noen av fysioterapeutene vi intervjuet løste dette med at de tok med seg forskningsartikler hjem på fritiden når tiden på jobb ikke strakk til.

Sosialantropolog og forfatter Thomas Hylland Eriksen skriver i boken "Øyeblikkets tyranni", at uten tid til pauser og mellomrom mister man den nødvendige distanse til sine gjøremål, og overblikket over sin situasjon (Hylland Eriksen, 2001, p. 81). Er det en forståelse av tid som kan passe inn i hverdagen til en kommunal fysioterapeut? Om tiden oppleves som knapp i utgangspunktet, vil stadige nye gjøremål kunne endre oppfatningen av hva som er tilgjengelig tid.

Stander og medforfattere viser i sin artikkel til at tid ikke kan betraktes som en nøytral ressurs (Stander, Grimmer, & Brink, 2021). Fysioterapeuter beskriver tidsfenomenet eufemistisk, slik at det egentlig er andre grunner enn mangel på tid som gjør at de avstår fra å ta i bruk kunnskap fra forskning. De peker på er at fysioterapeuter blant annet ikke er klar for å omfavne ny forskningsbasert kunnskap.

Vi finner derimot ikke funn hos våre informanter som tyder på at de dekker over manglende kompetanse med unnskyldning om knapphet på tid. At vi valgte et strategisk utvalg av

fysioterapeuter med positive erfaringer og god kompetanse i bruk av kunnskap fra forskning, kan være en forklaring. Informantene virker å ha en indre motivasjon og drivkraft til å utvikle tjenesten de er en del av, så det er av den grunn mer sannsynlig at tid er et reelt knapphetsgode de bruker så effektivt som de kan.

Det er en tidkrevende prosess å implementere ny kunnskap i en organisasjon. Mangel på tid som ressurs blir en barriere for at ny kunnskap kan implementeres i organisasjonen. Vi velger samtidig å forstå det slik at tid kan være nøkkel til suksess, når andre forutsetninger for implementering av forskningsbasert kunnskap er innfridd.

7.2 Fysioterapeutene

i- PARIHS definerer personer som berøres av eller påvirker implementering som «resipients». Disse kan opptre som enkeltstående personer i en organisasjon eller som en del av et team eller en enhet (Harvey & Kitson, 2016). Vi har trukket ut fysioterapeutene som en av de viktigste aktørene i prosessen fra produksjon av ny kunnskap til handling. Som mottagere av forskningsbasert kunnskap har de ansvar for å omsette forskning til helsetjenester av god kvalitet i møte med pasientene. Ut fra funnene våre velger vi å drøfte noen egenskaper ved fysioterapeutene som kan påvirke dette med hovedvekt på motivasjon og kunnskap.

7.2.1 Motivasjon

En kvalitativ studie blant svenske fysioterapeuter viser at motivasjon og positive holdninger til å bruke forskningsbasert kunnskap betraktes som en fremmer. Den svenske studien peker på den gjensidige avhengigheten mellom kunnskap og motivasjon. Kunnskap om søk etter forskning, påvirker fysioterapeutenes holdning og motivasjon for å bruke forskningsbasert kunnskap, og vise versa (Dannapfel et al., 2013).

I våre funn rettes informantenes motivasjon mot drivkraften som ligger i det å lære noe nytt. Flere fysioterapeuter beskriver at de har en stor egeninteresse for faglig utvikling og tar

et selvstendig ansvar for å oppsøke forskningsbasert kunnskap, selv om lederen ikke har bedt dem om dette.

Vi har tidligere pekt på funn i vår masteroppgave som viser at en forutsetning for å endre praksis på bakgrunn av ny forskning, er at fysioterapeutene evner å ta i bruk den nye kunnskapen. At kunnskap er en nødvendig forutsetning for endring, bestrides ikke (Jamtvedt et al., 2015, p. 178). Dette samsvarer med psykologen Albert Banduras teori om endring av atferd (Bandura, 1995, pp. 19-21). Bandura viser til at ett element alene ikke vil føre til endring, men at kognitive faktorer så vel som miljøet endringen skal skje i, påvirker hverandre. Påvirkningen kan gå begge veier, ved at en kan forsterke støttende atferd, eller en kan unnlate å gjøre så. Teorien beskriver altså mekanismene som gjensidig av hverandre, både i negativ og positiv forstand.

Det kan således se ut til at kunnskap alene ikke er en stor nok motivasjonsfaktor for å endre adferd. Bandura tilskriver relasjonen mellom aktørene, der hvor kunnskapsutveksling foregår, som en viktig motivasjonsfaktor for endring av atferd, noe vi også ser i vår undersøkelse. Fellesskapet gir kollegiet en ramme for fagutvikling, som de vanskelig kunne fått til alene (Bernhardsson, Öberg, Johansson, Nilsen, & Larsson, 2015).

En av de mest siterte motivasjonsteoriene i implementeringsforskning er teorien om planlagt atferd av Ajzen og Fishbein. Teorien bygger på en antagelse om at atferd kan forklares gjennom fire komponenter rettet mot våre holdninger, subjektive og sosiale normer, hva vi tror at andre vil tro, og hvor stor kontroll vi oppfatter at vi har, over den endringen som skal skje (Grol, Wensing, Bosch, et al., 2013, p. 22).

Med andre ord, hvis vi ser på adferden med positive øyne, og vi tror at andre også verdsetter atferdsendringen høyt, vil vår motivasjon øke. Dermed øker sannsynligheten for å gjennomføre atferdsendringen, gitt at eventuelle eksterne begrensninger ikke er til stede (Greenhalgh, 2018, p. 34). En slik teoretisk tilnærming kan bidra til å forstå funnet som beskriver at informantene ble tilbakeholdne med å dele kunnskap hvis de oppfattet motstand i kollegagruppen.

Banduras teori viser også til at atferdsendring ofte skjer gjennom påvirkning fra kolleger. Hvis kolleger viser vei, så vil en etter Banduras forståelse kunne lære gjennom å observere.

Han hevder at denne formen for læring er en sentral faktor for å endre atferd, og at god støtte motiverer til økt innsats (Bandura, 1995, pp. 12-13).

I klinikken har fysioterapeuter både en teoretisk og en praktisk tilnærming til faget. Fysioterapeuten må derfor trene på teknikker og øvelser som skal benyttes i behandling. Muligheten til å være i samme rom med andre som kan teknikkene ekstra godt, vil kunne bidra til økt læring. Gjennom erfaring, praktisk øvelse og opplevelse av mestring øker troen på egen mestringsevne, som derved vil føre til endring av atferd (Bandura, 1995, pp. 19-21).

En annen nyanse som funnene våre belyser, er hvordan informantenes motivasjon rettes mot pasientene. Flere gir uttrykk for den forpliktelse de har til å være faglig oppdatert, slik at de kan tilby behandling basert på beste tilgjengelige kunnskap. De beskriver at de kjenner et ansvar for at pasientene ikke bruker tiden sin på behandling som ikke er nyttig. I faglige diskusjoner om pasienter på arbeidsplassen, gir forskningsbasert kunnskap fysioterapeutene et redskap som de beskriver som et maktmiddel til å legitimere at enkelte pasienter må prioriteres framfor andre. En av informantene trekker det så langt at hun beskriver seg selv som et talerør for svake pasienter som selv ikke kan ytre egne meninger, og opptrer som en form for en faglig advokat på vegne av dem.

Dette perspektivet kan forklare fysioterapeutenes betraktninger rundt egen motivasjon for at forskningsbasert kunnskap henger sammen med den faglige identiteten de har til faget sitt. I tillegg påvirkes de av forventninger de tror at pasientene har til dem. Uavhengig av hvordan de beskrev relasjonen mellom kunnskapen de besitter og pasientene sine, synes de fleste å være motivert av en moralsk forpliktelse til å forvalte forskningsbasert kunnskap som et offentlig gode (Greenhalgh, 2018, p. 131). Malterud framhever at kunnskap er makt, og skal deles med andre (Malterud, 2017, p. 18). Hun sier videre at kunnskap ikke bare et privat anliggende, men skal betraktes som et innskudd i den faglige fellesbanken.

Det er skrevet mye om makt, og filosofen Francis Bacon (1561- 1621), etablerte slagordet "kunnskap er makt", i sin kamp for en induktiv tilnærming som vitenskapelig metode. Han beskrev ulike fordommer som påvirker relasjonen mellom kunnskap og makt blant annet ved på språkets makt over tanken og svakhet for herskende tradisjoner og autoriteter (Tjønneland, 2019). Vi har i denne oppgaven valgt å ikke utdype denne tematikken ytterligere, da funnene ikke gir oss grunnlag for det. Men temaet er viktig, og kunne vært

drøftet grundigere om oppgavens intensjon hadde vært å avdekke maktrelasjoner i helsetjenesten.

Til slutt vil vi vise til forskning som peker på at økonomisk godtgjørelse kan være et positivt insentiv for implementering og bruk av forskningsbasert kunnskap (Dannapfel & Nilsen, 2016; Grol, Wensing, & Eccles, 2013, p. 269). Mens våre funn viser til fysioterapeutenes omtanke for egne pasienter og en egen tilfredstillelse i å tilegne seg forskningsbasert kunnskap som fremmere, har vi ingen funn som viser at økonomiske insentiver er en motivasjonsfaktor.

At ny kompetanse kan åpne for en akademisk karrierevei som gir høyere lønn, er det ingen av informantene som berører. Vi finner med andre ord ikke lønn som en motivasjonsfaktor. Dette kan skyldes at informantene ikke så dette som en fremmer, og derfor ikke trakk dette fram. En annen måte å forstå det på, kan være at organisasjonen som sådan ikke har et system for en økonomisk karrierevei. En tredje forklaring kan være at dette perspektivet heller ikke var en del av vår forforståelse, og dermed ikke ble berørt i forberedelse og gjennomføring av intervjuene. Om lønn i det hele tatt kan være en fremmer for implementering av ny kunnskap i kommunehelsetjenesten, mener vi det er verdt å utforske nærmere (Bérubé et al., 2017; Grol, Wensing, & Eccles, 2013, p. 269).

7.2.2 Kunnskap og videreutdanning

Noen av informantene opplever at det kan oppstå en form for kulturkollisjon mellom yngre fysioterapeuter, og de godt voksne fysioterapeutkollegene, dersom ikke alle har en viss basiskompetanse for å arbeide kunnskapsbasert. Her nevner de blant annet gode ferdigheter i engelsk, kritisk vurdere forskning, og kunnskap om litteratursøk som de viktigste. Informantene mener mangel på disse er en av årsakene til at det tar lang tid før forskningsbasert kunnskap tas i bruk i helsetjenesten.

Funn i vår masteroppgave viser at videreutdanning er en viktig kilde til ny kunnskap fra forskning. Alle informantene hadde gjennomført videreutdanning, og noen hadde tatt en mastergrad. Flere beskriver at det på mange måter er utfordrende å komme tilbake til eget arbeidssted med nye tanker og ideer. De trekker likevel fram at de opplever en ny

entusiasme, som de tar med seg inn i praksisfeltet etter endt utdanning. Videreutdanning gir trygghet som gjør at de tør å utfordre eksisterende praksis på arbeidssstedet.

De er tydelige på at videreutdanningen gjør dem bedre rustet til å være aktive bidragsytere i implementeringsprosesser. De beskriver at kunnskap som de får gjennom videreutdanning setter dem i stand til å beherske litteratursøk og kunne kritisk vurdere resultat fra forskning. Flere av informantene sier at de også trenger kunnskap i å lese engelsk for å forstå forskningen.

Disse funnene støttes av litteratur og forskning som viser at videreutdanning er en faktor som kan fremme bruk av forskningsbasert kunnskap i klinikken (Bjørndal et al., 2015, pp. 181-182; Scurlock-Evans et al., 2014). Fysioterapeutenes akademiske nivå kan påvirke deres mestringsevne og holdninger til kunnskapsbasert praksis generelt, som således fører til økt bruk av behandlingsmetoder basert på vitenskapelig kunnskap (Bernhardsson et al., 2015).

Universitet og høyskoler tilbyr mange relevante etter- og videreutdanninger for fysioterapeuter. Siden 2005 har norske fysioterapistudenter fått undervisning i kunnskapsbasert praksis (Olsen et al., 2014). Det arrangeres også en rekke fagspesifikke kurs innen fysioterapi, som gir muligheter for å være oppdatert på fagfeltet (Norsk fysioterapeutforbund, 2021).

Fysioterapeuten har et individuelt ansvar for dette i henhold til Helsepersonelloven § 4 og Kommunehelsetjenesteloven § 4-2, hvor man etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I tillegg er fysioterapeuter i "Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav" og §9 i Helsepersonelloven, pålagt å benytte behandlingsformer forankret i kunnskapsbasert praksis, og som er akseptert av helsemyndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Ledelsens forpliktelse til å bidra til dette er forankret i det samme lovverk.

Som vi tidligere har pekt på, viser dette at ledelsens og organisasjonens positive holdning til å gi fysioterapeuter anledning til videreutdanning, også kan ha betydning. Ledelsen og fysioterapeutene har sammen et ansvar for å bringe kunnskapen tilbake til organisasjonen og til arbeidsplassen. Ved å dele kunnskapen med kolleger, slik som noen av

informantene viser til gjennom fagmøter og prosedyrearbeid, kan dette bidra til å skape en sterkere akademisk kultur på arbeidsplassen.

Med flere fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten som etter hvert innehar basiskompetanse gjennom grunnutdanning og spisskompetanse gjennom videreutdanning vil dette skape et godt grunnlag for å implementere forskningsbasert kunnskap.

Selv om informantene beskriver at de gjennom videreutdanning har fått økt kunnskap om litteratursøk, mener de at det også er viktig å ha tilgang på ressurser som bibliotekar eller tilgang på databaser. De fremhever organisasjonen må ha tilgang på de ressurser som kreves for å gjennomføre implementering av ny forskning (Lau et al., 2016, p. 32). En lærende organisasjon bygger stein på stein, og all forskning tyder på at det tar mange år å integrere ny forskningsbasert kunnskap (Grol, Ouwens, & Wollersheim, 2013, pp. 73-74).

Fysioterapeutenes ferdigheter og organisasjonens evne og vilje til å implementere forskningsbasert kunnskap er forutsetninger som begge må være til stede for at endring skal finne sted.

7.3 Innovasjon

Vi har så langt drøftet noen individuelle og kontekstuelle faktorer som har innflytelse på implementering av forskningskunnskap til praksis. Det tredje og siste tema er det som i-PARIHS definerer som innovasjonsspesifikke faktorer. En av disse er på hvilken måte selve kunnskapens egenskaper påvirker innovasjonen i den kontekst den skal benyttes (Harvey & Kitson, 2016).

Forskningskunnskapen adopteres ikke uten at klinikerne gjerne stiller noen kritiske spørsmål til fordelene med selve innovasjonen. Vil den gi forbedring av praksis, og i hvilken grad vil den samsvare med deres verdier og behov? Er forskningskunnskapen lett å forstå, og effekten mulig å etterprøve? (Cranley, Cummings, Profetto-McGrath, Toth, & Estabrooks, 2017). Dette belyser vi ved å drøfte innovasjon i relasjon til egenskaper ved den forskningsbaserte kunnskapen og kunnskapsbasert praksis.

7.3.1. Forskningsbasert kunnskap

Forskningsbasert kunnskap må oppfylle noen kvalitetskrav for at fysioterapeuter skal anse kunnskapen som nyttig for praksis (Ostelo et al., 2009; Scurlock-Evans et al., 2014).

Informantene peker på at kunnskapen må være relevant og nyttig. De hevder at den må bidra til å forbedre den praksis de allerede har, og den må være anvendbar i pasientenes situasjon. Informantene er tydelige på at dersom resultater fra forskning ikke kommer pasientene til gode, er det liten grunn til å implementere disse. Et sentralt punkt er her kunnskapens validitet (Egerton et al., 2016, pp. 23-25; Malterud, 2017).

Fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten har de siste 10- 15 årene fått et større ansvar for behandling av pasienter gjennom hele sykdomsforløpet (kilde samhandlingsreformen). Behandling som pasientene tidligere fikk av fysioterapeuter på sykehuset, får de i dag av fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. En og samme pasient kan ha flere diagnoser, og fysioterapeuter må ofte velge flere metoder i behandlingen (Bérubé et al., 2017). Det er også viktig å ta med i betraktningen, at pasienter gjerne bringer med seg en hel historie med både gode opplevelser og nederlag. Det er ikke gitt forskningsbasert kunnskap svarer for de utfordringer pasientene kommer med (Grimmer, Bialocerkowski, Kumar, & Milanese, 2004).

Fysioterapi i kommunehelsetjenesten har på denne måten blitt mer kompleks og forskningskunnskapen må kunne favne denne bredden. Nå er det ikke gitt at all forskning i fysioterapi har til hensikt å skulle implementeres i praksis. At den ikke er anvendbar trenger ikke å bety at den er uten relevans (Bjorbærkmo, 2014; Malterud, 2017, pp. 198-199). Likevel er det av vesentlig betydning at forskningen er praksisnær, slik at anbefalingene gjenspeiler den kompleksiteten som er i kontekst (Greenhalgh, 2018, p. 15).

Forskningsbasert kunnskap som ikke reflekterer klinisk praksis, vil ikke fremme fysioterapeutenes troverdighet, og heller ikke stimulere dem til å søke etter relevant forskning (Grimmer et al., 2004).

Informantene i vår studie hadde ved flere anledninger bidratt til å utvikle fagprosedyrer på egen arbeidsplass basert på kunnskap fra forskning. Flere av informantene viste til at de helst søkte etter forskning høyt oppe i kunnskapspyramiden, der det er mest sannsynlig å finne forskning av god kvalitet (Del Mar, Hoffmann, & Glasziou, 2017, pp. 39-40). Likevel gav de uttrykk for at det var utfordrende å vite om de kunne stole på resultatene fra

systematiske oversikter eller primærstudier. De peker her på forskningens interne validitet som essensiell for implementering til praksis.

Vi har tidligere omtalt kunnskap om søk etter forskning, og kunnskap om å kunne kritisk vurdere forskning som fasilitator for en kunnskapsbasert praksis. Produksjon av forskning innen fysioterapi har eksplodert de senere årene, og fysioterapeuter har etter hvert god tilgang på forskning som gir svar på spørsmål om effekt av metoder og tiltak. Som i annen helseforskning, er dessverre noe av forskningen av metodologisk dårlig kvalitet (Moseley, Herbert, Maher, Sherrington, & Elkins, 2011).

At informantene peker på behov for kunnskap til å vurdere kvalitet av forskning er derfor lett å forstå. I en systematisk oversikt av Bérubé viser forskerne til positiv atferdsendring hos fysioterapeuter som deltar i kunnskapstranslasjon av retningslinjer knyttet til muskel- og skjelettplager (Bérubé et al., 2017). Endringene knyttet seg til tro på egne ferdigheter og holdninger som medfører økt bruk av retningslinjer. Det paradoksale er at forskerne ikke fant positive effekter for pasientene, klinisk praksis eller økonomiske resultater. Hvorvidt mangel på signifikante effekter demper entusiasmen for å implementere forskningsbasert kunnskap i klinikken, kan vi ikke se bort ifra.

Derfor kan forskning i fysioterapi med fordel bli enda tydeligere på å beskrive den kliniske relevansen. Det bør arbeides videre med å lage gode kunnskapsoppsummeringer med tydelige graderte anbefalinger for klinisk praksis som er lett tilgjengelig i en travel arbeidshverdag. På den måten kan fysioterapeutene lettere tilegne seg forskningskunnskapen, spare tid og implementere forskningsbasert kunnskap som en del av kunnskapsbasert praksis.

7.3.2 Kunnskapsbasert praksis

«Evidence-based practice -- imperfect but necessary» (Herbert, Sherrington, Maher, & Moseley, 2001).

Kunnskapsbasert praksis er en arbeidsmetode og et virkemiddel for å oppnå god kvalitet i helsetjenestene (Jamtvedt et al., 2015, p. 11). Kunnskapsbasert praksis har sin styrke i at forskningsbasert kunnskap og fysioterapeutens erfaring sikrer beste praksis når det innlemmes i konteksten hvor brukerens preferanser og behov også tas hensyn til. Den

prosessen der klinikerer kombinerer disse fire elementene utgjør til sammen det kliniske resonnementet (Hoffmann et al., 2017, p. 4).

Vi belyser videre i oppgaven hvordan fysioterapeuter forstår kunnskapsbasert praksis og hvordan de ser sin profesjonelle rolle innenfor denne konteksten. Vi setter også søkelys på metoden kunnskapsbasert praksis relatert til de tre kunnskapskildene klinisk erfaring, brukerkunnskap og forskningsbasert kunnskap, med vekt på sistnevnte.

Informantene har lang erfaring med å arbeide kunnskapsbasert. Flere beskriver en arbeidshverdag hvor alle elementer av arbeidsverktøyet er naturlig integrert. Det kan ut fra informantenes uttalelser forstås slik at opplevelsen av å arbeide kunnskapsbasert samsvarer med en form for skreddersøm, hvor alle elementer har sin plass og mengden av de ulike elementer er i balanse. En informant legger i sin uttalelse om kunnskapsbasert praksis vekt på at hun opplever en trygghet i seg selv, har integritet, og stoler på at hun jobber kunnskapsbasert. Hun utdyper at lang klinisk erfaring og ny videreutdanning danner grunnlag for dette.

I Banduras sosialkognitive teori er dette er av de viktige determinantene, hvor personens tro på egne ferdigheter er basert på erfaringer som bekrefter at den har evnen til å mestre (Bandura, 1995, pp. 16-21). Denne troen er i henhold til teorien selvforsterkende, ved at tro og ferdighet bekrefter hverandre. Bekreftelsen på at personen arbeider kunnskapsbasert ligger da som integrerte verdier i hverdagen.

Fysioterapeuten er ansvarlig for å søke etter relevant forskning på feltet, og pasienten kommer med sine preferanser, og refleksjoner om sykdommen og konsekvenser av denne. Forskingen skal etter modellens utforming være like sentral og omfattende som den erfaringen fysioterapeuten har, og brukerens preferanser. Noen av informantene påpeker at det ikke er gitt at modellen samsvarer med hverdagen i klinikken, på bakgrunn av at elementene ikke står like sterkt.

Det er ikke gitt fysioterapeuten har klinisk erfaring på området. For pasienten kan situasjonen være helt ny, og har fravær av refleksjon om hvordan veien videre skal se ut. Er resultat fra litteratursøk om temaet mindre tilfredsstillende, kan en da kunne hevde at en arbeider kunnskapsbasert? Allerede her ser vi at arbeidsverktøyet forutsetter at alle tre elementer er representert og har sin egen verdi. Noen informanter beskriver at de har dårlig

samvittighet på bakgrunn av at de ikke jobber kunnskapsbasert om det ikke er likevekt slik som de opplever at modellen skal være.

Fysioterapeutens kliniske erfaring vil øke etter hvor mange ganger denne har undersøkt og behandlet en gitt skade. Pasientens erfaringer med samme skade er uviss, det kan være de ikke har erfaringer å bygge på. For pasienten med kroniske sykdommer derimot, kan en anta at kunnskapsgrunnet om egen kropp er bedre, som informantene beskrev i forhold til pasienter med kronisk sykdom. Her viser hun til at pasienter utvikler egen kompetanse på egen situasjon. Dette samsvarer med litteratur som viser at brukerkompetansen er en viktig determinant i kunnskapsbasert praksis (Greenhalgh, 2018, pp. 131-134; Jamtvedt et al., 2015, pp. 27-29). Fysioterapeuter bør således være oppmerksomme på at brukers kunnskaper og preferanser ikke kommer i skyggen av kunnskap fra forskning (Hoffmann et al., 2017, p. 8).

En av informantene uttrykker bekymring for at det ikke finnes nok relevant forskning innen fysioterapi for den pasientgruppen hun møter. Pasienter i kommunehelsetjenesten kan ha flere diagnoser, og fysioterapeutene gir behandling ofte over et langt sykdomsforløp fra de første symptomer på sykdom opptrer, til palliativ fase. Fysioterapeuten skal gjennom sin behandling hjelpe pasienten til å fungere og mestre sykdom i mange livsfaser og i mange av livets utfordringer.

Det er derfor et interessant funn i vår forskning når informantene så tydelig peker på at forskningen og praksis må gå hånd i hånd, som en av dem uttrykker det. En faktor som de peker på som kan bidra til å fremme bruk av forskning, er når de samarbeider med forskere om å finne relevante spørsmål i klinikken som det kan forskes på. I klartekst betyr det at en fremmer for bruk av forskningsbasert kunnskap i primærhelsetjenesten vil være å bidra til at denne oppleves relevant for fysioterapeuter i deres kunnskapsbaserte praksis.

En barriere for å overføre forskningsbasert kunnskap til praksis kan nettopp være at forskningens praksisfelt ikke reflekterer de omgivelser, omstendigheter, pasientgrupper og ressurser som kjennetegner fysioterapeutenes daglige praksis godt nok (Funabashi et al., 2012; Ostelo et al., 2009). Rothwell, gjengitt av Ostelo og medforfattere, omtaler problemet med ekstern validitet som en av de viktigste grunnene til at forskning ikke omsettes.

Forskningens eksterne validitet blir således en utfordring for fysioterapeutene som ønsker å jobbe kunnskapsbasert.

7.4 Drøfting av studiens kvalitet og metodiske tilnærming

I løpet av arbeidet med masteroppgaven har vi lært at det er mange hensyn å ta for å gjennomføre et forskningsprosjekt av god kvalitet. Vi har bestrebet oss på å være nøyaktig og transparent i alle deler av oppgaven. Vi har begrunnet vårt valg av problemstilling, og redegjort for søk etter litteratur, tidligere forskning og teoretisk bakteppe. Vi har vist hvordan vi har tatt hensyn til egen forforståelse, hvordan vi innhentet data og bearbeidet og analyserte disse.

Vi har forsøkt å være så nøyaktig som mulig ved bruk av kilder og referanser for å vise hva som er våre egne refleksjoner og meninger, og hvor vi har sitert annen forskning. Alle referanser er oppgitt i en egen litteraturliste. Videre har vi gjort rede for de etiske sidene av studien, og forklart hvordan vi har samarbeidet om å forstå og tolke resultatene som til slutt har ført oss fram til svar på problemstillingen. Denne studien har likevel flere begrensninger.

7.4.1 Studiens interne validitet

Vi gjennomførte åtte intervju med fysioterapeuter som var offentlig ansatt. Alle arbeidet i klinisk praksis, og en hadde i tillegg en funksjon som leder. Blant informantene var det ingen som arbeidet som selvstendig næringsdrivende avtalefysioterapeut i kommunen. Utvalget vårt er således begrenset både i antall og variasjon.

Dette kan være en metodisk svakhet. Fysioterapeuter som arbeider som selvstendige næringsdrivende arbeider i en annen kontekst og har større grad av selvstyre og autonomi i arbeidshverdagen. Økonomisk inntjening er i større grad avhengig av fysioterapeutens renommé, pasienttilgang og kompetansenivå. Om dette er faktorer som på noen måte påvirker bruk av kunnskap fra forskning positivt eller negativt, vet vi ikke, men kan være interessant å undersøke videre.

Implementering av forskningsbasert kunnskap kunne ha vært betraktet fra et lederspesspektiv. Ledelsen, som har et overordnet ansvar for ansatte, økonomi og tjenesteleveranse, kan ha andre erfaringer og perspektiv enn det fysioterapeutene har. Vi ser likevel at våre funn i stor grad samsvarer med funn i annen forskning, blant annet en svensk studie som har undersøkt faktorer som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap hos ledere. En dypere innsikt i likheter, forskjeller og forbindelser mellom fenomenet sett fra flere fysioterapeuters perspektiv, kunne ha ført til andre funn.

En refleksjon vi har gjort oss underveis, er at informantenes beskrivelser kan gi et for ensidig positivt inntrykk av en så komplisert prosess som det er å implementere bruk av forskningsbasert kunnskap. Vi var bevisst ute etter å rekruttere fysioterapeuter som hadde erfaringer å dele med oss der de hadde lyktes med å implementere ny kunnskap fra forskning. Kanskje kan det fort framstå slik når vi har som formål å beskrive suksessfaktorer i stedet for å beskrive hemmere, som litteraturen ofte trekker fram. Derfor har vi hatt ekstra fokus på å se etter overraskende eller avvikende funn.

Denne studien tar for seg et tema som vi kjenner godt. Som fysioterapeuter har vi begge god kunnskap om faget og lang erfaring fra kommunehelsetjenesten. Metodisk sett kan vår kunnskap om studiens tema ha vært både en svakhet og en styrke som har påvirket forståelsen av funnene våre.

Informantene fikk informasjon om at vi var studenter ved masterutdanning i kunnskapsbasert praksis og utdannet som fysioterapeuter. Det kan være en fare for at informantene svarte på spørsmål ut fra hva de tror at vi ønsket å få av svar, og gjerne ubevisst ville gi et godt bilde av seg selv som fysioterapeut og av egen arbeidsplass. Svarene kan ha reflektert hva de ønsker å gjøre i tillegg til hva de faktisk gjør. Men alt i alt, tror vi at informantene hverken hadde noe å vinne eller å tape ved å svare ærlig og oppriktig, noe vi oppfattet at de gjorde.

Ved transkribering av de første intervjuene oppdaget vi at vår forforståelse gjorde at vi stilte noen ledende spørsmål, og svarene til en viss grad ble lagt i informantens munn. Disse svarene er derfor ikke tatt med videre i analysen.

På en annen side ser vi at vår bakgrunn som fysioterapeuter og vår faglige kunnskap også kan være en metodisk styrke. Kunnskap om temaet gjorde det mulig å stille gode

oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene. Vi synes vi fikk god kontakt med informantene våre, på tross av digital avstand, uten å miste fokus på vår rolle som intervjuere og forskere.

Koronapandemien satte en stopper for å gjennomføre intervjuene som fysiske møter.

Digitale intervju kan ha ført til at vi ikke har fanget opp ikke-verbale uttrykk, som kan ha betydning for tolking av funn, like godt som ved et fysisk møte. Vårt tema var heldigvis ikke så sensitivt, det hadde dessuten en positiv innfallsvinkel ved å betrakte suksessfaktorer på en arbeidsplass. Den digitale teknikken fungerte også fint. Vi mener derfor at vi ikke mistet noen fasetter ved funnene av vesentlig betydning ved å gjennomføre digitale intervju. Tvert imot bidro dette til at det var lettere å få gjennomført intervjuene i tråd med framdriftsplanen. Det sparte oss for reisetid og det var lettere for informantene å endre avtalte tidspunkt midt i en uforutsigbar pandemisituasjon.

De første intervjuene vi gjennomførte bar preg av vår manglende erfaring som forskere. Vi gjorde derfor fort noen endringer i intervjuguiden ved å lage et ark med utdypende spørsmål som en huskeliste til oss selv. Likevel er det en svakhet med studien at vi ikke utforsket informantenes forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis like grundig som vi utforsket forståelsen av begrepet forskningsbasert kunnskap. Dette kunne gitt enda flere nyanser til funnene.

7.4.2 Studiens eksterne validitet

Vi har vist til at større utvalgsbredde kunne ha gitt andre funn og nyanser i funnene. Vi har tidligere pekt på kontekst sin betydning for implementering av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. Derfor kan vi ikke ta det for gitt at funnene er overførbare til fysioterapeuter som arbeider i andre omgivelser med andre rammer som for eksempel fysioterapeuter i privat praksis eller i spesialisthelsetjenesten.

Det faktum at funnene i vårt forskningsmateriale kan tolkes ved hjelp av teori og har støtte i annen relevant forskning, kan likevel gi funnene troverdighet. Vi har forsøkt å gi rikholdige og spesifikke beskrivelser av funnene for at kunnskapen skal kunne ha nytteverdi for andre. Til slutt vil vi derfor overlate til leseren, på grunnlag av våre kontekstuelle beskrivelser, å vurdere om resultatene er overførbare til en ny situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 289-294).

8. Oppsummering og konklusjon

Studiens hensikt har vært å få en dypere forståelse av faktorer som fremmer bruk av forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis blant fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Bruk av forskningsbasert kunnskap kan bidra til at fysioterapeuter arbeider i tråd med kunnskapsbasert praksis.

Fysioterapeuter har stadig bedre tilgang på relevant forskningsbasert kunnskap med god kvalitet. Utfordringen er å ta i bruk kunnskapen som en del av det kliniske beslutningsgrunnlaget. Ved å benytte en kvalitativ metode og intervju av åtte fysioterapeuter har vi identifisert 12 elementer som kan fremme bruk av forskningsbasert kunnskap. Med støtte i implementeringsmodellen i-PARIHS har vi kategorisert disse elementene i tre tema; den kontekst fysioterapeutene arbeider i, innovasjonens kvaliteter og elementer som kan relateres til fysioterapeutene. Vi oppfatter det slik at de 12 elementene opptrer i relasjon til hverandre, men har ulik tyngde og verdi for å støtte fysioterapeuter i implementering av forskningsbasert kunnskap.

Studiens funn viser at ledelsens egenskaper virker inn på i hvilken grad fysioterapeuter tar i bruk kunnskap fra forskning. En tydelig og anerkjennende ledelse, som er opptatt av faglig utvikling, og evner å trekke fysioterapeutene med i et samarbeid, motiverer fysioterapeutene. Å være en del av en lærende organisasjon som er opptatt av ny kunnskap og utvikling på alle nivå, gir fysioterapeutene mulighet til videreutdanning, og derved nødvendig kunnskap om søk etter forskning, og kunne kritisk vurdere forskning slik at de lettere tar den i bruk i kliniske praksis. Vi har vist til at fysioterapeutene må ha visse basisferdigheter som å kunne lese engelsk, gjennomføre litteratursøk og kunne vurdere forskningens relevans.

Når andre kollegaer har en positiv holdning til forskningsbasert kunnskap og vilje til endring av praksis, kan det skape en arbeidskultur som gjør at fysioterapeutene lettere deler ny kunnskap med hverandre.

Selv om kunnskapsbasert praksis har vært en del av norsk helsetjeneste de siste 20 årene, kan det tyde på at fysioterapeutene legger ulike forståelser til grunn for hva det innebærer å arbeide kunnskapsbasert. Hvis de tre kunnskapselementene forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og brukerkunnskap blir betraktet som å utfordre hverandre, kan det tyde på at kunnskapsbasert praksis blir vanskelig å forholde seg til. Når elementene derimot oppfattes som likeverdige kunnskapskilder, gitt den kontekst som pasient og fysioterapeut står ovenfor, kan det tyde på at kunnskapsbasert praksis lettere får plass i praksis. Derfor er det fortsatt behov for å «pakke ut» begrepet kunnskapsbasert praksis for å forstå det bedre i relasjon til fysioterapeutenes omgivelser.

Kommunehelsetjenestens oppgaver er ofte komplekse og sammensatte. Forskningsbasert kunnskap bør være praksisnær og treffe de spørsmål som klinikerne møter på i praksis. Nettverksbygging med forskere kan spille en viktig rolle for å sikre at kommunehelsetjenesten ikke bare blir forsket både på, men også i. Med dette mener vi at kommunehelsetjenesten kan ha en aktiv rolle i forskningssamarbeid, og gjerne bidra til å initiere denne internt og eksternt. Hvis arbeidsplassen utpeker fysioterapeuter som brobyggere, kan disse bygge bro mellom forskning og praksis, og mellom kolleger internt på arbeidsplassen.

I klinisk praksis er tidsaspektet relevant. Ventelistene er lange, og oppgavene er mange. Tid er en faktor som er vanskelig å sette i relasjon til implementering av forskningsbasert kunnskap. På tross av bedre digitale arbeidsverktøy, lettere tilgang til databaser med oppsummert forskning, og økt kunnskap blant fysioterapeuter, er det knapphet på tid. Tiden blir, akkurat som tilgang på fysioterapitjenester, et knapphetsgode i en travel arbeidshverdag. Fysioterapeuter og ledere bør diskutere hvordan de venter verdien av tid, og opparbeide en felles forståelse av hva som er nødvendig tid for å utøve kunnskapsbasert praksis. Å investere i tilstrekkelig tid for å bygge en god endringskultur kan gi muligheter for at fysioterapeutene tilegner seg nødvendig kunnskap som på lang sikt være en meget god investering. Slik å forstå at investering i tid på kort sikt, kan gi avkastning i form av spart tid på lang sikt.

Vi erkjenner at det er flere faktorer som kan fremme bruk av kunnskap fra forskning, enn de vi har pekt på her. Å identifisere alle disse lå langt utenfor den hensikt vi hadde med vår masteroppgave. Med støtte i våre funn, tidligere forskning og rammeverksmodellen

i-PARIHS trekker vi til slutt fram 5 anbefalinger. Disse kan fungere som råd til ledere og fysioterapeuter som ønsker å implementere forskningsbasert kunnskap i kommunehelsetjenesten.

1. Investere i tid
2. Investere i kultur som fremmer en lærende organisasjon
3. Investere i kunnskap om kunnskapsbasert praksis
4. Investere i brobyggere
5. Investere i nettverksamarbeid mellom forskere, klinikere og ledere

Basert på de forutsetningene og de strategiene vi har pekt på, antar vi at det vil være mulig for fysioterapeuter å ta i bruk forskningsbasert kunnskap i enda større grad, samt å integrere denne kunnskapen sammen med brukerkunnskap og kliniske erfaring.

Det er fortsatt områder innenfor dette feltet som fysioterapeuter og forskere bør se nærmere på. Å utforske likheter, forskjeller og forbindelser mellom fenomenet sett fra kommunale fysioterapeuters, fysioterapilederes og avtalefysioterapeuters perspektiv, kan gi nye svar. Nye kunnskapsbidrag til fysioterapeuter i primærhelsetjenesten kan også forsterke bruk av kunnskapsbasert praksis.

Forskningsmetoder som kombinerer undersøkelser av fysioterapeuters erfaringer sammen med observasjonsstudier eller spørreundersøkelser, kan gi en dypere forståelse av hva som skal til for at fysioterapeuter implementerer forskningsbasert kunnskap som en integrert del av sin virksomhet.

Videre kan det være et behov for å utforske om økonomiske insentiver kan bidra til å bygge bro mellom kunnskap fra forskning til klinikken.

9. Referanseliste

- Arntzen, E. (2007). *En forutsigbar helsetjeneste: Kvalitet og orden i eget hus* (1. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Avgerinou, C., Kotsani, M., Gavana, M., Andreou, M., Papageorgiou, D.-I., Roka, V., . . . Smyrnakis, E. (2021). Perceptions, attitudes and training needs of primary healthcare professionals in identifying and managing frailty: a qualitative study. *European Geriatric Medicine*, *12*(2), 321-332. doi:10.1007/s41999-020-00420-0
- Bandura, A. (1995). *Self- Efficacy in Changing Societies*: Cambridge University Press.
- Bekkering, G. E., Engers, A. J., Wensing, M., Hendriks, H. J. M., van Tulder, M. W., Oostendorp, R. A. B., & Bouter, L. M. (2003). Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, *49*(3), 208-214. doi:10.1016/s0004-9514(14)60240-3
- Bernhardsson, S., Lynch, E., Dizon, J. M., Fernandes, J., Gonzalez-Suarez, C., Lizarondo, L., . . . Grimmer, K. (2017). Advancing Evidence-Based Practice in Physical Therapy Settings: Multinational Perspectives on Implementation Strategies and Interventions. *Physical Therapy*, *97*(1), 51-60. doi:10.2522/ptj.20160141
- Bernhardsson, S., Öberg, B., Johansson, K., Nilsen, P., & Larsson, M. E. H. (2015). Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *21*(6), 1169-1177. doi:10.1111/jep.12380
- Bérubé, M.-È., Poitras, S., Bastien, M., Laliberté, L.-A., Lacharité, A., & Douglas, P. G. (2017). Strategies to translate knowledge related to common musculoskeletal conditions into physiotherapy practice: A systematic review. *Physiotherapy*, *104*(1), 1-8. doi:10.1016/j.physio.2017.05.002
- Bjorbærkmo, W. S. (2014). Forskning og praksis hånd i hånd - mål eller utopi? : tanker om forskningens betydning for praksis- og vice versa. <http://www.fysioterapeuten.no/>, *81*, 26-28.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2015). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (Vol. 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Booth, A. (2017). Finding the evidence. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed. ed.). Chatswood, N.S.W: Elsevier.
- Chalmers, I., & Nylenna, M. (2014). A new network to promote evidence-based research. *Lancet*, *384*(9958), 1903-1904. doi:10.1016/S0140-6736(14)62252-2
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L., & Tremblay, É. (2010). Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature: Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas. *The Milbank quarterly*, *88*(4), 444-483. doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00608.x
- Cranley, L. A., Cummings, G. G., Profetto-McGrath, J., Toth, F., & Estabrooks, C. A. (2017). Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: a scoping review. *BMJ Open*, *7*(8), e014384-e014384. doi:10.1136/bmjopen-2016-014384
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.

- Dannapfel, P., Peolsson, A. Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapist`use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science*, 8, 13. doi:10.1186/1748-5908-8-31
- Dannapfel, P., & Nilsen, P. (2016). Evidence-Based Physiotherapy Culture—The Influence of Health Care Leaders in Sweden. *Open Journal of Leadership*, 05(03), 51-69. doi:10.4236/ojl.2016.53006
- Dannapfel, P., Peolsson, A., & Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implement Sci*, 8(1), 31-31. doi:10.1186/1748-5908-8-31
- Del Mar, C., Hoffmann, T., & Glasziou, P. (2017). Information needs, asking questions, and some basics of research studies. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed. ed.). Chatswood, N.S.W: Elsevier.
- Denis, J.-L., & Lehoux, P. (2013). Organizational theories. In I. D. Graham, S. E. Straus, & J. Tetroe (Eds.), *Knowledge translation in health care : moving from evidence to practice* (2nd ed. ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Dickersin, K., Straus, S. E., & Bero, L. A. (2007). Evidence based medicine: increasing, not dictating, choice. *BMJ*, 334(suppl 1), s10-s10. doi:10.1136/bmj.39062.639444.94
- Egerton, T., Diamond, L. E., Buchbinder, R., Bennell, K. L., & Slade, S. C. (2016). A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 25(5), 625-638. doi:10.1016/j.joca.2016.12.002
- Eggen, R., Tjensvoll, K., & Nylenna, M. (2014). Examining the use of an open digital health library for professionals. *JMIR Res Protoc*, 3(4), e66-e66. doi:10.2196/resprot.3820
- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis : snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? : Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø.*
- Engbretsen, E., Vøllestad, N. K., Wahl, A. K., Robinson, H. S., & Heggen, K. (2015). Unpacking the process of interpretation in evidence-based decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 529-531. doi:10.1111/jep.12362
- FHI Folkehelseinstituttet. Helsebiblioteket.no. Fysio- og ergoterapi. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fysio-og-ergoterapi>
- Flottorp, S. A., Eivind. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 10.
- Forskningsrådet. (2021). *Ut av blindsonen. Strategi for et samlet kunnskapsløft for utsatte barn og unge.* Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/684c7b0479b84e74bd37a91009769b6f/bu21strategi-ut-av-blindsonene.pdf>
- Funabashi, M., Warren, S., & Kawchuk, G. N. (2012). Knowledge exchange and knowledge translation in physical therapy and manual therapy fields: barriers, facilitators and issues. *Physical Therapy Reviews*, 17(4), 227-233. doi:10.1179/1743288X12Y.0000000016
- Fysioterapeutforbund, N. (2018). Kapittel 15. Historie. *Norsk Fysioterapeutforbunds historie 1936–2016 i tekst og bilder. Historiske fakta fra forbundets første 80 år.* Retrieved from <https://fysio.no/Historie/Kapittel-15>

- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, *13*(1), 117-117. doi:10.1186/1471-2288-13-117
- Graham, I. D., Straus, S. E., & Tetroe, J. (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2. ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Greenhalgh, T. (2018). *How to implement evidence-based healthcare*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Grimmer, K., Bialocerkowski, A., Kumar, S., & Milanese, S. (2004). Implementing evidence in clinical practice: The 'therapies' dilemma. *Physiotherapy*, *90*(4), 189-194. doi:10.1016/j.physio.2004.06.007
- Grol, R., Ouwens, M., & Wollersheim, H. (2013). Planning and organizing the change process In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Eds.), *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2 ed.). Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Grol, R., & Wensing, M. (2013). Implementation of change in healthcare: a complex problem. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Eds.), *Improving Patient Care* (pp. 363). UK: Wiley Blackwell.
- Grol, R., Wensing, M., Bosch, M., Hulscher, M., & Eccles, M. (2013). Theories on implementation of change in healthcare. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Eds.), *Improving Patient Care. The implementation of change in health care* (pp. 18-39). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2013). Economic and policy strategies for implementation of change. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Eds.), *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2 ed.). Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Hargreaves, A. (1994). *Lærerarbeid og skolekultur* (K. M. Torbjørnsen, Trans.): Ad Notam Gyldendal.
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci*, *11*(1), 33-33. doi:10.1186/s13012-016-0398-2
- Helsepersonelloven- hpl, LOV-1999-07-02-64 C.F.R. (2001).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale*. Oslo Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1334>
- Helse- og omsorgstjesteoven - hol, LOV-2011-06-24-30 C.F.R. (2011).
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven), LOV-2008-06-20-44 C.F.R. (2009).
- Herbert, R. D., Sherrington, C., Maher, C., & Moseley, A. M. (2001). Evidence-based practice -- imperfect but necessary. *Physiotherapy Theory and Practice*, *17*(3), 201-211. doi:10.1080/095939801317077650
- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2017). Introduction to evidence-based practice. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed. ed.). Chatswood, N.S.W: Elsevier.

- Hutchinson, A. M., & Estabrooks, C. A. (2013). Cognitive psychology theories of change in provider behavior. In I. D. Graham, S. E. Straus, & J. Tetroe (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2. ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Hylland Eriksen, T. (2001). *Øyeblikkets tyranni*: Aschehoug Forlag.
- Ioannidis, J. P. A. P., Greenland, S. P., Hlatky, M. A. P., Khoury, M. J. M. D., Macleod, M. R. P., Moher, D. P., Tibshirani, R. P. (2014). Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet*, 383(9912), 166-175. doi:10.1016/S0140-6736(13)62227-8
- Jamtvedt, G., Dahm, K. T., Holm, I., & Flottorp, S. (2008). Measuring physiotherapy performance in patients with osteoarthritis of the knee: a prospective study. *BMC Health Services Research*, 8(1), 145-145. doi:10.1186/1472-6963-8-145
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Janet, K. F., Timothy, S. C., & George, M. H. (2011). Physical Therapy for Chronic Low Back Pain in North Carolina: Overuse, Underuse, or Misuse? *Physical Therapy*, 91(4), 484-495. doi:10.2522/ptj.20100281
- Kumar, S., Sisodia, V., & Kumar, A. (2013). Evidence base for physiotherapy/physical therapy: A specialty-based quantitative trend analysis of articles. *Saudi Journal for Health Sciences*, 2(1), 23-30. doi:10.4103/2278-0521.112627
- Kunnskapsdepartementet. (2020, 12.10). Etikk i forskningen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Murray, E. (2016). Achieving change in primary care--causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implement Sci*, 11(1), 40-40. doi:10.1186/s13012-016-0396-4
- Lègarè, F., & Zhang, P. (2013). Barriers and facilitators. In I. D. Graham, S. E. Straus, & J. Tetroe (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2. ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lund, H., Juhl, C. B., Nørgaard, B., Draborg, E., Henriksen, M., Andreasen, J., Robinson, K. A. (2021). Evidence-Based Research Series-Paper 2 : Using an Evidence-Based Research approach before a new study is conducted to ensure value. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 158-166. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.07.019
- Malterud, K. (2002). Qualitative methods in medical research--preconditions, potentials and limitations. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed. Vol. 4). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444

- Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd*. Oslo Retrieved from https://www.uio.no/om/samarbeid/samfunn-og-naringsliv/shhu/moter/innkallinger/2013/310513/meldst13_2011_2012utdanning_for_velferd_samspil_praksis.pdf
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Moseley, A. M., Elkins, M. R., Janer-Duncan, L., & Hush, J. M. (2014). The Quality of Reports of Randomized Controlled Trials Varies between Subdisciplines of Physiotherapy. *Physiotherapy Canada, 66*(1), 36-43. doi:10.3138/ptc.2012-68
- Moseley, A. M., Herbert, R. D., Maher, C. G., Sherrington, C., & Elkins, M. R. (2011). Reported quality of randomized controlled trials of physiotherapy interventions has improved over time. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(6), 594-601. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.08.009
- Mota da Silva, T., da Cunha Menezes Costa, L., Garcia, A. N., & Costa, L. O. P. (2014). What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Manual Therapy, 20*(3), 388-401. doi:10.1016/j.math.2014.10.009
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci, 10*(1), 53-53. doi:10.1186/s13012-015-0242-0
- Nilssen, V. (2014). *Analyse i kvalitative studier* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk fysioterapeutforbund. (2012). Hva er fysioterapi?- utdypet. Retrieved from <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2018a). Historie. Kapittel 15 videreutdanning. *Norsk Fysioterapeutforbunds historie 1936–2016 i tekst og bilder. Historiske fakta fra forbundets første 80 år*. Retrieved from <https://fysio.no/Historie/Kapittel-15>
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2018b). Kapittel 17. Forskning innen fysioterapien. *Norsk Fysioterapeutforbunds historie 1936–2016 i tekst og bilder. Historiske fakta fra forbundets første 80 år*. Retrieved from <https://fysio.no/Historie/Kapittel-17>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2021). Forbundssiden. Retrieved from <https://fysio.no/Forbundsforbundsiden>
- Norsk senter for forskningsdata. NSD. Retrieved from <https://www.nsd.no/>
- Nylenna, M. P., Eiring, Ø. M. D., Strand, G. B., & Røttingen, J.-A. M. D. (2010). Wiring a nation: putting knowledge into action. *Lancet, 375*(9719), 1048-1051. doi:10.1016/S0140-6736(09)61832-8
- Olsen, N. R., Lygren, H., Espehaug, B., Nortvedt, M. W., Bradley, P., & Bjordal, J. M. (2014). Evidence-based Practice Exposure and Physiotherapy Students' Behaviour during Clinical Placements: A Survey. *Physiotherapy Research International, 19*(4), 238-247. doi:10.1002/pri.1590
- Ostelo, R. P. T. P., Croft, P. M. D. P., van der Weijden, T. P., & van Tulder, M. P. (2009). Challenges in using evidence to inform your clinical practice in low back pain. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology, 24*(2), 281-289. doi:10.1016/j.berh.2009.12.006
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice* (4. ed.). Los Angeles, Calif: Sage.

- Personopplysningsloven, LOV-2018-06-15-38 C.F.R. (2018).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Quinn, E., Mitton, C., & Ward, J. (2013). Economic evaluation of knowledge translation interventions. In I. D. Graham, S. E. Straus, & J. Tetroe (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2. ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Rycroft-Malone J, B. T. (2010). *Models and Frameworks for Implementing Evidence- Based Practice*. UK: Wiley Blackwell.
- Røykenes, K. (2009). Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien forskning (Oslo)*(4), 224-226. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0081
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (2007). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 455, 3-5.
- Sahin, I. (2006). Detailed review og Rogers`Diffusion of Innovations Theory and Educational Tecknology- Related Studies based on Rogers`Theory. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 5(2), 9.
- Salsberg, J., & Macaulay, A. C. (2013). Linkage and exchange interventions. In I. D. Graham, S. E. Straus, & J. Tetroe (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2. ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2002). Finding the Findings in Qualitative Studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 213-219. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00213.x
- Santrock, J. W. (1997). *Life-Span Development* (Sixth edition ed.): WBC/McGraw- Hill.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. T. O., & Marshall, M. N. (2003). Implementing culture change in health care: Theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 111-118. doi:10.1093/intqhc/mzg021
- Scurlock-Evans, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: A systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*, 100(3), 208-219. doi:10.1016/j.physio.2014.03.001
- Severens, J. L., Hoomans, T., Adang, E., & Wensing, M. (2013). Economic evaluation of implementation strategies. In R. Grol, M. Wensing, M. Eccles, & D. Davis (Eds.), *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2 ed.). Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Stander, J., Grimmer, K., & Brink, Y. (2021). Time as a barrier to evidence uptake-A qualitative exploration of the concept of time for clinical practice guideline uptake by physiotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(2), 280-290. doi:https://dx.doi.org/10.1111/jep.13397
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (Vol. 1). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (Vol. 2). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2020). Glimt fra norsk fysioteraphistorie del 3: Den gang da, hva nå? *Fysioterapeuten*, 38-41.

Tjønneland, E. (2019, 03102019). Francis Bacon (filosof). Retrieved from https://snl.no/Francis_Bacon_-_filosof

Tuntland, H. (2009). Betragtninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis.

Universitetet i Oslo. (2021, 01.03.2021). Fysioprim. Retrieved from <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>

Zidarov, D., Thomas, A., & Poissant, L. (2013). Knowledge translation in physical therapy: from theory to practice. *Disability and Rehabilitation*, 35(18), 1571-1577.
doi:10.3109/09638288.2012.748841

10. Vedlegg

Vedlegg 1. Dokumentasjon av litteratursøk 20.02.2020

S6	(physical therapy or physiotherapy or physical therapist* or physiotherapist*)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	70,879
S5	(MH "Physical Therapists")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	10,874
S4	(MH "Physical Therapy+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	127,703
S3	(MH "Professional Practice, Evidence-Based")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	24,212
S2	(MH "Professional Practice, Research-Based")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,000
S1	(MH "Physical Therapy Practice, Research-Based")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	61

S15	S12 OR S13 OR S14	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	659,500
S14	MM "Community Health Services"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	12,219
S13	(MH "Community Health Centers")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	5,592
S12	(MH "Primary Health Care") or (primary or community or clinical practice or point of care)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	659,500
S11	S1 OR S9 OR S10	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3,897
S10	(MH "Physical Therapy Practice, Evidence-Based")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,440
S9	S7 AND S8	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,461
S8	S4 OR S5 OR S6	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	159,833
S7	S2 OR S3	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	26,117

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S23	S8 AND S15 AND S20	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	625
S22	S7 AND S15 AND S20	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	968
S21	S11 AND S15 AND S20	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	164
S20	(knowledge translation or knowledge exchange or scientific evidence or research evidence or research use or research knowledge or research-based or research-informed or knowledge broker*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	50,993
S19	S1 AND S15	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	12
S18	S16 AND S17	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	26
S17	(MH "Professional Knowledge+") OR "knowledge translation"	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	21,022
S16	S11 AND S15	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	773

Litteratursøk gjennomført 21.04.2021

- 1 exp Professional Practice/ (255791)
- 2 exp Physical Therapy Modalities/ (159121)
- 3 exp Physical Therapists/ (2120)
- 4 (physical therapy or physiotherapy or physical therapist* or physiotherapist*).ti,ab. (48117)
- 5 2 or 3 or 4 (187837)
- 6 1 and 5 (2221)
- 7 exp Primary Health Care/ (167096)
- 8 exp Community Health Services/ (311113)
- 9 (primary health care or community health or clinical practice or point of care).ti,ab. (267779)
- 10 7 or 8 or 9 (696163)
- 11 5 and 10 (9461)
- 12 6 or 11 (11188)
- 13 Translational Medical Research/ (11533)
- 14 (knowledge translation or knowledge exchange or scientific evidence or research evidence or research knowledge or researchbased or researchinformed or knowledge broker* or implementation or knowledge transfer).ti,ab. (296636)
- 15 implementation science/ (666)
- 16 13 or 14 or 15 (306497)
- 17 12 and 16 (946)
- 18 11 and 16 (861)
- 19 limit 18 to yr="2019 -Current" (208)

Hva erfarer fysioterapeuter som viktige forutsetninger, for bruk av forskningskunnskap i klinisk praksis i primærhelsetjenesten?

Intervjuguide til fysioterapeut i NN kommune

Introduksjon

Fysioterapeuter som jobber i primærhelsetjenesten står daglig i situasjoner der dere må ta faglige beslutninger som har betydning for pasienters behandling. Det kreves at disse beslutningene er basert på kvalitet og en kunnskapsbasert praksis.

I kunnskapsbasert praksis (vise modellen av KBP) utgjør erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og evidensbasert kunnskap/forskingskunnskap selve kunnskapsgrunnlaget.

Vi er interessert i å finne ut av hva du erfarer som viktige forutsetninger, altså hva du erfarer, som kan fremme å ta i bruk denne forskningsbaserte kunnskapen i din klinisk praksis/ på ditt arbeidssted.

Innledende spørsmål

Hvordan forstår du med begrepet forskningsbasert kunnskap?

Temaspørsmål

1. Bruk av forskningsbasert kunnskap

Kan du beskrive hvordan forskningskunnskap anvendes på din arbeidsplass?
(For eksempel i utarbeidelse av nye tiltak, fagprosedyrer, fagmøter mm)

2. Erfaringer med bruk av forskningskunnskap

Kan du fortelle meg om en av dine personlige/egne erfaringer der du har hatt nytte av forskningskunnskap i din praksis?

Kan du beskrive en situasjon så detaljert som mulig som innebar at du fikk til / lyktes med å bruke forskningsbasert kunnskap?

Hva var det som gjorde at du fikk dette til?

Kan du gi flere eksempler på dette?

3. Forutsetninger for bruk av forskningskunnskap

Hvis du ser dine erfaringer litt sånn under ett: Hva opplever som viktige forutsetninger for at du lykkes med dette? Er det her noen fellesnevner du vil trekke fram?

Hvilke råd har du til andre fysioterapeuter som ønsker å få til noe tilsvarende som du og din arbeidsplass har gjennomført?

Avslutning

Helt til slutt ; har du noe annet du vil tilføye?

Tilleggsspørsmål: - en kunst i aktiv lytting :)

1. Kan du si noe mere om akkurat det...?
2. Hva tenkte du da?
3. Kan du utdype dette, komme med eksempler?
4. Har du flere eksempler på dette?
5. Hvordan tror du at dine kolleger tenker om dette med å benytte forskningsbasert kunnskap i jobben?
6. Hvordan gikk du fram da?
7. Du mener altså at.....
8. Er det riktig å si at.....
9. Kan uttrykket dekke det du nå har sagt:
10. Kan du gi konkrete eksempler på forskningsbasert kunnskap -
11. På hvilken måte kan din egen motivasjon påvirke bruk av forskningsbasert kunnskap i praksis?

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt.

Erfaringer med anvendelse av forskningskunnskap blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. En kvalitativ utforskende studie.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaring med anvendelse av forskningskunnskap. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

Formål med prosjektet

Fysioterapeuter i kommunen står daglig i situasjoner der de tar faglige beslutninger som har betydning for pasientenes behandling. Samtidig kreves det at fysioterapeutene skal basere disse beslutningene på en forsvarlig og kunnskapsbasert praksis. En kunnskapsbasert praksis (KBP), betyr at undersøkelse, behandling og evaluering skal bygge på den best tilgjengelige, valide og relevante forskning, fysioterapeutenes ekspertise og pasientenes erfaring og verdier.

Formålet med denne studien er å utforske fysioterapeuters erfaring med å ta i bruk og benytte forskningsbasert kunnskap i praksis. Basert på disse erfaringene vil vi finne ut hvilke faktorer som kan fremme bruk av forskningsbasert kunnskap for å forbedre bruk av kunnskapsbasert praksis blant fysioterapeuter.

Hvem er ansvarlig for prosjektet

Høgskolen ved Vestlandet (HVL), Senter for kunnskapsbasert praksis, ved professor II Benedicte Carlsen (Benedicte.Carlsen@uib.no) er ansvarlig for prosjektet. Det er en del av mastergradstudiet i Kunnskapsbasert praksis for mastergradsstudentene Einar Egenberg og Tove Bergan.

Hvorfor får du spørsmål om å delta

I studien ønsker vi å intervju fysioterapeuter som har erfaring med bruk av forskningskunnskap gjennom arbeid med å utvikle nye tjenester/tiltak, utvikle prosedyrer og retningslinjer, deltar i forskningsprosjekt, eller har delte stillinger mellom forskning og praksis. Forespørsel om deltagelse i prosjektet har gått til ledelsen på ditt arbeidsted som har videresendt informasjon til aktuelle ansatte om mulighet for deltagelse i prosjektet.

Hva innebærer deltagelse i prosjektet

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du samtykker, vil du bli kontaktet igjen for å delta i et intervju. Intervjuet tar utgangspunkt i en intervjuguide og ledes av masterstudent. Det vil finne sted på din arbeidsplass eller på et kontor like i nærheten, og ha en varighet på maksimalt 60 minutter. Det vil bli brukt lydopptaker og det blir gjort enkle notater av den som leder intervjuet.

Fokuset for intervjuet vil være å få fram dine erfaringer med bruk av forskningskunnskap i praksis. Det kan være gjennom arbeid med å utvikle nye tjenester/tiltak, utvikle prosedyrer og rutiner, deltagelse i forskningsprosjekt eller hvis du har delte stillinger mellom forskning og praksis.

Ditt personvern. Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Det er kun veileder professor Benedicte Carlsen og mastergradsstudentene Einar Egenberg og Tove Bergan som har tilgang til opplysningene som hentes inn. Alle har taushetsplikt og opplysninger som kommer fram om deg behandles konfidensielt og i samsvar med personvernreglementet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen liste. Øvrige data oppbevares isolert fra disse på et lukket lagringsområde på forskningsserveren til Høgskolen på Vestlandet.

Resultatene fra studien vil bli gjort kjent gjennom masteroppgaven, og senere sannsynlig gjennom publisering i tidsskrift. Det vil ikke være mulig å finne opplysninger som kan spores tilbake til deg. Datamaterialet vil bli anonymisert etter prosjektslutt 30.06.21 ved at disse blir aidentifisert og lydopptakene slettes. Datamaterialet vil bli oppbevart etter prosjektslutt 30.06.21 for senere bruk i forskning. Det vil ikke være mulig å finne opplysninger som kan spores tilbake til deg, da dataene blir aidentifisert og lydopptakene blir slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger, og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Godkjenning

På oppdrag fra Høgskolen på Vestlandet har Norsk senter for forskningsdata AS, NSD, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Videre informasjon

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter kan du kontakte følgende:

- Høgskolen på Vestlandet ved professor Benedicte Carlsen, (Benedicte.Carlsen@uib.no)
- Vårt personvernombud, (personvernombod@hvl.no), tel. 55587682
- NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, (personverntjenester@nsd.no), tel. 55582117

Med vennlig hilsen

Benedicte Carlsen
Veileder og prosjektansvarlig

Einar Egenberg og Tove Bergan
Mastergradsstudenter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt, og forstått informasjonen om forskningsprosjektet «Erfaring med anvendelse av forskningskunnskap blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. En kvalitativ utforskende studie», og ønsker å delta i dette. Jeg har fått anledning til å stille spørsmål.

- Jeg samtykker til å delta i intervju (sett kryss):
- Jeg samtykker til å bli kontaktet på nytt for å utdype tema som er kommet fram i løpet av intervjuet (sett kryss):
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 30.06.2021 (sett kryss):

Jeg kan når som helst trekke meg fra studien.

Dato:

Signatur prosjektdeltager:

E-post:

Telefonnummer:

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer med anvendelse av forskningskunnskap blant fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. En kvalitativ utforskende studie.

Referansenummer

918026

Registrert

29.01.2020 av Einar Alfred Egenberg - 996398@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Senter for kunnskapsbasert praksis

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Benedicte Carlsen, Benedicte.Carlsen@uib.no, tlf: 05249887

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tove Bergan, tove.bergan@bergen.kommune.no, tlf: 99589910

Prosjektperiode

01.01.2020 - 30.06.2021

Status

30.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

30.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 30.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er fysioterapeuter, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes Helleland
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)