



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.:	408
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	34780
----------------------	-------

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: 4
**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



MASTEROPPGÅVE

Ein kvalitativ studie utført i Helse Førde for å kartlegge og sette fokus på kunnskapsbasert praksis.

A qualitative study conducted in Helse Førde to map and focus on knowledge-based practice.

Marny Alice Solhaug Pettersen

Master i Kunnskapsbasert praksis i helsefag
Høgskulen på Vestlandet

Veiledere: Benedicte Carlsen, UiB, og Trine-Lise Dræge Steinskog, HVL.

Innleveringsdato 14/5-2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

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

Forord

Då eg begynte på masterstudiet var kunnskapsbasert praksis ukjent territorium for meg. Gjennom utdanninga blei eg nysgjerrig på korleis føretaket eg er tilsett i jobbar med kunnskapsbasert praksis, og ville finne meir ut av det.

Arbeidet med masteroppgåva har vore prega av mykje hovudbry og stunder der eg vurderte å gi opp. Men eg har lært så mykje som eg ikkje ville vore forutan! Eg er stolt av yrket mitt og jobben som fagutviklingssjukepleiar, og ynskjer det beste for pasientane via fagleg utvikling hos pleiepersonalet. Gjennom masteroppgåva har eg fått eit grundigare blikk inn i faget sjukepleie, og utviklinga som har vært rundt kunnskapsbasert praksis. Eg har også fått innblikk i Helse Førde sitt overordna fokus på kunnskapsbasert praksis, og håpar at oppgåva skildrar både det godt etablerte og områda med forbettringspotensiale.

Koronasituasjonen gjorde det utfordrande å gjennomføre dei intervjua eg hadde planlagt, men heldigvis prioriterte toppleiarar og sjukepleieleiarar i føretaket å delta tross alt dei stod i. Eg er djupt takknemleg for at dei stilte opp og bidrog med deira erfaringar og tankar inn i oppgåva mi! Eg håpar noko av det eg har funne kan bidra inn i den viktige rolla dei har med implementering av kunnskapsbasert praksis.

Mange har heia på meg, og motivert meg til å stå på.

Eg vil takke

-veileidarane mine Benedicte og Trine-Lise for konstruktive tilbakemeldingar, forståing og oppmuntrande ord.

- Gro som tok rolla som komoderator på kort varsel, og tilbydde seg å lese dela av teksten min – tusen takk.

- venninner og medstudentar som har svart med heia-meldingar når eg har trengt det som mest

-familien min, som nok til tider har følt at eg godt kunne kikka litt oftare opp frå bøker, forskingsartiklar og data, men likevel har vore tolmodige med meg.

Samandrag

Bakgrunn

Kunnskapsbasert praksis har vanskar med å bli godt implementert i sjukepleiefaget. Leiarfokus og kultur for å jobbe kunnskapsbasert har vore særleg trekt fram som viktig for vellykka implementering. Gjennom masteroppgåva vil eg å sette fokus på implementering av kunnskapsbasert praksis på leiarnivå i eige føretak, og utforske korleis ein jobbar med dette på toppleiar og sjukepleieleiarnivå.

Metode

Studien har ei kvalitativ tilnærming, og blei gjennomført i eige helseføretak. Individuelle intervju med tre sjukepleieleiarar og eit fokusgruppeintervju med fire toppleiarar blei utført med ein semistrukturert intervjuguide med opne spørsmål. Intervjua vart tatt opp på lydband, transkribert og analysert med Malterud sin metode, systematisk tekstkondensering.

Funn

Implementering av kunnskapsbasert praksis er via stor plass i helseføretakets overordna planar, der kompetanse og endringsleiing er presenterte intervensjonar. Sjølv om toppleiiinga har tru på at sjukepleieleiarane har ein kunnskapsbasert praksis fortalte sjukepleieleiarane at forskning er lite brukt blant sjukepleiegruppa, at kunnskapsbasert praksis er eit omgrep dei har vanskar med å forstå, og inkludere i eigen sengepost. Dette gapet mellom toppleiiinga og sjukepleieleiarar kan tyde på at kunnskapsbasert praksis ikkje er norma for korleis føretaket jobbar systematisk med kvalitetsforbetring.

Konklusjon

Toppleiarar og sjukepleieleiarar var positive til kunnskapsbasert praksis, men har ulikt syn på kva det betyr. Kunnskap og kompetanse om kunnskapsbasert praksis er nødvendig for å utvikle ein kultur der kunnskapsbasert praksis er norma for utvikling av helsetenester.

Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis, toppleiarar, sjukepleiarar, sjukepleieleiarar, sjukehus, implementering

Abstract

Background

Implementation of knowledge-based practice into the nursing profession has shown to be a difficult task. Leadership focus and culture for working knowledge-based has been particularly emphasized as being of importance for successful implementation. Through the master's thesis I will focus on the implementation of knowledge-based practice in the Health trust where I work, and explore how top-leaders and nurse-leaders work with these matters.

Method

The study has a qualitative approach, conducted in own Health trust. Individual interviews with three nurse-leaders and one focus group interview with four top-leaders were conducted using a semi-structured interview guide with open-ended questions. The interviews were recorded on audio tape, transcribed and analyzed with Malterud's method for systematically text condensation.

Findings

Implementation of knowledge-based practice is given a large place in the Health trust's overall plans, where competence and change management are presented interventions. Despite that top-leaders believes that nurse-leaders have an evidenced-based practice, nurse-leaders themselves told that research is seldom used among nurses, that knowledge-based practice is difficult to understand, and include in their own wards. This gap between top-leaders and nursing leaders may indicate that knowledge-based practice is not the norm for how the Hospital trust works systematically with quality improvement.

Summary

Top-leaders and nurse-leaders were positive towards knowledge-based practice, but had different views on what it means. Knowledge and competence about knowledge-based practice is necessary to develop a culture where knowledge-based practice is the norm when development of health services.

Key words: Knowledge-based practice, top leaders, nurse, nurse leaders, hospital, implementation

Innhald

1.0 Innleiing	8
1.1 Presentasjon av problemområdet.....	9
1.2 Min motivasjon.....	11
1.3 Føremål og forskingsspørsmål.....	12
1.4 Oppgåvas oppbygging	13
2.0 Helse Førde.....	13
2.1 Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035.....	14
2.2 Styringsdokument 2018 Helse Førde HF	15
2.3 Føretakets plikt.....	16
3.0 Teoretisk rammeverk	18
3.1 Sjukepleiefagets veg	18
3.2 Kunnskapsbasert praksis	20
3.2.1 Kunnskapsbasert praksis som lovpålagt krav	27
3.2.2 Debatten om kunnskapsbasert praksis	32
3.2.3 Kompetanseutvikling.....	35
3.2.4 Organisasjonskultur.....	38
3.3 Hemmarar og fremmarar for kunnskapsbasert praksis	42
3.1 Sjukepleiarar	42
3.2 Sjukepleieleiarar	46
3.3 Toppleiarar	51
4.0 Metode	56
4.1 Val av metode.....	57
4.2 Kvalitativ metode	57
4.2.1 Refleksivitet	58
4.3 Datasamling.....	59
4.3.1 Intervjuguiden	60
4.3.2 Individuelle intervju.....	62
4.3.3 Fokusgruppeintervju	63
4.3.4 Dokumentanalyse.....	65
4.4 Transkribering og analyse.....	66
4.4.1 Transkribering.....	66
4.4.2 Analyse	66
4.4.3 Skaffe eit heilheitsinntrykk av materialet.....	67
4.4.4 Identifisere meiningsberande einingar	68
4.4.5 Abstrahere innhaldet i dei meiningsberande einingane	68

4.4.6 Samanfatte betydninga	69
5.0 Styrke og begrensingar ved metoden	70
5.1 Intervjusituasjonen.....	70
5.2 Analysen	72
5.3 Personleg «stress».....	73
6.0 Studiens funn.....	74
6.1 Roller og ansvar	74
6.1.1 Manglande sjukepleieleiarfokus på kunnskapsbasert praksis	74
6.2 Kunnskap og erfaring.....	75
6.2.1 Kunnskapsbasert praksis er vanskeleg å forstå	75
6.2.2 Kunnskapsbasert praksis i konkurranse med pasientkontakt	76
6.2.3 Kunnskapsbasert praksis – sjukepleieleiarens dilemma	78
6.3 Kunnskapsbasert praksis fana må være oppe.....	79
6.3.1 Kunnskapsbasert praksis – tråden gjennom organisasjonen	80
6.4 Systematikk og struktur på veg inn	82
6.4.1 Kunnskapsbasert praksis handlar også om gode pasientforløp.....	82
6.4.2 Det er krevjande å posisjonere ut mengda krav	83
7.0 Ethiske vurderingar.....	85
7.1 Samtykke	85
7.2 Konfidensialitet	86
8.0 Drøfting.....	87
8.1 Kunnskap om kunnskapsbasert praksis.....	87
8.1.1 Ulik skildring av kunnskapsbasert praksis	88
8.1.2 Roller og ansvar	90
8.1.3 Kunnskapsbasert praksis i konkurranse med pasientkontakt.....	92
8.2 Kompetanse om kunnskapsbasert praksis	94
8.2.1 Oversikt over dei tilsette sin kompetanse.....	94
8.2.2 Kompetanseheving.....	95
8.3 Kultur	97
8.3.1 Fag i konflikt – eller berre ei «unnskyldning»?.....	98
8.3.2 Haldning til kunnskapsbasert praksis	104
8.3.3 Kommunikasjon og samhandling mellom ulike nivå	104
9.0 Konklusjon	107
10.0 Referanseliste	109

Tabellar:

Tabell 1: «hard leiing» og «mjuk leiing»

Tabell 2: studiens funn

Vedlegg:

- I. Informasjonsskriv til individuelt intervju
- II. Informasjonsskriv til fokusgruppeintervju
- III. Intervjuguide til individuelle intervju
- IV. Intervjuguide til fokusgruppeintervju
- V. Svar på søknad til NSD
- VI. Tabell over kategoriar, kodegrupper og subgrupper, og kondensat

1.0 Innleiing

Sjukepleiarens funksjon handlar om å fremje helse og hjelpe personar i fare for sjukdom og/eller helsesvikt, med å ivareta deira grunnleggjande behov (NSF). Som sjukepleiar skal ein ha respekt for kvart enkelt menneskes liv og verdigheit, og basere seg på barmhjertigheit, omsorg og respekt for grunnleggjande menneskerettigheter. Det er lovbestemt at tilbodet ein får som pasient via helsevesenet skal vere av ein slik karakter at pasientane opplever sikkerheit og kvalitet i tenesta, og på denne måten får tillit til helsevesenet. Helsepersonell skal yte fagleg forsvarleg pleie og behandling, utifrå kvalifikasjonar, situasjon og arbeidets karakter (Lovdata, 2019b).

Sjukepleiefaget har og har hatt eit sosialt mandat. På grunn av menneskets behov for omsorg og pleie for å ivareta og førebyggja helseproblem, oppstod behovet for å ha nokon til å utføre dette (Kirkevold & Nordli, 1996). Faget har eksistert i lang tid. I litteraturen kan ein lese om kvinner som langt tilbake i tid stelte sår hos krigarar og viste omsorg for døydande, og om gangkoner utan spesielle kvalifikasjonar som fungerte som tenarar, med mål om å vise omsorg for den sjuke (Moseng, 2012). Det tok tid for sjukepleiefaget å få aksept (Mathisen, 2006). Sjølv om vitskapen blant legar utvikla seg på 1700-talet fekk ikkje dette innverknad på sjukepleia. Å pleie var lågstatus, og oppgåvene var sidestilt med oppgåvene til tenarar og hushalderske. Etter kvart såg legen nytte av sjukepleiarens observasjonar av den sjuke. 1800-talet blei eit vendepunkt. Fleire og fleire legar kom til Noreg, og behovet for faglærde sjukepleiarar auka. Kjente namn som Florence Nightingale og Christina Guldberg fekk stor betydning for utviklinga av faget. Desse var opptatt av sjukepleie som profesjon, og i kraft av ståpåvilje, interesse og erfaring fekk dei stor betydning for utviklinga av sjukepleieutdanning og det faglege innhaldet.

Det produserast i dag store mengder forskingsartiklar. Utfordringa har vist seg å ta dei i bruk i praksis. Kunnskapsbasert praksis har i helsevesenet blitt sett på som ein veg å gå for å handtere og nytte den store mengda kunnskap som stadig vært produsert, og samtidig komme i møte krav om effektivisering. Dette ved å ta i bruk oppdatert forskning, egne erfaringar, og pasientens kunnskap og behov, tilpassa konteksten ein er i (Monica Wammen Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

HelseOmsorg21 skriv dette om bruk og utvikling av kunnskap i helsetenesta:

God og anvendelig kunnskap er en forutsetning for gode helse- og omsorgstjenester. Omsatt til handling kan kunnskapen benyttes til forebygging og pasientbehandling, kvalitetsutvikling og innovasjon, i drift av helsetjenester, til politiske beslutninger og videreutvikling av helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette vil bidra til helsepersonell med kunnskap, ferdigheter og kompetanse som til enhver tid trengs. (HelseOmsorg21, s. 122).

Florence Nightingale sjåast på som den første forskaren innan sjukepleiefaget (Mathisen, 2006). Frå hennar forskning på 1800-talet til at fleire forskarar kom etter tok det lang tid. Først på 1900- talet fekk den vitskaplege delen av sjukepleia fokus. Sjukepleievitskapen sitt mandat er å produsere kunnskap som kan underbygge og betre sjukepleiepraksis (Kirkevold & Nordli, 1996). Utover 2000-talet har kritikken mot forskning i sjukepleia stilna av (Mathisen, 2006). I dag er kunnskapsbasert praksis innlemma i lover, forskrifter, handlingsplanar, stortingsmeldingar, og ei rekke kunnskapssenter er etablert.

Bruk av funn frå forskning er lite implementert i sjukepleieyrkets kvardag, det er eit gap mellom anbefalt praksis og tilbodet som vært gitt. Konsekvensen av å ikkje ha ein kunnskapsbasert praksis kan være at pasientar og brukarar får tilbod om tenester av lågare kvalitet, feil behandling som igjen kan føre til skade/forverra helse, behandling utan effekt, misfornøgde pasientar/brukarar, unødige kostnader, og forskjell i teori og praksis i utdanningsløp. Det kan også resultere i variasjon i kva tilbod som vert tilbydd, og gi negativ verknad på pasienttryggleiken. Derfor er kunnskapsgrunlaget for tiltak og behandling viktig å vurdere før tiltak vært sett i verk (HelseOmsorg21; Lyon, Comtois, Kerns, Landes & Lewis, 2020; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017).

1.1 Presentasjon av problemområdet

Som sjukepleiar skal ein basere utøvinga si på forskning, erfaring og brukarkunnskap (NSF, 2019). Kvar enkelt sjukepleiar er ansvarleg for å halde seg oppdatert på forskning, bidra til fagutvikling og at ny kunnskap vert tatt i bruk i eigen praksis. Å utdanne og vidareutdanne helsepersonell med kunnskap om å ta i bruk ny kunnskap, refleksjon over eigen yrkespraksis og korleis ein kan bidra til utvikling av kunnskap er viktig for framtida (Kunnskapsdepartementet, 2019). I sjukepleias grunn -og vidareutdanningar er forskning,

erfaring, fagleg skjønn og brukarmedverknad ein del av studieplanen (HVL, 2019a, b; Lovdata, 2019a).

I sjukepleiefaget har ikkje kunnskapsbasert praksis hatt lett innpass. Kirkevold (Kirkevold & Nordli, 1996) beskriv eit gap mellom sjukepleievitskap og sjukepleiepraksis. Ho skriv at sjukepleiestudentar og praktikarar kan oppleve sjukepleievitskap som «eit bratt og utilgjengeleg fjell». Det er eit ulendt terreng, som vil krevje stor innsats å bestige. Det erkjennast at helsetenesta har ei utfordring med å ta i bruk ny kunnskap, og vegen frå forskning til kunnskapsbasert praksis er lang (Regjeringen, 2012-2013). Det tar for lang tid før ny kunnskap vært tatt i bruk i praksis, og det er stor avstand mellom forskingsinstitusjonar og helsetenesta. Både i forskingsmiljøa og i helsetenesta er kunnskapen om implementering låg. Konsekvensar kan være at pasientar ikkje får anbefalte behandling, eller behandling dei ikkje skulle hatt. Kunnskap om, og evne til å implementere organisasjonsmessige endringar for å tilpasse seg notida er mangelfull (HelseOmsorg21). Pasientar skal ha behandling og pleie basert på oppdatert forskning, og det trengs derfor sjukepleiarar med kompetanse i å kritisk reflektere over eigen praksis, og i arbeid med fagutvikling. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar stiller store krav til kvar einskild sjukepleiar (NSF, 2019). Det er beskrive at ein som sjukepleiar har eit personleg ansvar for sin praksis, både fagleg, etisk og juridisk, og eit særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon. Helsepersonell må ta i bruk oppdatert kunnskap, veileदारar og retningslinjer, og pasientane må involverast i eiga behandling. Det vektleggast også at å skape system for dette handlar om kulturendring og leiingsansvar (Regjeringen, 2013).

I litteraturen vært det hevda at standardisering av sjukepleiepraksis basert på kunnskapsbasert praksis fører til betre pasientomsorg. Forsking viser at til tross for at dette er kjent i helseorganisasjonar er ikkje kunnskapsbasert praksis gjort til standard for pasientbehandling. Ein konsekvens av det er at implementering av kunnskapsbasert praksis på systemnivå fortset å være utfordrande (Ost, Blalock, Fagan, Sweeney & Miller-Hoover, 2020).

Sjølv om det vært investert stort i helseforskning i høginntekstland viser det seg at implementering av forskingsresultat i pasientomsorg og befolkningshelsas praksis ofte går

sakte, er ufullstendig og usystematisk (Harvey et al., 2019). Årsakene er mange, og det er auka merksemd i korleis ein best kan implementere kunnskapsbasert praksis på ein effektiv måte. Individuell og kollektiv leiarstil og tilnærming er i posisjon til å endre dette då leiarskap er ein viktig kulturfaktor som formar implementering.

1.2 Min motivasjon

Som tilsett i Helse Førde i mange år har eg gjort meg ein del erfaringar og tankar om kva eg opplever som bra og kva som kunne vert betre. Eg hadde behov for auka kunnskap i jobben som fagutviklingssjukepleiar. Eg følte eg stod litt på «stedet hvil», då særleg med tanke på implementering av forbetningsarbeid som er ein stor del av funksjonen min. Gjennom mange år har eg erfart at fagleg utvikling ofte vert satt litt på vent på grunn av andre prioriteringar i den daglege drifta, og at fleire, inkludert meg sjølv, treng meir kunnskap om implementeringsarbeid. Med det i tankane begynte eg på Master i kunnskapsbasert praksis, eit konsept som var ukjent for meg då eg begynte. Studiet gav meg kunnskap om kor viktig det er å halde seg fagleg oppdatert, og moglegheitene som ligg tilgjengeleg for å kunne nettopp dette. Å nytte forskning er lite brukt ved min arbeidsstad, forbetningsarbeid er utfordrande å jobbe med, og implementere. Ord som forskning, brukarmedverknad, litteratursøk er lite brukt i kvardagen, verken av pleiegruppa eller leiargruppa. Samtidig er det begrensingar i kvardagen i ein sengepost, som naturleg krev fokus, kvardagen må gå rundt. Til tross for kunnskapen opparbeida gjennom utdanninga opplever eg utfordringar med å inkludere kunnskapsbasert praksis i eigen praksis.

Vidare vart eg usikker på kor vidt føretaket eg jobba i var kjent med omgrepet kunnskapsbasert praksis, og kontakta utviklingsdirektøren på mail for å formidle mine tankar kring dette. Svaret eg fekk tilbake inviterte meg til å skrive nokre setningar om kunnskapsbasert praksis til Helse Førde sin utviklingsplan som det vart arbeida med på den tida.

I utviklingsplanen til Helse Førde står det dette om kunnskapsbasert praksis:

Spesialisthelsetenesta sitt tilbod skal vere basert på kunnskap, og også framskaffe ny kunnskap gjennom forskning. Arbeid i dei kliniske avdelingane, pasienttryggleiksutvalet og kvalitetsutvalet skal ha merksemd på implementering av ny kunnskap. Gjennomførte minimetodevurderingar og oppdatering ifht. relevant nyare forskning må vere ein del av

arbeidet i alle einingar, frå reinhald til operasjonar. Vi skal styrke arbeidet med å sette kunnskapsbasert praksis ut i livet og formidle forskingsresultat på ein måte som gjer det kjent og endrar praksisen på avdelingane fortløpande». Vidare står det at «Helse Førde vil: fortløpande innarbeide nasjonale retningslinjer, kunnskapsbasert praksis og tryggleikstiltak i det kliniske arbeidet. Auke kompetansen i kunnskapsbasert praksis. ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035," s. 72-73).

At Helse Førde hadde ein slik utviklingsplan var ukjent for meg, og det fekk meg til å leite vidare etter andre planar. Eg fann ein strategiplan frå 2014 der eg las dette «*Vi skal legge vekt på å dokumentere kunnskapsbasert praksis, og å legge dette til grunn for arbeidsmåtar og prosessar*». ("Strategiplan for Helse Førde HF 2014-2020," s. 5).

Fokuset Helse Førde hadde på kunnskapsbasert praksis gleda meg. Vidare starta eg å undre meg over kva kunnskap som finnes om dette, og kva plan som er for implementering i helseføretaket. Eg erfarte at det var eit gap mellom krav og føringar, og det som skjer i praksis. Barrierar for implementering av kunnskapsbasert praksis er veldokumenterte, og er både individuelle og organisatoriske. Likevel viser det at kunnskapsbasert praksis har vanskar med å bli implementert i helsevesenet.

1.3 Føremål og forskingsspørsmål

Føretaket har planar for implementering av kunnskapsbasert praksis, men eg opplever det som lite kjent. Det jobbast med kvalitetsforbetring på alle sengepostane, erfaringsmessig er den ikkje alltid planlagt, systematisk og dokumentert. Barrierar for implementering og bruk av kunnskapsbasert praksis er godt dokumentert i forskning, derfor ville eg heller få innsikt i kunnskapsnivået for kunnskapsbasert praksis og korleis Helse Førde jobbar med dette. På sikt vil eg at det vert meir fokus på kunnskapsbasert praksis i organisasjonen, slik at kunnskapsbasert praksis blir eit kjent «begrep», som kvar enkelt forstår bakgrunnen til, og tar initiativ til slik at det blir ein del av arbeidskvardagen. Eg håpar at ved å sette fokus på dette vil leiarar verte meir bevisst sitt ansvar for implementering av kunnskapsbasert praksis, og verdsette samt legge til rette for det som bidrag til pasientbehandling og fagutvikling i føretaket. For pasientane kan dette bety at dei får tilbod om den beste behandling og pleie, basert på siste oppdaterte kunnskap, tilpassa konteksten kvar enkelt arbeidar i.

Basert på dette vart problemstillinga mi slik:

Korleis jobbar Helse Førde med implementering av kunnskapsbasert praksis?

Mine forskingsspørsmål er som følger:

- *Kva syn har toppleiarar og sjukepleieleiarar i Helse Førde på kunnskapsbasert praksis?*
- *Korleis erfara toppleiarar og sjukepleieleiarar at det jobbast med implementering av kunnskapsbasert praksis i Helse Førde?*

Våren 2020 fekk eg innvilga masterstipend frå Helse Førde. I svaret frå føretaket står det at ein ser på det som viktig og interessant å kartlegge hemmarar og fremmarar for kunnskapsbasert praksis i føretaket. Dette fortel meg at føretaket ser på tema, og det eg finn ut, som viktig for utviklinga av kunnskapsbasert praksis i organisasjonen.

1.4 Oppgåvas oppbygging

I det føregåande har eg vore gjennom problemstillinga for studien, og bakgrunn for denne. I neste kapittel vil eg utdjupe Helse Førde som føretak, kva plikter eit helseføretak har, og skrive om innhaldet i Utviklingsplanen til Helse Førde. Vidare går eg gjennom litteraturen på feltet, før eg skriv om metoden eg har valt for å få svar på forskingsspørsmåla mine. Deretter beskriv eg funna eg har gjort undervegs, og kjem til slutt med oppsummering og implikasjon for praksis.

2.0 Helse Førde

Helse Førde er eit føretak i Helse Vest ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035,"). Det består av eit sentralsjukehus og to lokalsjukehus, og dekkar gamle Sogn og Fjordane fylke. På den tida planen vart skriven bestod fylke av 26 kommunar, og føretaket tilbydde tenester til 110.000 innbyggjarar. Helse Førde har tre somatiske sjukehus, psykisk helsevern/rusteneste for vaksne med funksjonar fordelt på fleire stadar i fylket, samt desentraliserte poliklinikkar for barn og unge. Ambulansestasjonar, luftambulanse, ambulansébåt og redningshelikopter er og ein del av Helse Førde. Administrerande direktør er leiar i føretaket, og organisasjonen

er delt inn i tre klinikkar, medisin, kirurgi og psykisk helsevern. Administrerende direktør har i tillegg ei rekke stab og støttefunksjonar knytt til seg. Helse Førde er den største arbeidsgivaren i Sogn og Fjordane, med omtrentleg 3000 medarbeidarar fordelt på 2400 årsverk.

I det følgande avsnittet vil eg belyse innhaldet i to dokument i Helse Førde. Eg har fokusert på det som handlar om utvikling av tenestene, basert på det som kjem innanfor kunnskapsbasert praksis. Første delkapittel inneheld informasjon frå Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035, og delkapittel to inneheld informasjon frå Styringsdokument 2018. Referanse frå desse er derfor nemnt ein gong, i starten av kvart delkapittel.

2.1 Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035

Innhaldet i utviklingsplanen er basert på Nasjonal helse og sjukehusplan, Strategi Helse Vest 2035, Samhandlingsreforma, Forskrift om prioritering av helsetenester, Helse Førde sin verksemdsmessige utviklingsplan frå 2015 og arbeidet som er gjort i Helse Førde siste åra ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035,"). Planen skal reviderast kvart fjerde år, og malen som er brukt er nasjonal rettleiar for utviklingsplanar.

I første del av Utviklingsplanen er prosessen med gjennomføring av planen beskrive. Deretter beskrivast no-situasjonen i føretaket før ein kjem på innpå føringar, utviklingstrekk og framskrivingar. Til slutt skriv ein om vegval, målbilete og tiltak for planperioden.

Prosjektleiing i Programleiinga for Pasientens helseteneste og utviklingsdirektør har hatt ansvar for planarbeidet. Administrerende direktør og styret har vorte orientert og kome med tilbakemeldingar. Planen har vore sendt på høyring internt og eksternt, der det, i følgje utviklingsplanen, har kome nyttige tilbakemeldingar frå fleire. Brukarutvalet har også deltatt. Innspela har ført til auka fokus på rekruttering av fagpersonar, utdanning og pårørande si rolle i pasientbehandlinga.

Utviklingsplanen skal vidareutvikle spesialisthelsetenesta. Områder planen skal dekke er å styrke kvalitet og pasienttryggleik, unngå unødige ventetid og variasjon, og prioritere psykisk helsevern og rusteneste. Pasientmedverknad, utvikling av pasientforløp, styrke kompetanse,

forskning og innovasjon er nye fokusområde i denne planen. Planen omhandlar overordna mål, i mindre grad tiltak. Avdelingsvise handlingsplanar og gjennomføringsprosjekt skal i større grad enn Utviklingsplanen innehalde tiltak for å nå måla Helse Førde set seg. Kompetanse, samhandling, forskning og innovasjon er rekna som særskilte viktige områder trekt fram i Utviklingsplanen, der det skal utviklast eller oppdaterast eigne strategiar. Planen beskriv at medarbeidarar og deira kompetanse er ein svært viktig ressurs i føretaket. Ein ynskjer å styrke rekruttering, og satse meir på utdanning og kompetansestyking. Arbeidsmiljø, leiarstruktur, god intern kommunikasjon og samarbeidskultur vert også nemnt som sentrale områder i framtida. Det er beskrive at leiarar har ei særdeles viktig rolle for resultat og arbeidsmiljø. Administrerande direktør vil fokusere sterkt på å utvikle god leiarkultur i vidare prosessar. Endringsleiing og oppfølging av endringsprosessar slik at ein kan møte organisasjonen sitt krav til omstilling framover på ein god måte vert trekt fram.

2.2 Styringsdokument 2018 Helse Førde HF

Å jobbe for betre kvalitet og pasienttryggleik er innlemma i fleire dokument i føretaket. I eit styringsdokument frå 2018 står det følgjande under overskrifta *Betre kvalitet og pasienttryggleik*: «Kvalitetsmålingar, pasienttryggleiksmålingar, forskingsbasert kunnskap og pasienterfaringar må nyttast effektivt i utnyttinga av tenestetilbodet og i systematisk forbetningsarbeid. Inneffektive metodar skal fasast ut» (Styringsdokument 2018 Helse Førde HF, 2018, s. 7).

Dokumentet viser at det pågår forskjellige forbetningsarbeid og endringar i føretaket. Helse Førde sine mål er blant anna å redusere pasientskadar, redusere sjukehusinfeksjonar og bruk av breispektra antibiotika, auke talet på behandlingsstudiar, implementere pakkeforløp, redusere tvangsbruk i psykiatrien, og vidare ulike planar for implementering og utvikling av rutinar for til dømes overføring frå barne- til vaksenorientert helseteneste basert på best tilgjengelege kunnskap. Data frå medisinske kvalitetsregister skal nyttast til overvaking av kvalitet på eige arbeid og i kvalitetsforbetring. Vidare skal innsatsområda og metodikken i Pasienttryggleiksprogrammet vidareførast, og ein vil ved å utføre mini-audits og prevalensundersøkingar kartlegge oppfølging og dokumentasjon av tiltak innan områda trykksår, fall og underernæring. For å oppnå forsvarleg pasientbehandling er bemanning,

utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasientar og pårørende viktige moment inkludert i styringsdokumentet.

2.3 Føretakets plikt

Ein helseorganisasjon har som primær oppgåve å fremje helse og gje behandling og omsorg til sjuke menneske (Orvik, 2004). Samtidig er den også forplikta til å ivareta personalet, og legge til rette for kunnskapsutvikling. Stramme effektivitetskrav fører til sprik i verdier og mål, då desse krava kan komme i konflikt med organisasjonens primær oppgåver. Ansvaret for å bruke kunnskap om kvalitet og pasienttryggleik i systematisk arbeid med forbetring er lagt til kommunar og føretak som skal utøve helsehjelp (Regjeringen, 2019-2020).

Forskjellige nasjonale forskrifter, lovverk, stortingsmeldingar, strategiar og handlingsplanar beskriv utfordringar, og regjeringa fastset mål og innsatsområder. Grunnleggande områder i arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik er i stortingsmeldingar utpeika til å være pasientperspektivet, leiing, system og kultur for betre kvalitet og pasienttryggleik.

Kvalitet i helsetenesta er definert som *«helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt»* (Regjeringen, 2019-2020).

Forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helsetenesta (Lovdata, 2016) beskriv korleis helseføretakas styringssystem skal planleggast, gjennomførast, evaluerast og korrigerast, der toppleiarar i verksemda har tydeleg ansvar for etablert systematisk styring, og at medarbeidarane følgjer opp punkta. Formålet med forskrifta er etter §1 *«å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves»* (Lovdata, 2016). Forskrifta gjeld verksemdar som er pålagt å jobbe systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik etter § 3-4a i Specialisthelsetenestelova *«Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet»* (Lovdata, 1999).

I forskrifta vert det trekt fram føretakets plikt til å ha oversikt over medarbeidarars kompetanse og kunnskap om retningslinjer, prosedyrar, eige fagfelt, veiledarar og styringssystem. Målet er å bidra til ei forsvarleg helse- og omsorgsteneste, kvalitetsforbetring, pasient- og brukarsikkerheit og etterleving av krava i helse- og omsorgslovgivinga. Forskrifta er eit verktøy til bruk for leiarar i offentleg og privat helse- og omsorgsteneste, og skal bidra til at dei leverer forsvarlege tenester, og arbeidar systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Vidare skal føretaket i arbeidet med forbetring nytte seg av erfaringane brukarar, pasientar og pårørande gjer seg, og føretaket skal sørge for at medarbeidarane medverka slik at ein nytte seg av den kunnskapen og erfaringa ein innehar (Lovdata, 2016). I Meld.st.9 (Regjeringa, 2019-2020) står det at helseføretaka årleg skal gjennomgå og vurdere styringssystemet opp mot tilgjengeleg statistikk og informasjon om verksemda. Helsetilsynet har avdekkja manglande oppfølging av forskifta, og det er av Regjeringa ynskjeleg å kartlegge dette nærare.

Helsedirektoratet påpeikar i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerheit og kvalitetsforbedring på at det er tidkrevjande å implementere tiltak for betring av pasientsikkerheit (Helsedirektoratet, 2019). Dette krev nasjonal merksemd. Tiltaka i handlingsplanen og etablering av nasjonal overbygging for pasientsikkerheit og kvalitetsforbetring skal hjelpe til å støtte behovet for dette. Helsedirektoratet legg til grunn at helseføretaka nyttar seg av nasjonale kvalitetsindikatorar i arbeid med forbetring då det gir leiarar på alle nivå eit grunnlag for planlegging og styring, gir pasientar moglegheit til å velje behandlingsstad, og bidreg til openheit og variasjon i tenestetilbodet.

Norsk sykepleierforbund (NSF) (NSF, 2017) har definert nokon særskilte grunnpilarar som dei meiner leiarskap i helsetenesta bør være basert på. Desse grunnpilarane er heilheitsperspektiv, tverrfagleg samarbeid og samhandling mellom nivå/sektorar, fokus på pasientanes behov for kompetanse, kontinuitet og observasjon, aktiv brukarmedverknad og tilrettelegging for gode samvalg, ansvar for fagleg kvalitet med prioritering, koordinering og kunnskapsbasert praksis, kultur med fokus på læring, godt arbeidsmiljø, og god

avvikshandtering, god praksis med basis i fagleg forsvarlegheit der fagleg kunnskap, lover og etikk er sentralt.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) 2015) beskriv fire ulike typar ansvar leiarar har

- *Strategisk ansvar*, som handlar om å kontinuerleg vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosessar
- *Driftsansvar*, som handla om å ta eit heilheitleg ansvar for resultat og for at dette skjer innanfor bestemte rammer
- *Personalansvar*, som handlar å ta ansvar for alle faggrupper i verksemda og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpassa oppgåvene som skal løysast
- *Kommunikasjonsansvar*, som handlar om å sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgåveløysing, openheit og demokrati

3.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet går eg gjennom faglitteratur og litteratur frå forskning. Mykje er skrive om sjukepleiefagets utvikling og det er forska mykje på kunnskapsbasert praksis i helsevesenet.

3.1 Sjukepleiefagets veg

Sjukepleie blei langt tilbake utført i kristen regi, i kloster og kyrkjer, og handla om pleie av fattige og sjuke (Moseng, 2012). Etter kvart blei det bygd sjukehus, i Norge i regi av kyrkja. Medisinen utvikla seg og fekk meir fotfeste på 1700-talet, sjukepleiefaget var likevel ikkje meir verdifullt. Pleiarane hadde lite opplæring, og levde under dårlege sosiale forhold. Sjukepleia blei underlagt legens ansvarsområde, det var ikkje status å pleie på hospital. Hushalderske, stuepiker, tenestejenter, våkekoner og gangkoner var ord brukt istadenfor sjukepleiar på denne tida. Etter kvart såg legane nytta av sjukepleiarens observasjonar i behandling av den sjuke (Lerheim, 2000; Mathisen, 2006). Dei blei eit ynskje om betre kvalifiserte sjukepleiarar.

Kunnskap om sjukdom og behandling utvikla seg frå 15-1800 talet (Mathisen, 2006). Dåtidas filosofar såg at det var nødvendig å auke folks kunnskap for å betre samfunnsforholda. Det var behov for kunnskap som var vitskapeleg. Empiri stod sentralt. Sanserfaring var den beste læringsforma. Ulike sjukdomsforløp hadde forskjellige symptom, og ein kunne dermed sette namn på ulike sjukdommar. Dette arbeidet gav grunnlag for medisinsk diagnostisering. På 1700-talet vart medisinen verden meir og meir vitskapeleg. Dette førte til ei endring i sjukehusas karakter. Frå å tidlegare vere pleieinstitusjonar vart sjukehusa no meir interessante for legar som såg mogelegheita til å observere og skaffe seg erfaring ved å behandle sjuke, i tillegg til å drive med medisinsk undervising og kunnskapsutvikling. Kvalifiserte sjukepleiarar blei viktige i medisinsk behandling, og i helbreding av pasienten. Sjukepleiarens observasjonar var avgjerande, og kosthald, pleie, omgjevnadar og tilsyn blei anerkjent som like viktig som medikamentell behandling.

1800-talet blei eit vendepunkt i helsevesenet (Mathisen, 2006). Fleire legar kom til Noreg, det blei ei auke i behandlingsmogelegheter, og fleire sjukehus vart bygd. Behovet for faglærde sjukepleiarar blei større. Fleire sjukepleieutdanningar såg dagens lys over heile Europa. Florence Nightingale har betydd mykje for utviklinga av sjukepleiefaget (Lee, Clark & Thompson, 2013; Lerheim, 2000; Mathisen, 2006). Ho leia den engelske hæren gjennom Krimkrigen ved bruk av retningslinjer, myndigheit og verdigheit. Henna kunnskapar og administrative teft blei nyttige. Hygiene, reint vatn, frisk luft, reine klede, god reingjering og gode toalettforhold meinte Nightingale var viktig for god helse. Då ho fekk gjennomslag for dette såg ein etter kvart at dødsraten sank. Nightingale studerte ulike forhold for å finne årsak, og såg stadig etter løysingar og forbetringspotensiale. Ho skilte sjukepleiekunnskap frå medisinen, og bidrog til kunnskapsbasen for sjukepleiefaget. Nightingale var sjukepleiar, administrator, forskar og rådgivar, og skreiv også etter kvart bøker, rapportar og filosofiske betraktningar. Phyllis Whitehead (Whitehead, 2020) samanliknar Nightingale med notidas masterutdanna sjukepleiarar. I det ligg kreativiteten og fleksibiliteten ho nytta, samt det sjølvstendige nybrottsarbeidet ho utførte i ein kontekst der motgang, lite ressursar mangel på organisering var regelen meir enn unntaket, men likevel med det mål å implementere endringar i sjukepleiepraksis til det beste for pasientane.

Første sjukepleiarutdanninga i Norge blei etablert i 1868, der Christina Guldberg, den første utdanna sjukepleiaren i Noreg, var lærar og deretter leiar (Mathisen, 2006). Både praktisk lære og teori stod på timeplanen. I starten var den tyske modellen forbilde, men etter kvart blei utdanninga meir prega av Nightingale modellen. Florence Nightingale opna sin fyrste skule i 1860, The Nightingale Training School. Henna filosofi var at for å lære mest mogeleg måtte ein observere erfarne sjukepleiarar og legar i arbeid med den sjuke.

Nightingale er sett på som ein pioner for sjukepleieforskning, det tok lang tid før nokon kom etter (Mathisen, 2006). I andre tiår av 1900-talet blei sjukepleiarane av professor Clemet Pirquet oppfordra til å reflektere meir over utfordringar i klinikken, eksperimentere, notere ned sine observasjonar, og publisere dette. Han ynskte at det skulle komme eit tidsskrift for sjukepleiarar, noko som ikkje skjedde før 30 år seinare då Norsk Sjukepleiar Forbund (NSF) blei stifta.

USA var tidlegare ute enn Norge med forsking innanfor sjukepleiefeltet (Mathisen, 2006). Forsking var der ein del av pensum i sjukepleiestudiet, tidsskriftet Nursing Research blei gitt ut første gong i 1952, og førte til ei auke i publikasjonar skrivne av sjukepleiarar. Norske Helga Dagsland lærte forskingsmetodikk i USA, noko ho lærte vidare til norske sjukepleiarar på 50-talet. Historisk sett har medisinske disipliner stilt spørsmål i sjukepleieyrket som har leda til utvikling av ny kunnskap innan faget (Lerheim, 2000). Sjukepleiekunnskap har i større grad vore erfaringskunnskap. Det medisinske regime som har råda ved sjukehusa har ført til at sjukepleiefagets språk har vore prega av medisinske omgrep og forståing. I det tjuande år hundre stilna diskusjonen om forsking innan sjukepleiefaget, og faget blei anerkjent som ein forskingsbasert disiplin. Europarådets health comittee har nedfelt dette om sjukepleieforskning: *“research is an integral part of nursing, aimed at providing new, scientific knowledge that contributes to improvement of the quality of nursing practice and patient care”* (council of Europe, 1996) (Lerheim, 2000, s. 18).

3.2 Kunnskapsbasert praksis

Det er ei konstant teknologisk og forskingsmessig utvikling. Likevel er manglande implementering av forskingsresultat og teknologi ei kjent problemstilling (HelseOmsorg21; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010). Kunnskapsbasert praksis har vokse fram som eit forsøk på å svare ut denne problemstillinga, og bidra til å redusere uynskt variasjon i behandling gitt til

pasientar. Fleire nasjonale føringar omtalar kunnskapsbasert praksis, og det er ein ambisjon frå Norsk sykepleierforbund at sjukepleiarar nyttar sjukepleieforskning for å oppnå ein kunnskapsbasert praksis (Helsedepartementet, 2005-2015; Helsedirektoratet, 2019-2023; HelseOmsorg21; NSF, 2019; Regjeringen, 2019, 2020). Evidensbasert medisin, ei tilnærming til behandling og diagnostisering basert på vitenskap, har lagt grunnlaget for kunnskapsbasert praksis. David Sackett og kollegaer definerte i 1996 evidensbasert medisin som ein «*bevisst, eksplisitt og skjønnsom bruk av beste tilgjengelige evidens i beslutninger om individuelle pasienters helse*» (Engbretsen & Bondevik, 2017) (henta frå Store Norske Leksikon grunna manglande tilgang til originalartikkelen).

Kunnskapsbasert praksis er omsett frå det engelske omgrepet evidence-based practice. Eit meir dynamisk omgrep som inneberer ein vidare kunnskapsforståing og heilheitleg tilnærming til bruk av kunnskap enn evidensbasert medisin (Hoffmann, 2017). Definisjonar av kunnskapsbasert praksis har kome til i seinare åra, til dømes denne frå Hoffmann (2017) “[...]it involves the integration of the best research evidence with clinical expertise and the patient’s values and circumstances. It also requires the health professional to consider characteristics of the practice context in which they work” (s. 3). I denne definisjonen handlar kunnskapsbasert praksis om meir enn å nytte forskingsresultat. Helsepersonell sin utdanning og erfaringar, i tillegg til pasientens preferansar og verdiar skal takast omsyn til når ein tar faglege avgjersler. Hoffmann (2017) skriv at kunnskapsbasert praksis skal hjelpe helsepersonell og pasientar til å ta informerte og riktige avgjersler basert på kva som er beste evidens, tilpassa kvar enkelt pasient. Samtidig skal det hjelpe helsepersonell med å reflektere over eigen praksis, i den hensikt å forbetre den. Helsepersonell er ansvarlege for at det tilbodet pasientane får er basert på best evidens, og ved å utøve ein kunnskapsbasert praksis kan helsepersonell opptre meir truverdig og forsterke tillita pasientane har til helsevesenet. Til slutt, skriv Hoffmann, har kunnskapsbasert praksis også ei viktig rolle når ressursar i helsevesenet skal fordelast og i avgjersler angående finansiering av helsetenester.

Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell og Williamson (2010) har definert kunnskapsbasert praksis slik: “a problem-solving approach to the delivery of health care that integrates best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values” (s. 51).

Monica Wammen Nortvedt et al. (2012) har brukt denne definisjonen om kunnskapsbasert praksis: «å uttøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon» (s. 17). Vidare skriv Monica W Nortvedt og Jamtvedt (2009) at kunnskapsomgrepet i kunnskapsbasert praksis er definert breiare enn «bevis».

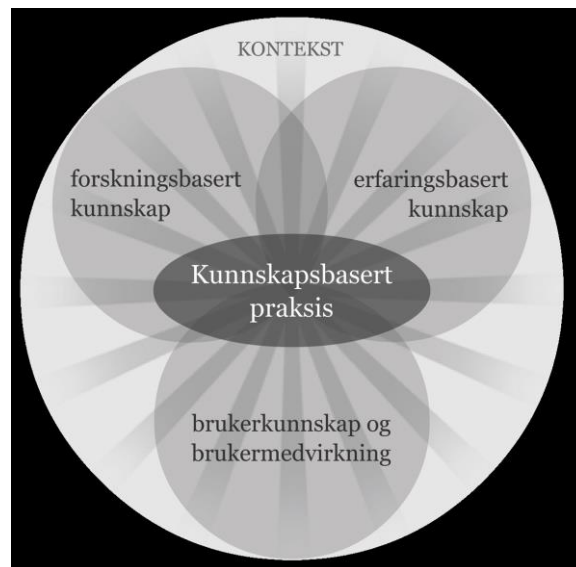
Forskningsbasert kunnskap er ikkje berre det som kan teljast og målast, men også at dei kvalitative metodane innan forskning bringer viktig kunnskap til feltet.

Slik definisjonen som var utgangspunktet til evidensbasert medisin viser, har forskingsresultat i medisinen hatt størst betydning for vala ein gjer i behandlinga, og som kanskje fortsatt, sjølv om det er ei endring der også, har prega legeperspektivet i størst grad. For byråkratar vektleggast kroner og øre, og refusjonar og finansiering kan bli påverka av forskingsresultat. Desse perspektiva har nok i stor grad prega språkbruken i sjukepleiefaget, meir i retning av det medisinske, og kanskje bidratt til ei usynleggjering av sjukepleiefagets innhald og betydning. Å definere kunnskapsbasert praksis frå eit sjukepleieperspektiv, slik både Melnyk, Nordtvedt og Jamtvedt, og Hoffmann har gjort, viser i større grad den heilheitlege tankegangen, omsorgsdelen, kring pasienten som ein sjukepleiar er opptatt av, og der kanskje i større grad dei kvalitative studiane får meir merksemd enn dei kvantitative. Som sjukepleiar er ein opptatt av kvalitet kanskje meir enn kvantitet, og pasientens ynskjer, behov, og den aktuelle situasjonen er viktige omsyn å ta i omsorgsyirket. I Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar ligg plikta til å ta i vare pasientens integritet og verdigheit, og erkjenne pasientanes sårbarheit, å vise omsorg. For sjukepleiarar kan det å inkludere sjukepleieperspektivet i definisjonen føre til utvikling av faget, posisjonering som eigen disiplin og rolle i samfunnet, og motivere til auka forskning på områder av betydning for yrket.

I følgje Helsebiblioteket (2016) og Monica Wammen Nortvedt et al. (2012) handlar kunnskapsbasert praksis om å systematisk nytte ulike kjelder for å ta faglege avgjersler til det beste for pasienten (bilde nr 1). Oppdatert forskning, eigenopplevd erfaring og brukarens kunnskap og ynskjer kan bidra til betre kvalitet på tenestene. Dette må vidare tilpassast konteksten, midlar, ressursar og liknande ein har til rådighet. Forsking er kunnskap utvikla ved bruk av vitenskaplege metodar i den hensikt å skaffe evidens for om ein behandlingsmåte eller ein intervensjon fungera eller ikkje. Erfaringsbasert kunnskap får ein i møte med

pasientar, brukarar, og kollegaer. Brukarperspektivet handlar om å nytte seg av brukarens verdiar, meiningar, ynskjer, og å presentere brukaren for mogelegheitene som finnes slik at hen vert i stand til å ta avgjersler for eiga helse basert på informasjonen som vert gitt.

Bilde nr 1: Sirkelen til kunnskapsbasert praksis



[Kunnskapsbasert praksis - Helsebiblioteket.no](http://Helsebiblioteket.no)

Ved systematisk bruk av kunnskapsbasert praksis kan ein i større grad oppnå effektive og kostnadssparande tiltak for pleie og behandling, og redusere uynskt variasjon i kliniske utfall (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Som Helsebiblioteket (2016) skriv hentar vi kunnskap frå ulike kjelder som utdanning, kurs, kollegaer, ekspertar, forskning og så vidare. Kjeldene har styrker og svakheita helsepersonell må være bevisst på. Kunnskapsbasert praksis kan hjelpe til ved å gjere oss bevisst og reflektert over kunnskapsgrunnlaget vi basera handlingar våre på.

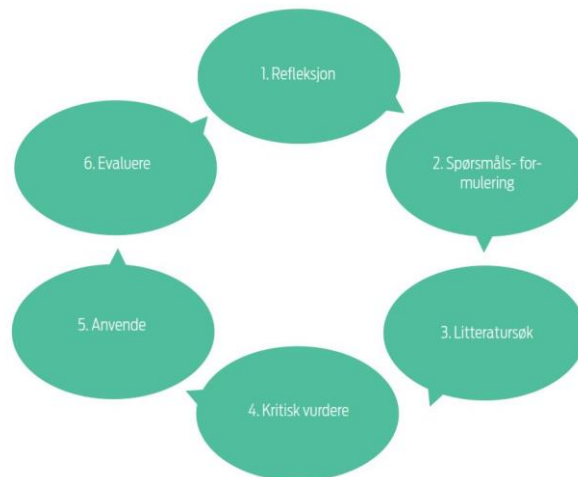
Å utøve ein kunnskapsbasert praksis er ein omfattande prosess. I kvardagen er det ikkje verken mogeleg eller praktisk at alle skal utføre heile denne prosessen. Om dette er begrepa «doers – users – replicators» brukt (S. E. Straus et al., 2004). «Doers» beskriv personar som utfører dei fem første stega i hjulet, dei har kjennskap og kunnskap, og tid til å halde på med å søke etter beste evidens. Personar som utfører har erfaring med kunnskapsbasert praksis, dei vil i klinikken være i mindretal. «Users» søker etter svar i lett tilgjengelege databasar, og

ser gjerne etter retningslinjer og kunnskapsoppsummeringar. Dette er mindre tidkrevjande, men forutset trening i å bruke dei enkle søkemotorane. «Replicators» følger straumen, dei nyttar retningslinjer, tar etter ein mentor, eller ein i klinikken ein ser opp til og har tru på. Med dette i mente må ein tilpasse undervising og opplæring av kunnskapsbasert praksis til mottakaren.

Kunnskapsbasert praksis delast i seks trinn (bilde nr 2) (Helsebiblioteket, 2016; Melnyk et al., 2010; Monica Wammen Nortvedt et al., 2012).

Bilde nr 2: Trinna i kunnskapsbasert praksis

Figur 1: Trinna i kunnskapsbasert praksis



<https://sykepleien.no/forskning/2016/04/laerer-jobbe-kunnskapsbasert>

Trinn 1 – refleksjon. Her reflektere vi over praksis. Kvifor gjer vi dette akkurat på denne måten, finnes det ein betre måte å gjere det på? Kva konsekvens får det for pasienten at vi nyttar denne metoden? Dette er eit viktig steg i utvikling av tenestene. Ein arbeidskultur som prioritere refleksjon i praksis forenkler dette.

Trinn 2 – spørsmålsformulering. For å kunne bruke relevant forskning kan det å stille velformulerte og presise spørsmål bidra til vellykka litteratursøk.

Trinn 3 – litteratursøk. Målet her er å søke etter den beste kunnskapen. Det gjer ein ved å søke i databasar meint for dette. Søkeord og søketeknikk tilpassa databasen ein nyttar er viktig her.

Trinn 4 – kritisk vurdering. Hensikta med dette steget er å vurdere gyldigheit, metodisk kvalitet, overførbarheit og resultat av funna frå førre steg. Sjekklistar basert på type studie er nyttig å bruke for kritisk vurdering. Dette for å sikre at funna faktisk er av god nok kvalitet til at ein eventuelt kan endre praksis.

Trinn 5 – anvende. I dette steget skal kunnskap overførast til praksis, også kalla implementering. Ulike rammeverk, metodar og teoriar er utvikla for hjelp til dette.

Trinn 6 – evaluere praksis. Hensikta med dette steget er å evaluere om ein faktisk har ein kunnskapsbasert praksis, og eventuelt avdekke områder for forbetring.

For å beskrive dette i praksis refererer eg til eit scenario frå Melnyk et al. (2010) side 53, der ein sjukepleiar utfører ein kunnskapsbasert praksis på eigen arbeidsplass. Sjukepleiaren har erfart fleire hjartestansar enn vanleg i eigen sengepost, og har lest ein studie der bruken av raskt respons team førte til færre hjartestans og intensivoverføringar. Sjukepleiaren synes dette var ein interessant tanke, og fortalte sjukepleieleiaren sin om funna ho hadde gjort. Sjukepleieleiaren oppmuntra til og la til rette for at sjukepleiaren fekk søke vidare etter litteratur som kunne støtte praksisen om bruk av raskt respons team, og forskning på effekten av dette i praksis.

Kirkevold og Nordli (1996) skriv at ein treng to ulike ferdigheiter for å anvende vitskapeleg kunnskap i praksis, vurderingskunnskap og anvendelseskunnskap. Den første handlar om å lese og forstå vitskapelege teoriar og rapportar, og samtidig kunne kritisk vurdere denne. Dette krev øving og mengdetrening. Ser ein på sirkelen over, nyttar ein vurderingskunnskap i dei fire første stega. Den andre typen ferdigheit, anvendelseskunnskapen, handlar om å kunne anvende den vitskapelege kunnskapen i praksis. Det gjer ein ved å danne seg eit inntrykk av situasjonen, velje ut relevant vitskapeleg kunnskap og sjå situasjonen ein er i opp mot teorien. Ein må så velje seg kva mål og verdiar ein vil nytte, og vurdere korleis desse kan anvendast til praksis, altså trinn fem i trinna i kunnskapsbasert praksis (Kirkevold & Nordli, 1996; Monica W Nortvedt & Jamtvedt, 2009).

Lyon et al. (2020) og Flottorp og Aakhus (2013b) beskriv eit gap mellom vitenskap og praksis grunna større utvikling av klinisk forskning enn på å utvikle metodar for å sikre at pasientane får nytte av forskinga. Resultat av dette kan være eit tilbod av lågare kvalitet, feilbehandling,

feildiagnostisering, tilbod om tiltak utan effekt, eller som kan gjere meir skade enn nytte, misfornøgde pasientar/brukarar, unødige kostnader, misforhold mellom utdanning og praksis.

Målet med implementering, trinn fem i kunnskapsbasert praksis, er å fremje opptak av resultat frå forskning i helsetenesta i den hensikt å betre kvaliteten på tenestene som vært tilbydd. Implementering kan definerast slik: *“Actively and systematically integrating information into place; identifying barriers to change, targeting effective communication strategies to address barriers, using administrative and educational techniques to increase effectiveness”* (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010, s. 6).

Crow (2006) viser i sin artikkel til tre studiar gjort på implementering. Ein studie av Doe viser at implementeringsforsøk mislykkast i 90% av tilfella grunna leiarar som ikkje tar høgde for endringa sin påverknad på personalet. Sirkin sin studie viser at to av tre endringar ikkje lykkast i dei fleste organisasjonar, og Mankins og Steel sin studie viser at i organisasjonar høsta omtrent 60% av potensialet av endringa grunna dårleg planlegging av gjennomføring. Vidare skriv Mankins og Steel at få av organisasjonane dei hadde studert evaluerte eller samanlikna organisasjonens resultat med utarbeida planar.

Implementering av evidensbasert praksis som heiltheitleg konsept kan forbeistrast ved bruk av ulike modellar og rammeverk (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017; Aasekjær, Waehle, Ciliska, Nordtvedt & Hjälmhult, 2016). Dette er metodar eller teknikkar meint å forbeistr implementering, og oppretthalde endringa. Målet er å forbeistr kvaliteten på helsetenesta ved å fremje systematisk opptak av kliniske forskingsresultat, og evidensbasert praksis rutinemessig i praksis. Kva modell ein velje å nytte avheng av prosjektet, og kompetansen til dei involverte.

Helse Førde brukar Forbedringsmodellen i forbeistringsarbeid. Modellen er eit rammeverk for å planlegge og gjennomføre forbeistringsarbeid på eigen arbeidsplass (Helsebiblioteket, 2015a; Helsedirektoratet, 2005; Pasientsikkerheitsprogrammet). Forbedringsmodellen er ein todelt modell der ein først skal planlegge forbeistringsarbeidet, for så å teste ut intervensjonar først i liten og deretter i større skala.

Det vitskapeleg fokuset på korleis ein i helsevesenet kan nytte seg av forskingsresultat har auka, og det forskast meir på kva strategiar som fungerer best i forbetningsarbeid, såkalla implementeringsforskning. Det kan tyde på at passiv overlevering av retningslinjer og tradisjonell undervising gir lite effekt. Både Brusamento et al. (2012) og Baker et al. (2015) sine oversikter viser at sjølv ved bruk av skreddarsydde intervensjonar er det varierende i kva grad det gir suksess. Det viser seg derimot at ei tilnærming med bruk av fleire intervensjonar har betre effekt enn ein intervensjon åleine, sjølv om det er, grunna vanskar med å utføre god forskning på området, lite belegg for å sei at dette stemmer. Lyon et al. (2020) skriv at det i seinare tid har vist seg nødvendig med integrerte opplæringsprogram med fokus på dei ulike stega i kunnskapsbasert praksis, og å skape ein kontekst for implementering.

3.2.1 Kunnskapsbasert praksis som lovpålagt krav

Gjennom lov er det bestemt at tenestetilbodet ein får som pasient gjennom helsevesenet skal vere av slik karakter at pasientane opplever sikkerheit og kvalitet, og slik får tillit til helsevesenet (Lovdata, 2019b). Helsepersonell skal yte fagleg forsvarleg pleie og behandling, utifrå kvalifikasjonar, situasjon og arbeidets karakter. Vidare skal ein som helsepersonell ta i bruk oppdatert kunnskap, retningslinjer og veiledarar, og involvere pasientane i eiga behandling. Å skape eit system for dette handlar om kulturendring og leiaransvar. Dagens sjukepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap. Pasientar skal ha behandling og pleie basert på oppdatert forskning, og det trengs derfor sjukepleiarar med kompetanse i å kritisk reflektere over eigen praksis, og i arbeid med fagutvikling. Samtidig erkjennast det at helsetenesta har ei utfordring med å ta i bruk ny kunnskap, og vegen frå forskning til kunnskapsbasert praksis er lang (Kunnskapsdepartementet, 2019; NSF, 2019; Regjeringen, 2019).

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (NSF, 2019) stiller store krav til kvar ein skild sjukepleiar. Sjukepleiarar har eit personleg ansvar for sin praksis, både fagleg, etisk og juridisk. Vidare i Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det at

1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.

1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis. (NSF, 2019).

NSF beskriv i kapitlet *Utvikle helse- og omsorgstjenestene* seks krav for ei god helse- og omsorgsteneste; kvalitetsstandarar for leiing, kvalitetsstandarar for organisering, kunnskapsbasert sjukepleiepraksis, fagutvikling/forskning og bruk av kvalitetsindikatorar (NSF).

Kunnskapsbasert praksis er forankra i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) og etter kvart også forankra i fleire nasjonale styringsdokument innan sosial- og helsetenesta. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2005) beskriv at god kvalitet på tenestene inneber at tenestene skal være verknadsfulle, trygge og sikre, involvere brukarane slik at dei får innflytelse, er samordna og gir kontinuitet, utnyttar ressursane på ein god måte, er tilgjengelege og rettferdig fordelt.

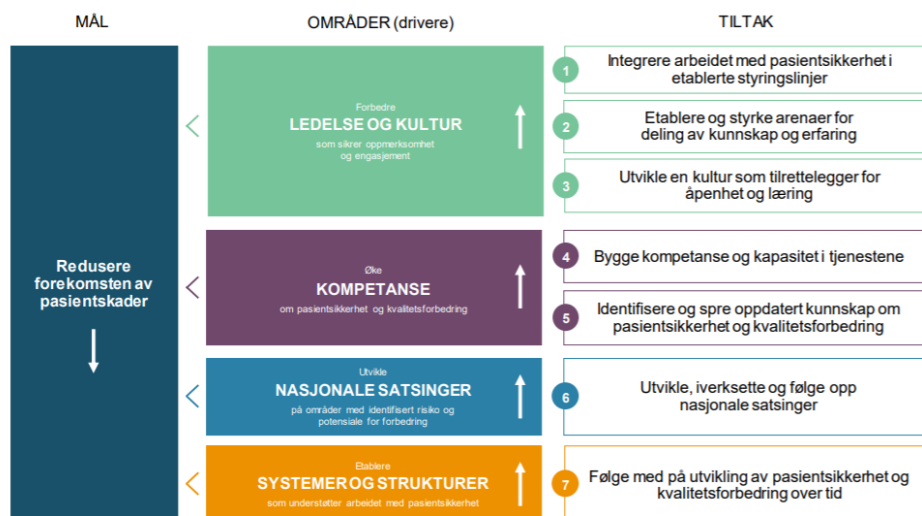
Stortingsmelding 11 (Regjeringen, 2019) har som formål å føre til større openheit og auka merksemd til kvalitet og pasienttryggleik. Område avdekt som utfordrande er, som påpeika i tidlegare stortingsmeldingar, ivaretaking av pasientperspektivet, leiing, system og kultur for å oppnå dette. Regjeringas mål for arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik er «*Pasientens helsetjeneste, åpenhet, læring og forbedring og målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet*» (Regjeringen, 2019).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og pasient og brukarerfaringar er verktøy stortingsmeldinga viser til som nyttig i dette arbeidet (Regjeringen, 2019). Kvalitetsindikatorar skal nyttast til kvalitetsstyring og kvalitetsforbetring då dei seier noko om kvaliteten på tenesta, og gir leiarar godt grunnlag for planlegging, styring og prioritering av tenestene. Helsedirektoratet er ansvarleg for arbeidet med kvalitetsindikatorane.

Helsedirektoratet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet utarbeida Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019). Planen

er overordna, og har som mål å føre til «Færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, 2019, s. 4). Handlingsplanen fokuserer på leiing, kultur og system for betre kvalitet og pasienttryggleik, og viser til behovet for ei leiing som er tydeleg, og eit system for å kunne gjennomføre endringar og styrke forbetningskompetanse (Helsedirektoratet, 2019). Handlingsplanen skriv vidare at ein kultur der tilsette og leiarar kjenner på eigarskap til kvalitetsforbetring og har ambisjonar om å utvikle seg vidare har større sjanse for å utvikle god kvalitet og pasienttryggleik. Handlingsplanen har fire overordna områder: Leiing og kultur, kompetanse om pasienttryggleik og kvalitetsforbetring, nasjonale satsingar, system og strukturer. Dei fire områda har ulike tiltak for å nå målet (bilde nr 3).

Bilde nr 3: overordna områder frå Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023



(Helsedirektoratet, 2019).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Regjeringen, 2020) skal gi retning og ramme for utviklinga av spesialisthelsetenesta. Det fokuserast på at teamsamarbeidet kring pasientar er viktig, og at tenesta må utviklast ved bruk av kunnskap om verknadsfulle metodar. Slik kan ein skape ein arbeidsplass der personalet kjenner på livslang læring. I planen står det at forbetningsarbeid fører til meir tid til pasientbehandling, og ein kan ved å nytte oppdatert

kunnskap unngå å bruke tid på behandling med liten effekt. Leiarane er ansvarlege for endring, i samarbeid med dei tilsette, og det må skapast god kultur for forbetningsarbeid lokalt. Kompetanseheving er nødvendig, sjukehusa må legge til rette for kompetanseutvikling. Det skal satsast på sjukepleiarar og helsefagarbeidarar, og vidareutvikling av spesialsjukepleiarar, forskning må integrerast betre i klinisk praksis og bidra til kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 viser til at endring skjer raskare enn tidlegare, og kunnskapen om kva som virka spreiaast raskt. Derfor må sjukehusa jobbe systematisk med å fase inn metodar som fungerer, og ut med det som er forelda. Det er nødvendig med tilgjengeleg styringsinformasjon for leiarar i alle nivå, og handlingsrom og beslutningsstøtte må giast for å gjennomføre forbetningsarbeid.

HelseOmsorg21 (HelseOmsorg21) er ein strategi på initiativ frå helse- og omsorgsdepartementet, der ei kunnskapsbasert helseteneste med fokus på kvalitet, pasienttryggleik og effektive tenester er målet. Brukarmedverknad, kompetanse og utvikling av forskning på helseområdet skal bidra til dette. Strategien vil identifisere kunnskapsbehov, samt styrker og svakheiter innanfor helse- og omsorgssektoren, og foreslå intervensjonar som kan føre til at kunnskap vart tatt i bruk.

HelseOmsorg21 skriv dette om bruk og utvikling av kunnskap i helsetenesta:

God og anvendelig kunnskap er en forutsetning for gode helse- og omsorgstjenester. Omsatt til handling kan kunnskapen benyttes til forebygging og pasientbehandling, kvalitetsutvikling og innovasjon, i drift av helsetjenester, til politiske beslutninger og videreutvikling av helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette vil bidra til helsepersonell med kunnskap, ferdigheter og kompetanse som til enhver tid trengs. (HelseOmsorg21, s. 122).

Det tar for lang tid før ny kunnskap vart tatt i bruk i praksis, og det er stor avstand mellom forskingsinstitusjonar og helsetenesta (HelseOmsorg21). Både i forskingsmiljøa og i helsetenesta er kunnskapen om implementering låg. Konsekvensar kan være at pasientar ikkje får anbefalt behandling, eller behandling dei ikkje skulle hatt. Kunnskap om, og evne til å implementere organisasjonsmessige endringar for å tilpasse seg notida er mangelfull. Regjeringa vil nytte HelseOmsorg21 som styrande for sine prioriteringar på område påpeika i

strategien. I følge HelseOmsorg21 har spesialisthelsetenesta ein veg å gå når det kjem til organisering, leiing og systematisk bruk av IKT, og ein ser ein reduksjon i kliniske studiar. Ved å integrere kunnskapsbaserte prosedyrar i journalsystem vil desse bli lettare tilgjengeleg for sluttbrukarane. Tiltak presentert er forskingstid til klinikarar, nasjonalt samarbeid og større nasjonal konkurranse. I framtida vil arbeidsoppgåvene ein har som helsearbeidar trengje ein anna type kompetanse, og utdanningsforløpet må endrast i takt med det slik at ein i framtida får spesialkompetansen som trengs (HelseOmsorg21; Stølen, 2012). Å ta i bruk ny kunnskap er ei utfordring, både i praksisfeltet og på leiarnivå. HelseOmsorg21 skriv at det må IKT løysingar til slik at dei som treng kunnskapen, frå pasientar til leiarar, enklare får tilgang til kunnskapskjelder og beslutningsverktøy. Det poengterast at den raskt voksende teknologiske utviklinga fordrar kunnskap blant helsepersonell om å nytte desse verktøya slik at ein kan frigje ressursar til andre arbeidsoppgåver (HelseOmsorg21; Kunnskapsdepartementet, 2019).

Den Nasjonale Strategien for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetenesten ...OG BETRE SKAL DET BLI, (Helsedirektoratet, 2005) skal gi innspel og idear til forbetningsarbeid på eigen arbeidsplass. Prinsippa om kvalitet, forbetningsarbeid, læring og refleksjon over eigen praksis ligg til grunn. Strategien beskriv at det grunna den teknologiske, kunnskaps-og kompetansesmessige og samfunnsmessige endringa og utviklinga er nødvendig med kontinuerleg fokus på forbetring. Dette til tross for at det norske helsevesenet er av dei beste i verda. Samtidig stillast det større krav og forventingar frå brukarane. Det erkjennast også at tenestene ikkje alltid virka slik intensjonen er, og kan bli tryggare og sikrere. I tillegg er det rom for forbetring når det kjem til ressursutnytting og fordeling. Strategien vektlegg at god leiing, tydelege føringar og avklarte roller er ei føresetnad for kvalitet. Viktigheita av å fokusere på korleis tenestene ytas, er organisert og vært leia i forbetningsarbeid er like viktig som å vite kva tenester ein tilbyr. Det administrative ansvaret handlar om rekruttering av fagpersonell, vedlikehalde kompetanse, og legge til rette for materielle, strukturelle og kulturelle vilkår for god tenesteytelse.

Eit moment i Den Nasjonale Strategien for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetenesten ...OG BETRE SKAL DET BLI er at «Arbeid med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift» (Helsedirektoratet, 2005, s. 13).

Bruk av valid kunnskap om effekt av intervensjonar i behandling, førebygging, pleie og omsorg har fått eige punkt i strategien. Faglege avgjersler skal bygge på relevant og oppdatert kunnskap, og erfaring. Dette må tileignast via forskning, utdanning og erfaring gjennom kollegial rettleiing og refleksjon, og samspel med pasientar og pårørnde. For at kunnskap frå forskning og praksis skal bli brukt må det være tilgang på kunnskapsbasar, og helsepersonell må vise vilje og ha mogelegheit til å vedlikehalde og bygge kompetanse innan sine fagfelt. For å nå målet om betre kvalitet på tenestene beskriv strategien at brukarperspektivet treng større plass, og utøvaren må kunne ta brukarperspektivet på alvor og omsette påliteleg kunnskap til praksis. Leiing og organisasjonen må forbeistrast, forbeistringskunnskap må på plass i utdanningar, og tenestene må følgast opp og evaluerast. I strategien presenterast det fleire tiltak innan desse ulike momenta.

Det store fokuset på å effektivisere offentleg sektor gjennom mål- og resultatstyring for å oppnå kontroll og begreising av utøving av skjønn er kalla New Public Management (NPM). NPM er blitt kritisert for å skape ein fryktkultur i helsevesenet. Leiarar vert tvungne til å sette økonomi og målbare indikatorar framfor medmenneskelege behov og kompetanse, noko som går på kostnad av det faglege. Tore Nyseter, forfattar av boka «*Velferd på avveie. Reformar. Verdier. Veivalg*», beskriv at NPM skapar fryktkultur i helsevesenet då NPM øydelegg for arbeidsmiljø, bedriftsdemokrati, medbestemmelse, yringsfriheit og openheit (Nyseter, 2016). Auka krav til effektivisering, skriv han fører til høgare arbeidstempo, mindre tid til omsorg og pasientkontakt, og auka dokumenteringskrav. NPM er blitt kritisert for å undervurdere fagfolk, for å gå på kostnad av primæroppgåve til helsearbeidarar, for å være demotiverande med bakgrunn i det store fokuset på kvantifisering av mål og verdier (Nyseter, 2016; Svarstad, 2017).

3.2.2 Debatten om kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis har vore kritisert og debattert i ulike fora innan både helse-, sosial- og pedagogisk forskning. Evidensbegrepet sin innflytelse på praksis har blitt problematisert då det har blitt stilt spørsmål ved om kunnskapsbasert praksis i for stor grad er påverka av evidensbasert medisin der kunnskap vært rangert i eit hierarki basert på verdi, med systematiske oversikter over randomiserte, kontrollerte studiar som gullstandard (Halås, 2018). Det har blitt hevda at denne rangeringa av kunnskap fører til ein regelstyring av

praksis, då tanken bak er at alt har ei årsak, og kunnskapen frå øvste del av hierarkiet vert rekna som den gyldige kunnskapen. I eit slikt kunnskapshieraki vært kvalitativ forskning rangert nedst, til fordel for kvantitativ forskning, noko som er blitt hevda er ei degradering av humanistisk forskning, klinisk ekspertise og erfaringsbasert kunnskap, og at det riktige er å likestille alle kunnskapsformene (Hoffmann, 2017; Tuntland, 2009). Hoffmann (2017) har respondert til dette ved å skrive at vi treng kvalitative studiar for å forstå korleis kvar enkelt og grupper handtere og styre helse si, og tar slutningar knytt til bruk av helsetenester. Det faktum at det i større grad produserast kvalitative studiar viser at det er ei større aksept for kvalitativ forskning.

Kravet om gyldigheit i vitskapeleg verksemd har Kari Martinsen kalla evidensialisering, og meiner med det at medisinens gyldigheit vært målestokken for vitskapeleg praksis (Fonn, 2019). Andre har peika på at det det kan sjåast på som eit forsøk på å få bukt med det vilkårlege, og gjennom kontrollsystem og byråkrati frå kontroll med profesjonsutøvinga. Dette har blitt sett i samanheng med New Public Management (NPM), der ein gjennom mål- og resultatstyring tilstrebe å effektivisere helsesektoren ved å oppnå kontroll og begrensing av utøving av skjønn. Kunnskapsbasert praksis har vore kritisert for å ikkje ha klinisk skjønn og kritisk refleksjon i fokus, der helsepersonell og pasientar sin kunnskap og erfaring vert ignorert til fordel for aksept og anvending av den forskingsbaserte kunnskapen (Fonn, 2019; Halås, 2018; B. A. Sandvik, 2013). Halås (2018) viser til artikkel av Grimen som meina at å inkludera skjønn i modellen for kunnskapsbasert praksis vil være ei forbetring av praksis.

Kunnskapsbasert praksis oppfordra til bruk av retningslinjer og veiledarar for å sikre at pasientar får behandling av god kvalitet, redusere uynskt variasjon og hindre unødvendig eller feil bruk av ressursar (Fretheim, Flottorp & Oxman, 2015). Retningslinjer er systematisk utvikla råd og anbefalingar utarbeid for å støtte pasientar og helsepersonell i ulike situasjonar. Veiledarar er meir generelle enn retningslinjer, dei omtalar og beskriv eit fagområde generelt. Veiledarar kan vise til retningslinjer (Helsebiblioteket, 2015b). Eileen Gambrill, professor i sosialt arbeid ved universitetet i Berkley, California, hevda at dette går mot det kunnskapsbasert praksis frontar då helsearbeidarar bør evne å kritisk og systematisk vurdere kunnskap dei sjølv vil bruke i arbeid med pasienten (Fossestøl, 2013). Ho skriv at bruk av retningslinjer kan gå på kostnad av tilpassing til kontekst, betydninga av

brukarmedverknad, pasientanes individuelle ynskjer. Bruk av reglar passar ikkje i alle situasjonar, den tar ikkje omsyn til pasientar som ikkje er «som alle andre», og følgeleg er det ingen oppskrift for korleis ein handtere desse situasjonane. Motkritikken til Gambill er at det er for tidkrevjande i praksis då det tar tid å gå gjennom forskning og ein treng kunnskap om å kritisk vurdere det ein finn. Bruk av retningslinjer vil derfor være nyttig i praksis for å bidra til at ny kunnskap vært nytta, og omsynet til den individuelle gjeld fortsatt (Flottorp & Aakhus, 2013a; Fossetøl, 2013).

Ifølge Kari Martinsen er sjukepleiefaget for praktisk til at den teoretiske og vitskapelege kunnskapen kan passe inn (Fonn, 2019). Ho poengtera at sjukepleia treng kunnskap som legg vekt på omsorgsverdiar og bruk av skjønn. Ved å legge for mykje fokus på det evidensbaserte vil sjukepleiarar bli «halvvegs legar», og distansere seg frå pasientperspektivet ein som sjukepleiar skal ha.

Hoffmann et.al har presentert forskjellig kritikk mot kunnskapsbasert praksis (Hoffmann, 2017). Til dømes kan det være vanskeleg å stole på kunnskapen når det er lite forskning gjort på området. Tilsvaret til dette er at kunnskapsbasert praksis handlar om å nytte pasientens preferansar i tillegg til forskning, og i tilfelle der det er lite kunnskap tilgjengeleg vært dette meir nødvendig. Ein anna kritikk er at den store mengda kunnskap som er tilgjengeleg kan opplevast overveldande for mange. Forfattaren skriv at dette er meir aktuelt i nokre disipliner enn andre, og at kompetanse i å søke etter og kritisk vurdere forskning er nødvendig for å finne det som er aktuelt for sitt felt. Vidare skriv Hoffmann at nokre meina at moderne randomiserte studiar fokuserar for mykje på tiltak som har liten betydning for helsa. Responsen til dette er at størrelsen på effekten, og pasientperspektivet må inkluderast i praksis når ein skal ta stilling til spørsmål kring bruken av desse tiltaka. Til sist er det ei bekymring for at uerfarne klinikarar slavisk kan følgje evidensen, til dømes ved bruk av retningslinjer og algoritmer, utan å involvere pasientens preferansar og helsetilstand i behandlinga. Ein kunnskapsbasert praksis handlar ikkje om å følgje reglar, men om å tilpasse behandling og tiltak til kvar enkelt pasient. Derfor er dømmekraft og argumentasjon avgjerande i så henseende.

Ei frykt blant kritikarane er at kunnskapsbasert praksis skal bli eit politisk verkty, brukt til å regulere praksis slik at grunnlag for refusjonar, legitimitet hos offentlege myndigheiter og for finansiering krev intervensjonar basert på forskingsfunn (Tuntland, 2009). Om ein vært økonomisk premiert for å nytte forskingsresultat, kan det gå på kostnad av brukarmedverknad og klinisk ekspertise.

3.2.3 Kompetanseutvikling

Kunnskap og kompetanse er ferdigheiter ein treng for å nyttegjere seg av kunnskapsbasert praksis. Det er eit skilje mellom kunnskap og kompetanse. Kunnskap er viten, lærdom, innsikt eller erkjenning. Regjeringa viser i NOU: 2018 til fleire definisjonar av kompetansebegrepet (Regjeringa, 2018). To av desse er definisjonar av henholdsvis OECD (2016) som beskriv kompetanse som *«evnen til å mobilisere kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier, kombinert med en refleksiv læringsprosess, for å kunne engasjere og samhandle»* (Regjeringa, 2018, s. 18), og Kunnskapsdepartementet (Meld.St.16 (2015-2016) som beskriv kompetanse som *«evne til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner, og ser kompetansebegrepet som summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse anvendes i samspill»* (Regjeringa, 2018, s. 18).

Vidare står det at kompetanse utviklast gjennom utdanning, opplæring, arbeidserfaring, og fortløpande kompetanseutvikling på arbeidsplassen samt ved etter -og vidareutdanning. NOU:2018 beskriv at det i arbeidslivet er behov for kompetente tilsette, og i takt med utvikling av teknologi, innovasjon og nye arbeidsmåtar krevst det organisasjonar som bidrar til kompetanseheving for å halde tritt (Regjeringa, 2018).

I HelseOmsorg21 står det at opplæring i kunnskapshandtering og kunnskapsbasert praksis må bli obligatorisk i alle helsefagutdanningar, og at lærarar treng auka kompetanse i dette. Det stillast krav til at ein som sjukepleiar skal halde seg oppdatert på forskning, og bidra til at ny kunnskap tas i bruk i praksis (HelseOmsorg21; NSF, 2019). I sjukepleias grunn -og vidareutdanningar er forskning, erfaring, fagleg skjønn og brukarmedverknad blitt ein del av studieplanen (HVL, 2019a, b), og Norsk sykepleierforbund vedtok i 2015 at spesialsjukepleiarar skal ha mastergrad (NSF, 2016). Sidan 2017 har det føregått eit arbeid initiert av Regjeringa med mål om å endre strukturen i høgare utdanning for å betre

kvaliteten i utdanningane, Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfag utdanningane (RETHOS), der fase 3 handlar om vidare- og masterutdanningar, og er planlagt satt i verk i august 2022 (Regjeringen). Retningslinjene skal utformast i tråd med nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR), der mastergrad er nivå 7 (bilde nr 4) (Regjeringen, 2011). Bekymringar kring diskriminering av spesialsjukepleiarar har blitt presentert i eit innlegg i Sykepleien, der forfattaren hevdar at departementet opna opp for at ein kan avbryte masterstudie etter to år, og likevel få spesialsjukepleiartittel og lønn deretter (Leonardsen, 2021). Forfattaren er bekymra for kva dette kan føre til for utdanning av framtidens spesialsjukepleiarar.

Bilde nr 4: Nasjonalt kvalifikasjonssystem

<p>Nivå 7: Master (2. syklus) En kandidat med fullført kvalifikasjon skal ha følgende totale læringsutbytte definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:</p>	<p><i>Kandidaten...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • har avansert kunnskap innenfor fagområdet og spesialisert innsikt i et avgrenset område • har inngående kunnskap om fagområdets vitenskapelige eller kunstfaglige teori og metoder • kan anvende kunnskap på nye områder innenfor fagområdet • kan analysere faglige problemstillinger med utgangspunkt i fagområdets historie, tradisjoner, egenart og plass i samfunnet 	<p><i>Kandidaten...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kan analysere og forholde seg kritisk til ulike informasjonskilder og anvende disse til å strukturere og formulere faglige resonnementer • kan analysere eksisterende teorier, metoder og fortolkninger innenfor fagområdet og arbeide selvstendig med praktisk og teoretisk problemløsning • kan bruke relevante metoder for forskning og faglig og/eller kunstnerisk utviklingsarbeid på en selvstendig måte 	<p><i>Kandidaten...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kan analysere relevante fag-, yrkes- og forskningsetiske problemstillinger • kan anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder for å gjennomføre avanserte arbeidsoppgaver og prosjekter • kan formidle omfattende selvstendig arbeid og behersker fagområdets uttrykksformer • kan kommunisere om faglige problemstillinger, analyser og konklusjoner
--	--	--	---

[Referencing the Norwegian Qualifications Framework \(NKR\) levels to the European Qualifications Framework \(EQF\) Report to the Norwegian referencing group \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/en/dep/helse/Referencing-the-Norwegian-Qualifications-Framework-(NKR)-levels-to-the-European-Qualifications-Framework-(EQF)-Report-to-the-Norwegian-referencing-group-(regjeringen.no))

HelseOmsorg21 skriv at forskingsbasert og erfaringsbasert kunnskap må omsettast til handling, helsepersonell og beslutningstakarar må ha enklare tilgang på nyttig kunnskap. Helsebiblioteket og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten er eit tiltak i så henseende (HelseOmsorg21, s. 122; Monica W Nortvedt & Jamtvedt, 2009). Ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskulen i Bergen jobbast det med å gjere kunnskapsbasert praksis kjent og enklare tilgjengeleg ved å produsere kunnskapsoppsummeringar, etablere helsebiblioteket, og utvikle utdanningar på forskjellige nivå. Nettkurset www.kunnskapsbasert.praksis.no er gratis, og kan nyttast i praksis og utdanning av helsepersonell for å auke kunnskapen om kunnskapsbasert praksis (Monica W Nortvedt &

Jamtvedt, 2009). Kunnskapsdepartementet skriv at det trengs helsepersonell som kan å ta i bruk ny kunnskap, reflektere over eigen praksis, og bidrar til at kunnskap vært tatt i bruk i praksis, og at utdanningsløp er viktige bidrag for å oppnå dette (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Pasientsikkerhetsprogrammet.no starta i 2011 på initiativ frå Helsedirektoratet. Programmet var eit tiltak for å gi helseføretaka hjelp og bidrag i arbeidet med pasienttryggleik og kvalitetsforbetring. Bakgrunnen var det store talet pasientskadar, og tidsaspektet implementering tar. Programmet har bidratt med Forbedringsguiden, ein vegleiar i forbetningsarbeid, delt ut prisar, presentert forbetningsarbeid frå det ganske land, arrangert konferansar, utarbeida tiltakspakkar innan ulike områder (bilde nr 5) og fokusert på tiltak som tavlemøter for å systematisere og effektivisere arbeidet. Eit mål for programmet var at alle landets helseføretak skulle implementere tiltakspakkane, og ha ein plan for korleis desse skulle takast i bruk.

Bilde nr 5: Pasientsikkerhetsprogrammet sine innsatsområder



[Pasientsikkerhetsprogrammet](#)

Pasientsikkerhetsprogrammet er no blitt I trygge hender 24/7, med styringsgruppe leia av helsedirektør Bjørn Guldvog, fagråd knytt til Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, og ekspertgrupper innan dei ulike tiltakspakkane. I trygge hender 24/7 skal bidra med å redusere pasientskadar, bygge strukturar for pasienttryggleik, og forbetre pasienttryggleikskulturen i helsevesenet. For å lykkast med forbetningsarbeid treng alle

yrkesgrupper og nivå i helsetenesta kjennskap til forbetningsmetodikk, og viser til ulike utdanningar og kurs som vært arrangert, og Forbedringsmodellen som metode for å planlegge og gjennomføre forbetningsarbeid. Om leiing i forbetningsarbeid skriv I trygge hender 24/7 det må byggast kultur, sikre kompetanse og utvikle system for å heve kvaliteten på tenestene, basert på Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten. Kjerneområda ein må ha fokus på som leiar er å sette pasienttryggleik på dagsorden, lytte til og involvere pasientar, brukarar og pårørande, samt få oversikt og etterspørje målingar, skape kultur for openheit, bygge kompetanse og være synleg og lytte til medarbeidarane.

3.2.4 Organisasjonskultur

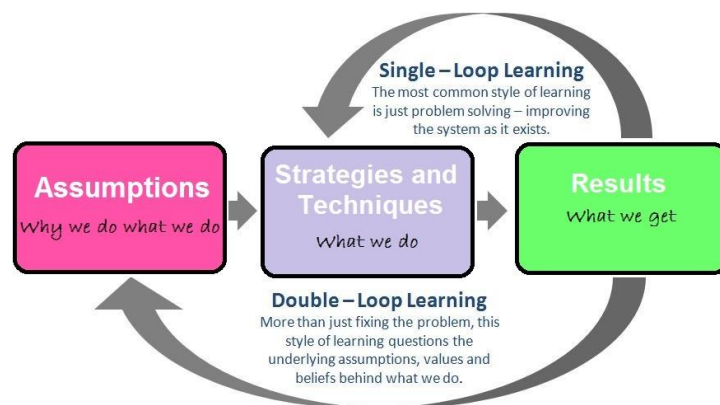
Torunn Hamran, sjukepleiar og sosiolog, seier at kompetanse og yrkeskunnskap utviklast gjennom kvar enkelt sitt møte med ein organisasjon, tradisjon eller kultur. På denne måten kan ein sei at all kompetanse er organisatorisk kompetanse. Kompetanse er ein endringsfaktor, og den som innehar kompetanse må vere kritisk og reflektert over eigen og andre sin praksis. Dette må lærast, og krev endringskompetanse. Orvik (2004) viser til døme der legar og sjukepleiar stadig må forbetre praksis i form av å implementere nye retningslinjer for behandling. Læring har forskjellige definisjonar. Felles for dei ulike er at endring er knytt til faktisk eller potensiell åtferdsendring. Nævdal og Vollset viser til Lai som definere læring slik «*tilegnelse av kompetanse (kunnskaper, ferdigheter og holdninger) som gir relativt varige endringer i atferdspotensialet*» (Nævdal & Vollset, 2002).

Kultur har betydning for suksess. Organisasjonskultur handla om «*hvordan gjør vi det hos oss*», definert av Deal og Kennedy i 1982 (NTNU). Korleis tilsette «oppfører» seg speglast av omgjevnadane og forventingar som stillast til kvar enkelt. Tillit, openheit, involvering, utfordringar, støtte frå medarbeidar og leiarar, og friheit er faktorar som trengs for å skape ein god kultur. Arbeidsplassens verdiar påverkar også kulturen. Argyris og Schön (1978) (NTNU) skil mellom uttrykte verdiar, desse finnes i offentlege dokument og er uttrykk for verdiar leiinga meina bør være tilstade, og bruksverdiar som er den faktiske kulturen i organisasjonen og kjem til uttrykk gjennom dei tilsette sine handlingar. Vidare står det at eit gap mellom desse er uttrykk for at organisasjonskulturen ikkje er i tråd med mål, resultat og strategi. Leiarar må i slike tilfelle sette i verk tiltak for å minske gapet. Skal ein endre ein

kultur som ikkje fungere krevst det at ein stiller spørsmål til den noverande kulturen slik at ein kan lære av det som ikkje fungere. Leiarar åleine kan ikkje endre kulturen, men har ei viktig rolle i å forstå at dei er ein del av korleis kulturen er blitt, som rollemodellar for den ynska kulturen ved å sjølv vise ynskt åtferd. Dette har større verknad enn å kommunisere ut den ynskte veremåten (NTNU). Hetland (2008) referere til Hofstede (1980) som beskrev at den norske kulturen kjenneteiknast av «feminine» verdiar, der omsorg og samarbeid blei verdsett meir enn konkurranse og fokus på å løyse oppgåver, altså meir «maskuline» verdiar.

Individuelle og organisatoriske betingelsar verkar inn på realisering av åtferdspotensialet. Organisatoriske betingelsar dreie seg i tillegg til dei strukturelle og kulturelle forholda i organisasjonen, om mogelegheitene ein har til å bruke eller skaffe seg ny kunnskap. Argyris og Schöns viser til ulike læringsformer; single-loop- learning og double-loop- learning, på norsk kalla enkel-krets-læring og dobbelt-krets-læring, som har betydning for endring ved læring (Cartwright, 2002; Nævdal & Vollset, 2002) (bilde nr 6). Single-loop-learning handlar om å oppdage feil og korrigere desse, til dømes gjennom prosedyrar. Ei konkret og oppgåveorientert endring, der systemet ikkje vert ofra ein tanke. Det fører til at organisasjonen endrar korleis dei utfører noko, til dømes ved å endre prosedyra. Double-loop-learning handlar derimot om å finne ut korleis systemet fungere, om det er målsettingar eller køyrereglar som treng å endrast. Ein går djupare inn i materien for å finne ut kor feilen kan ligge. Endringa er ikkje lenger avhengig av den individuelle, men har utvida seg til å gjelde organisasjonen.

Bilde nr 6: Single-loop learning og double-loop learning av Argyris og Schöns



[loop.jpg \(882×495\) \(wordpress.com\)](#)

Kompleksiteten i helseorganisasjonar krev leiar- og leiingsutvikling som gir mogelegheita til å endre leiarstil (Frich, Sjøvik & Spehar, 2017). I helsevesenet har leiarar i klinikken ofte blitt leiarar utan å være nok forberedt. Ein skil mellom «leiarutvikling» og «leiingsutvikling». Det første handlar om enkeltindividet, og evna den har til å fungere i leiarrolla. Det andre handlar om gruppa sin evne til å skape felles engasjement, forståing, retning. Å utvikle gode leiarar og leiing er ein kontinuerleg prosess, og plan for tiltak og aktivitetar knytt til dette er nødvendig.

To leiarstilar særskilt beskrive i litteraturen er transformasjonsleiing og transaksjonsleiing. Transformasjonsleiing blei lansert i 1978 av Burns (Lai, 2017). Ein leiar som har ein transformativ tilnærming søker å endre og motivere medarbeidarane gjennom å gjere dei bevisst på konsekvensen av arbeidsoppgåvene dei utfører, appellera til deira moralske verdiar i den hensikt å gjere bevisst om etiske forhold, og får dermed medarbeidarane til yte utover eiga interesse for fellesskapets skyld. Den transformative leiaren ynskjer å inspirere medarbeidarane til å følgje deira visjon, og jobbe for organisasjonens beste, utover eigeninteresse. I motsetnad er transaksjonsleiing, også kalla la-det-skure-og-gå-leiing. Denne leiaren er meir passiv, motivere dei tilsette til å gjere dei arbeidsoppgåvene dei er satt til basert på leiarens ynskjer, og ikkje noko meir enn det. Ein slik leiar antar at medarbeidarane er på jobb for å få betalt, og gjer det dei må i arbeidet sitt (Hetland, 2008; Lai, 2017). Den passive leiaren tar ikkje rolla si på alvor, og det visast ein samanheng mellom låg jobbtilfredsheit og utbrentheit. Ein konsekvens av det kan være at arbeidstakarar finn seg ny arbeidsstad (Hetland, 2008). Det viser seg at dei beste resultata oppnåast på arbeidsplassar der leiaren har ei transformativ tilnærming. Leiarar påverkar motivasjonen til sjukepleiarar direkte og indirekte. Eit positivt leiarskap aukar pasientfornøgdheita, fører til færre uheldige skader, lågare dødsrate, og færre medikament feil (Hartviksen, Aspfors & Uhrenfeldt, 2019; Kiwanuka, Nanyonga, Sak-Dankosky, Muwanguzi & Kvist, 2021). Leiarar med ein transformativ stil føre til medarbeidarane som yter betre då dei trivst betre, tar i større grad på seg andre arbeidsoppgåver, og er meir innovative som fører til at ein oppnår betre resultat, både på medarbeidarnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå (Hetland, 2008; Lai, 2017). Jurist og leiarutdanna Pål Arne Edvinsen beskriv ein god leiar som ein leiar som får fram dei gode resultata, veit at effektivt arbeid med god kvalitet er rota til suksess (Hammernes, 2021). Gode leiarar er tilstade, opptatt av detaljane rundt seg, går inn i rolla

med stor energi, og skapar trygghet for dei tilsette. Effektive leiarar kopiera andre leiarar som har lykkast i jobben sin, og jobbar for å skape gode team med felles utfordringar, mål og strategiar for å utvikle vi-følelsen. Å bli ein god leiar kan lærast (Hetland, 2008; Lai, 2017). Tiltak for leiarutvikling kan være å gå med mentorar som kan fungere som rollemodellar, å få ansvarsfulle roller eller delta i prosjekt der ein i lag med andre skal løyse utfordringar, tilbakemelding via medarbeidarsamtale, og å oppdatere seg på litteratur, delta i nettverk og ressursgrupper (Frich et al., 2017).

Til tross for at kunnskapsbasert praksis er integrert i forskrifter og utdanningar unnlater helsepersonell på tvers av profesjonar og institusjonar å ta det i bruk, så også hos toppleiarar. Forsking av høg kvalitet er usystematisk nytta i praksis (S. Straus, Tetroe & Graham, 2013). Å innlemme beste evidens i retningslinjer og prosedyrar er ikkje tilstrekkeleg til endring. S. Straus et al. (2013) viser til døme der statiner ikkje vært nytta til tross for evidens for at det redusere risikoen for død og alvorleg sjukdom etter slag, at antibiotika vært overbrukt utan god evidens for det, WHO nytta ikkje systematiske oversikter i deira arbeid, og retningslinjer vært ikkje fylgd i praksis. For å dekke dette gapet mellom kunnskap og praksis har intervensjonar fokusert på endring av åtferd, kontekst, og politikk. Straus hevdar at innsatsen bør settast inn på effektive kunnskapsoverføringsstrategiar som involverar alle delar av omsorga, tilgang til forskning, strategiar for pasientsikkerheit og spørsmål på organisasjon og systemnivå.

Helsetilsynet har ved tilsyn i landets føretak erfart manglande oppfølging av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Regjeringen, 2019). Dei har også erfart at leiarar på ulike nivå i helsevesenet opplever forskjellige forventingar til overordna og kollegaer. Leiarar opplever manglande støtte, nyttig verktøy og ressursar for å halde forbetningsarbeid i gang. Uforutsatte hendingar som omorganisering, endring av retningslinjer, tilsette som sluttar er endringar ein må ta høgde for i forbetningsprosessar. Helsetilsynet har merka seg at erfaring med forbetningsarbeid er til hjelp når slikt skjer, og at dei største utfordringane er systematisk evaluering og korrigerering.

3.3 Hemmarar og fremmarar for kunnskapsbasert praksis

Det er gjort mykje, både kvalitativ og kvantitativ, forskning på bruken av kunnskapsbasert praksis blant helsepersonell, og korleis ein best kan implementere det i praksis.

Gjennomgåande for studiane er fellestrekk når det kjem til bruken av kunnskapsbasert praksis, og barrierar for implementering. Mange erkjenner viktigheita av å jobbe kunnskapsbasert, men det er lite anvendt i praksis. Løysingar for å komme i mål med implementering kan ligge på fleire nivå i organisasjonen, frå topp til botn, også i utdanningar (Ubbink, Guyatt & Vermeulen, 2013; Williams, Perillo & Brown, 2015). Barrierane er fleire, og kan delast i organisatoriske og individuelle (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Organisatoriske barrierar handlar om områder i organisasjonen som påverkar implementering, medan individuelle barrierar dreiar seg om kvar enkelt sin betydning for implementering og bruk av kunnskapsbasert praksis.

Vidare i kapittelet vil barrierar og hemmarar bli nærare beskrive, knytt til ulike roller som har betydning for implementering og bruk av kunnskapsbasert praksis.

3.1 Sjukepleiarar

For kvaliteten på helsetenesta vil det vere av stor verdi at sjukepleiarar, som er den største arbeidsgruppa i sjukehus, kan jobbe kunnskapsbasert (Flodgren, Rojasreyes, Cole & Foxcroft, 2003). Sjukepleiarar som brukar kunnskapsbasert praksis aktivt har ein styrke i at dei klarar å tilpasse pleia til kvar enkelt pasient (Melnyk, Fineout-Overholt, Giggelman & Choy, 2017).

Positivitet til kunnskapsbasert praksis er assosiert med kjennskap og kunnskap, høgare utdanning, tal år som sjukepleiar, alder, erfaring med kunnskapsbasert praksis, bruk av forskning i praksis, vellykka implementering av kunnskapsbasert praksis, færre opplevde barriere mot kunnskapsbasert praksis, og oppleving av sterk kultur for å jobbe kunnskapsbasert (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Sjukepleiarar i klinikken er mindre positive til kunnskapsbasert praksis enn sjukepleieleiarar og sjukepleiarar som jobbar med indirekte omsorg. Artikkelen til G. K. Sandvik, Stokke og Nortvedt (2011) og studien til Saunders og Vehviläinen-Julkunen (2017) avdekka fleire individuelle og organisatoriske strategiar og hemmarar for implementering av kunnskapsbasert praksis for sjukepleiarar.

Tid, tilgang til datamaskiner med databasar, bruk av kliniske retningslinjer, eit arbeidsmiljø som er opptatt av fag og fagutvikling, kompetanseheving, synleggjering av nytten for pasientane, reiskap til å implementere og tverrfaglege team på sengepost er ressursar av betydning for implementering av kunnskapsbasert praksis for sjukepleiarar. Redusert bemanning og tung pasientbelastning, manglande leiarstøtte og tilførte ressursar er gjentakande barrierar på organisasjonsnivå. Individuelle barrierar er kompetanse i å utføre litteratursøk og kritisk vurdere funna, datakunnskap, utfordringar kring å lese engelskspråkleg litteratur, og sjølvtilitt i forhold til eigen kunnskap og kompetanse.

Williams et al. (2015) presenterer i eit scoping review fem gjentakande barriere mot å jobbe kunnskapsbasert. Rangert etter kor ofte dei oppdaga dei ulike barrierane i studiane er rekkefølga slik; arbeidsmengde, manglande støtte frå kollegaer og leiing, mangel på ressursar, mangel på mogelegheit til å endre praksis, arbeidsplassens kultur for endring. Sjølv om det var positivitet knytt til bruk av kunnskapsbasert praksis opplevde helsepersonell ei auka arbeidsmengde relatert til krav, dårlegare pasientar, og at pasientretta oppgåver måtte komme før evaluering av praksis i hensikt å forbetre den. I tillegg har sjukepleiaren oppgåver som portør, vaske gulv, stelle pasientar, lage mat, assistere legane (Ousdal & Fause, 2019).

Mange sjukepleiarar rapportera at dei sjeldan nyttar forskingsresultat i sitt daglege virke (Berland, Gundersen & Bentsen, 2012; Williams et al., 2015). Ein nyttar heller det ein lærte i utdanninga, eigenopplevd erfaring, og erfaring til kollegar. Kvar enkelt sjukepleiar sin sjølvtilitt i forhold til eigen kompetanse og kunnskap, haldningar og tru på kunnskapsbasert praksis har betydning for bruken (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Uavhengig av rolle, setting og land har sjukepleiarar positive haldningar og tru på kunnskapsbasert praksis (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Likevel viser forskning at sjukepleiarars haldningar til og tru på kunnskapsbasert praksis er større enn kunnskapen, kompetansen, og implementering av kunnskapsbasert praksis.

Saunders og Vehviläinen-Julkunen (2017) viser til fleire studiar der kor vidt sjukepleiarar meina at deira arbeidsplass er kunnskapsbasert avheng av styrken på eiga tru på kunnskapsbasert praksis, og sjukepleiarar i fleire land seier at under halvparten av klinisk

praksis er kunnskapsbasert. Fleire har også større tru på at kollegaer implementere kunnskapsbasert praksis i større grad enn dei sjølve.

Mange sjukepleiarar har utilstrekkeleg kunnskap om bruk av kunnskapsbasert praksis. Ei føresetnad for at kunnskap skal bli implementert til praksis er å kunne kritisk vurdere evidensen. Like viktig er det at kunnskapen er lett tilgjengeleg der ein jobbar (Melnyk et al., 2017; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; G. K. Sandvik et al., 2011; Williams et al., 2015). I bachelor utdanninga for sjukepleiarar er kunnskapsbasert praksis blitt ein del av pensum, og fleire vidareutdanningar for sjukepleiarar er blitt masterstudium (HVL, 2018, 2019a, b; Lovdata, 2019a). Høgare utdanning og deltaking i utdanning om kunnskapsbasert praksis predikerer positive haldingar til det, medan kunnskap om å søke og finne informasjon i databasar fører til meir tru på bruken (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Til tross for positive haldingar og tru på kunnskapsbasert praksis er det likevel sjeldan at sjukepleiarar deltar i aktivitetar knytt til dette.

Ei 15 studiepoengs utdanning i kunnskapsbasert praksis blei i 2004 etablert ved Høgskulen på Vestlandet, avdeling Bergen. Aasekjær et al. (2016) utførte ein kvalitativ studie der tju helsepersonell som hadde fullført utdanninga blei intervjuet om dei praktiserte ein kunnskapsbasert praksis i ettertid. Erfaringar helsepersonellet sat med var utfordringar kring å engasjere kollegaer til å ta kunnskapsbasert praksis systematisk i bruk, og til å forstå prinsippa kring det. Støtte, tid, frykt for å gløyme den opparbeida kompetansen, strukturerte handlingsplanar og kollegaeengasjement var forhold som påverka implementeringa. Likevel var handling og forplikting frå leiarar den dominante faktoren, avgjerande for framgang.

Ein kvantitativ norsk studie gjort på same utdanninga som beskrive over synte at studentane som deltok hadde positive haldningar til kunnskapsbasert praksis (Snibsoer, Olsen, Espehaug & Nordtvedt, 2012). Kor vidt ein utførte ein kunnskapsbasert praksis i etterkant av vidareutdanninga varierte. Mest positive var dei som deltok i eit kunnskapsbasert nettverk på arbeidsplassen sin, som til dømes fagringar, leseringar, artikkelskrivegruppe, og blant helsepersonell med master og doktorgrad. I ein fagring får ein mogelegheit til å reflektere, dele erfaringar, og stille spørsmål til eigen praksis, som ein igjen søker å finne svar på (Halås, 2018).

Som beskriv tidlegare skriv Kunnskapsdepartementet at ein treng helsepersonell som kan å ta i bruk ny kunnskap, reflektere over eigen praksis, og bidra til kunnskapsutvikling i praksis (Kunnskapsdepartementet, 2019). Det er knytt usikkerheit til effekten spesialsjukepleiarar har på ulike utfall som død, reinnleggingar, trykksår og lengda på sjukehusopphaldet. Orton, Andersson, Wallin, Forsman og Eldh (2019) meina at kva nivå av utdanning sjukepleiarar har viser seg å ha signifikant betydning for helserelevante utfall. Å ha tilsette med tilstrekkeleg kunnskap til å utføre ein praksis med god kvalitet er fundamentalt viktig. Til dømes hevdar dei at sjukepleiarar med master eller doktorgrad brukar forskingsresultat i større grad i det kliniske arbeidet enn sjukepleiarar utan denne kompetansen. Ein mix av ulike sjukepleiekompetanse viser positiv verknad på mortalitet, og lengda av sjukehusopphald. Ei systematisk oversikt frå 2019 er mindre sikker i sin sak (Butler et al., 2019). Få studiar blei inkludert, og kvaliteten på studiane var svake. Konklusjonen var likevel at det er liten effekt å finne på at spesialsjukepleiarar har betydning for mortalitet, og meir usikkert angående andre utfall som reinnleggingar, trykksår og lengda på opphaldet. Sjukepleiarar med master og doktorgrad seier at dei opplever lite støtte frå sjukepleieledarar og toppleiarar, noko som er til hinder for å bruke kompetansen sin, og utvikle seg vidare (Orton et al., 2019). Mange følte at det ikkje var klare forventningar til korleis dei skulle bruke kompetansen sin på arbeidsplassen, og at dei stort sett utførte dei same arbeidsoppgåvene som kollegaer utan kompetansen dei sat med i kraft av sin vidareutdanning. Mange av dei som var intervjuet i Orton et al sin studie hadde ein sterk motivasjon til å utvikle kunnskapsbasert praksis på arbeidsplassen, og hjelpe kollegaer til å søke etter forskning, korleis vurdere og nytte det dei finn, men dei meinte at leiarar ikkje forstod kva kompetanse dei sat med, og korleis denne kunne nyttast i praksis.

Fagutviklingssjukepleiar/fagsjukepleiarstillingar blei oppretta som ein konsekvens av helseføretakas krav om å legge til rette for at kvar enkelt kan utøve forsvarleg pleie, og sjukepleiaranes krav om å halde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis. Christiansen, Carlsten og Jensen (2009) beskriv ein norsk studie utført ved Universitetsjukehuset i Oslo der eit av funna viser at sjukepleiarane set sin lit til fagutviklingssjukepleiarar som støttespelarar i fagleg underbygging, utvikling, og oppdatering av praksis. Christiansen et al intervjuet fem fagutviklingssjukepleiarar og fann at fagutviklingssjukepleiaren fungere som ein brubyggar mellom forskning og klinisk praksis, og

at dei forsøker gjennom å legge til rette for læring å stimulere til kunnskapsutvikling i praksis. Likevel er det store pedagogiske og administrative utfordringar knytt til rolla som fagutviklingssjukepleiar, som utfordrar arbeidet med fagutvikling. Eit prosjekt ved Universitet i Nord Noreg (UNN) søkte å endre kulturen for å arbeide kunnskapsbasert ved å auke tal stillingar til fagsjukepleiarar i ulike seksjonar, og kurse desse i dei forskjellige stega i kunnskapsbasert praksis (Liland, Moe, Thomassen & Lind, 2017). Dette, i tillegg til å gi leiarar og sjukepleiarar innføringskurs i kunnskapsbasert praksis, førte til at organisasjonskulturen endra seg positivt på dette området.

Ein studie gjort av French (2005) viser at legegruppa har stor påverknad i kva tiltak sjukepleiarar nyttar i sitt arbeid. Nancy Blake, Nursing Director of Critical Care Services at the Childrens Hospital Los Angeles, hevdar at ein bør strebe etter å forske som team, lege og sjukepleiar (Blake, 2016). Sjukepleiaren har ei anna forståing og syn på området som kan komme til nytte, og det kan styrke resultatet av forskinga. Fleire studiar viser til at teamsamarbeid, og teamfølelsen har betydning for å ta i bruk forskning i praksis (Harvey et al., 2019; G. K. Sandvik et al., 2011). Williams et al. (2015) beskriv studiar der sjukepleiarar rapportar at deira meiningar og tankar ikkje blei verdsett av legegruppa. Det gjorde at dei vegra seg mot å ytre sin kunnskap, som igjen førte til negativitet knytt til kunnskapsbasert praksis. Motivasjon for å nytte kunnskapsbasert praksis er å erfara at kunnskapen fører til betre pasientutfall.

3.2 Sjukepleieleiarar

Leiarar har generelt ein sentral posisjon til å begrense kunnskap- og informasjonsgap, og nytte planar og strategiar til å forbetre kvaliteten og redusere skade (Hartviksen et al., 2019). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at «*Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon [...] (NSF, 2019).*

På 80-talet endra fokuset i sjukehus seg frå å være eit servicetilbod til at inntekter og utgifter blei viktig. Fram til då var sjukepleiaren leiar for sjukepleiegruppa og legen for legegruppa, men styresmaktene ynskte at den som var best eigna til å leie skulle gjere det (Mathisen, 2006). Åshild Fause, lektor ved sjukepleieutdanninga i Tromsø, såg negativt på dette (Ousdal & Fause, 2019). Ho hevda at vilkåra for utøving av sjukepleie har blitt dårlegare som følge av

at sjukepleieleiarar med kunnskap om betydning av pleie er vekke. Ho sa vidare at avdelingsleiarar no er meir opptatt av å holde budsjett enn å stille faglege krav, og at sjukehusdrift handlar meir om kroner og øre no enn før. Stort sett er det dei antatt faglegast flinke sjukepleiarane som har blitt tilsett som sjukepleieleiar, mange utan leiarerfaring eller leiarutdanning.

Sjukepleieleiarar har ei viktig, men oversett rolle i implementering av kunnskapsbasert praksis (Harvey et al., 2019). Empiriske studiar viser at sjukepleieleiarens rolle er undervurdert, i stor grad passiv, og begrensa av konkurrerande krav, eller at det er manglande kunnskap og ferdigheiter blant sjukepleieleiarar om korleis dei kan implementere kunnskapsbasert praksis.

I ein pluss artikkel i Ledernytt beskriv førsteamanuensis og forskar Hulda M. Gunnarsdottir ved Stavanger Universitetssjukehus utfordringar i mellomleiarrolla slik:

[...]det som preger mellomlederposisjonen, er at de i kraft av sin stilling både er ledere og følgere. De får føringer fra toppen som de må følge, og så skal de lede sine egne medarbeidere. Det kan også være utfordrende at de må forholde seg til ulike sektorer og avdelinger på eget nivå, som kan ha motstridende interesser. (Ledernytt, 2021).

Gunnarsdottir seier vidare at «Det bør anses som positivt at mellomledere uttrykker tvil, uenighet og verdikonflikter ovenfor ledelsen som gir føringene» (Ledernytt, 2021).

Organisasjonens kultur og politikk, støtte frå leiinga, ressursar og investering i kunnskapsbasert praksis har betydning for kor vidt ein arbeidar kunnskapsbasert. Intervensjonar retta mot leiing og organisatoriske infrastruktur, positive og resultatorienterte leiarar og handlingsplanar er faktorar av betydning inn mot vellykka implementering (Melnik et al., 2017; Røkholt, Davidsen, Johnsen & Hilli, 2017; G. K. Sandvik et al., 2011; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). For at kunnskapsbasert praksis skal verte ein naturleg del av kvardagen krevst forankring og satsing i spesialisthelsetenesta (Folkehelseinstituttet, 2015; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Vandvik & Eiring, 2011). Organisasjonens evne til endring og til å ta sjansar er faktorar av betydning for implementering, dette avheng igjen av leiareigenskapane. Det krevst ein kultur som er motivert til læring, som tar i bruk ny kunnskap, har opplæring i systematisk forbetningsarbeid

og endrar kurs basert på resultat av monitorering då endringar må målast for å følgje med om endringa fører til forbetring (Folkehelseinstituttet, 2015; Melnyk et al., 2017; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Dersom ein som helsepersonell deltar i forskingsprosjekt, har kunnskap om forbetningsmetodikk, og det er ein kultur for å jobbe kunnskapsbasert vil det vere enklare å implementere ny kunnskap då ein får eit eigarforhold til forskinga (S. Straus et al., 2013; Vandvik & Eiring, 2011).

Organisatoriske barrierar er organisasjonen kultur for å støtte kunnskapsbasert praksis, eit miljø der kunnskapsbasert praksis er norma, og tilgang på sjukepleielearar og mentorer med kunnskap om temaet, som støtte for bruken (Hauck, Winsett & Kuric, 2013; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017; Williams et al., 2015). Saunders og Vehviläinen-Julkunen (2017) skriv at sjukepleiaren sin leiar må gå føre som eit godt eksempel, vere rollemodell i bruk av kunnskapsbasert praksis, og bringe ressursar for implementering av dette. Alle sjukepleiarar må kunne vere kritisk til eige arbeid, identifisere problem og spørsmål i dagleg virke, men det er ikkje nødvendig at alle sjukepleiarar skal kunne å søke etter og kritisk vurdere forskning. Sjølv om ein opplever at arbeidsmengda er for høg til at fagutvikling kan prioriterast bør fokuset for leiar vere å legge til rette slik at det vært mogeleg for dei som har lært det. Om ein som helsepersonell erfara at kunnskapen ein sit med vert sett pris på og etterspurt av næraste leiar er det større sjanse for at ein engasjerer seg i utvikling av arbeidsplassen (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017; Williams et al., 2015). Fleire intervensjonar i lag har betre effekt enn ein åleine (Baker et al., 2015; Brusamento et al., 2012; Fretheim et al., 2015). Å nytte seg av sjukepleiarar med kunnskap og kompetanse om kunnskapsbasert praksis som superbrukar, åleine eller i kombinasjon med andre intervensjonar, kan ha god effekt på bruken av kunnskapsbasert praksis og retningslinjer (Flodgren, O'Brien, Parmelli, Grimshaw & Flodgren, 2019; Fretheim et al., 2015; Melnyk et al., 2017; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010).

Implementering mislykkast ofte grunna leiarar som ikkje erkjenner kva betydning endringa har for dei tilsette, og som følgje av dårleg planlegging og utføring (Crow, 2006). Det peikast på diverse utfordringar ein står ovanfor som leiar, utfordringar som påverkar konteksten. Utfordringane kan vere politiske krav, krav frå pasient/pårørande, økonomiske utfordringar, rask utvikling, mangel på sjukepleiarar, begrensa ressursar, krav til jobbe raskare og meir effektivt. Kritikarane av New Public Management hevdar at dette er ein konsekvens av

paradigme, og at leiarskap vært foretrengt grunna den store mengda administrative oppgåver (Eriksen-Deindoff, Mosken & Melhus, 2013). Faktorar for å lykkast med implementering er kor mottakeleg ein er for endring, støtte, fleksibilitet, tilpassingsdyktig, optimisme, organisasjonens kapasitet til å holde ut, tidlegare erfaringar med endring (Crow, 2006). I Harvey sin studie der det blei intervjuet personar i ulike leiarsstillingar og fasilitatorar for kvalitetsforbetringsarbeid i helsevesenet i Australia, England, Sverige og Canada handla eit av funna om kompetanse om implementering av kunnskapsbasert praksis, og bruk av implementeringsteoriar (Harvey et al., 2019). Harvey skriv at kunnskap om kunnskapsbasert praksis er ein av kjernekompetane å inneha som leiar i helsevesenet. Leiarrolla i implementering var tydeleg i alle landa, men svært få hadde fått pedagogisk kompetanse retta mot implementering av kunnskapsbasert praksis. Nokre hadde deltatt i modular i leiaropplæringsprogram eller eigen utdanning, men dei fleste var sjølv lært, utan at dei var blitt vist korleis dei best kunne implementere. Meir kompetanse i dette var etterlyst av fleire, og studien får fram at denne type kunnskap må inn som ein del av grunnutdanning, vidareutdanning og fagutviklingsarbeidet pågåande i helsevesenet.

Harvey et al. (2019) presenterte i sin studie ulike roller som leiar. Den overordna leiande rolla der leiaren følgde opp bruken av retningslinjer, utarbeida prosedyrar, gav retning for vidare arbeid, var rollemodellar, og oppretthaldt arbeidet med kunnskapsbasert praksis ved å støtte og legge til rette slik at ein kunne arbeide kunnskapsbasert. Den fasilitierende leiaren som var nærare personalet og pasienten, som underviste og bevisstgjorde personalet om kunnskapsbasert praksis, tok tak i barrierar for implementering og fungerte som ein koordinator. England praktiserte ein hybrid av desse, der ein del sjukepleieleiarane hadde både formelt leiaransvar, og fasilitatoransvar. Likeins presenterte deltakarar frå Australia liknande roller, kalla middel-rolle, der ein fungerte som leiar og samtidig var nær personalet og fungerte som motivator for kunnskapsbasert praksis. Informantane nemnte også at sjukepleieleiarane enten kunne være til hinder for å jobbe kunnskapsbasert, eller fungere som pådrivarar. I studien til Harvey blei det intervjuet ulike leiarar i Australia, England, Sverige og Canada. Leiarar frå England, Sverige og Australia presenterte barrierar i form av tid og arbeidsbelastning når det kom til å nytte ein kunnskapsbasert tilnærming. Leiarar frå Canada presenterte færre bekymringar i forhold til å jobbe kunnskapsbasert. Canada har ei lang historie med å jobbe kunnskapsbasert, samtidig som dei hadde betre infrastruktur for

administrativt og klinisk støtte, i tillegg til at dei hadde fasilitatorar med kunnskap og mynde til å bidra i arbeidet med implementering.

På bakgrunn av at mange leiarar i helsevesenet manglar kompetanse i leiing eller praksisendring utførte Proctor et al. (2019) ein studie der dei vurderte eit leiaropplæringsprogram, TRIPLE, laga for å fremje leiareigenskapar og vellykka organisasjonsendring relatert til implementering av kunnskapsbasert praksis. Deltakarane i studien rapporterte om auka kompetanse i leiing av implementering, og betring i klima kring implementering, då særleg til pedagogisk støtte og anerkjening for bruk av kunnskapsbasert praksis. Studien konkluderte med at utdanningsprogrammet TRIPLE representera ein innovativ, effektiv og nødvendig implementeringsstrategi, og at det dekkja eit behov blant leiarar i helsevesenet.

Renolen, Hjälmhult, Høye, Danbolt og Kirkevold (2020) utførte ein studie der målet var å finne mønster av eigenskapar leiarar nytta i forsøk på å implementere kunnskapsbasert praksis. Dei observerte 63 sjukepleiarar, intervjuja fem avdelingsleiarar individuelt og 18 sjukepleiarar i ei fokusgruppe. Hovudbekymringa for leiarane var å klare å tilpasse ein evidensbasert pasientbehandling med knappe ressursar og utan å overarbeide sjukepleiarane. Å skape rom for kunnskapsbasert praksis ved posisjonering (gjere seg sjølv som leiar klar til å praktisere kunnskapsbasert), utføre (inspirere og motivere til bruk av retningslinjer og melde avvik ved hendingar som påverka pasienttryggleika) og tolke respons til kunnskapsbasert praksis (tilbakemeldingar frå tilsette, svare ut problemstillingar, bidra med litteratursøk, gi tilbakemelding til tilsette på eigen praksis og lage læringsstrategiar basert på avvik og pasienttryggleiksrapportar) var ein strategi forsøkt for å imøtekomme bekymringa.

Eriksen-Deindoff et al. (2013) intervjuja ni leiarar i norske sjukehus som har utmerka seg som gode leiarar. Dei snakka også med tilsette kring desse leiarane og observerte kulturen i organisasjonen i den hensikt å sikre at leiarane dei intervjuja opplevast som gode leiarar også utad. Kjenneteiknet på dei gode leiarane var at dei var inkluderande og motiverande, stimulerte til fagleg utvikling og var rollemodellar dei tilsette såg opp til. Tilsette var med når løysingar skulle finnast, blei lytta til og sett, gjerne i team. Forfattarane konkluderte med at

det er mogeleg å drive gode sjukehus innanfor dei rammene som finnes, og ved å ha leiarar som kan faget leiing så finn ein løysingane internt.

Kunnskapsbasert praksis frontar bruk av modellar og rammeverk for å auka moglegheita for vellykka implementering (Folkehelseinstituttet, 2015; Helsebiblioteket, 2015a; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010). Funn frå studien til Harvey et al. (2019) viste at til tross for land der modellar og rammeverk er aktivt fronta er bruken av desse hos leiarar lite anvendt. Likevel konkluderte studien med at å nytte modellar og rammeverk i lag med ein støttande infrastruktur/administrativ støtte har viktig betydning i forbetningsarbeid. Sjølv om sjukepleieleiarar veit at kunnskapsbasert praksis fører til høgare kvalitet på pasienttilbodet, så vart det rangert med låg prioritet. Ost et al. (2020) skriv at det er viktig å komme forbi dette då implementering av kunnskapsbasert praksis resultere i betre pasienttryggleik og betre økonomi for helseføretaket.

Sjukepleieleiarar har ei viktig rolle i implementering av kunnskapsbasert praksis i form av å bidra til ein støttande kultur (Bianchi et al., 2018). Dette krev kunnskap om kunnskapsbasert praksis, kunnskap om og adressering av lokale barrierar for implementering, og forståing av eiga rolle som leiar. Som beskrive tidlegare er det eit auka fokus på opplæring i kunnskapsbasert praksis i dei ulike involverte nivåa, og at opplæringa vart ein del av organisasjonskulturen (Lyon et al., 2020). Aasekjær et al. (2016) sin studie av Høgskulen på Vestlandet si 15 studiepoengs vidareutdanning i kunnskapsbasert praksis viste at leiarar som hadde tatt utdanninga i større grad evna å legge til rette for implementering, og grad av kunnskap om kunnskapsbasert praksis hos leiar hadde betydning for leiarens slutning om å jobbe etter prinsippa for kunnskapsbasert praksis. Forventingsavklaring, prioritering og tilrettelegging av organisatoriske utfordringar påverka motivasjon og prosess.

3.3 Toppleiarar

Toppleiarar i eit helseføretak er administrerande direktør, klinikkdirektørar, fagdirektør, utviklingsdirektør. Det har blant toppleiarar vore forventningar til at kunnskapsbasert praksis er integrert i dagleg virke (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). I auka grad siste åra har ein fokusert på organisatoriske faktorarar si betydning for vellykka implementering (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010).

Innføring av kunnskapsbasert praksis i helseføretak krev kultur- og organisasjonsendring, eit systematisk arbeid over tid. Utfordringa i dei fleste helseføretak er organisasjonens varierende struktur, både frå føretak til føretak, men også innad i kvart føretak. Dette er faktorar som påverkar implementering. Leiarar i alle nivå har eit ansvar i systematisk arbeid med pasienttryggleik og kvalitetsforbetring, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Implementering er utfordrande i praksis. Tett leiaroppfølging er viktig, merksemd og innsats må plasserast høgt på agendaen, og arbeidet må forankrast i verksemdas styringslinjer. I tillegg visast det til at status og resultat jamleg må presenterast i ulike fora, i forskjellige nivå, i verksemda (Helsedirektoratet, 2019). Som sjukepleieleiarar har toppleiarar ei viktig rolle i implementering av kunnskapsbasert praksis, om ikkje enda viktigare då toppleiarane er øvste organ i føretaket. Større endringar der kulturen i ein organisasjon skal endrast, som implementering av kunnskapsbasert praksis, krev forankring og satsing i sjølve organisasjonen. Leiareigenskapane har betydning for organisasjonens evne til endring og å ta sjansar, i den hensikt å skape ein kultur der ny kunnskap og motivasjon til læring vart prioritert (Folkehelseinstituttet, 2015; Melnyk et al., 2017; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017; Vandvik & Eiring, 2011).

Det finnes ein del litteratur på toppleiarar si rolle i kvalitetsarbeid utan at omgrepet kunnskapsbasert praksis er nemnt, der alle beskriv at dei har ei viktig rolle for vellykka forbetningsarbeid (Iles & Sutherland, 2001; Millar, Mannion, Freeman & Davies, 2013; Parand, Dopson, Renz & Vincent, 2014; Parmelli et al., 2011). Til tross for at helseføretak har plana for kvalitetsforbetring, ser ein at det er eit gap mellom teori og praksis. Ei oversikt av Millar et al. (2013) synte store forskjellar i føretak der leiinga prioriterte arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit. Studiane gjort i USA syner at til tross for at sjukehus har planar og strategiar for kvalitetsforbetring følger det ikkje tiltak med, det er eit gap mellom ord og handling. Sjukehusleiinga har ofte har eit finansielt fokus, mindre på kvalitetsforbetring. Oversikta viser også at det sidan slutten på 90-talet har gått svært sakte framover med forbetring av kvaliteten på helsetenesta.

Øvste leiar i verksemda er ansvarleg for å ha oversikt over dei tilsette sin behov for opplæring, og kompetanse i dei ulike fagfelt og fagområda som har påverknad på

pasienttryggleik (Regjeringen, 2020). Ein avgjerande faktor er at leiarar og tilsette har kompetanse i pasienttryggleik og kvalitetsforbetring. Utdanningar, kurs, opplæringsprogram, også inkludert i leiaropplæring, for å auke kunnskapen om forbetningsarbeid er eit av tiltaka i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Artikkelen til G. K. Sandvik et al. (2011) presentera ulike organisatoriske ressursar av betydning for implementering av kunnskapsbasert praksis: bibliotekartenester, økonomiske ressursar, stillingar for champions, arbeidsmiljø som er opptatt av fag og fagutvikling, kompetanseheving, synleggjere fordelane for pasientane, reiskap til å implementere, og å identifisere lokale barrierar.

Organisatoriske barrierar er organisasjonen kultur for å støtte kunnskapsbasert praksis og korleis det skapast eit miljø der kunnskapsbasert praksis er norma (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Harvey et al. (2019) utførte ein kvalitativ studie i kommunehelsetenesta, der dei utførte individuelle intervju med 55 personar med ulike roller og ansvar innanfor sjukepleieleiing i Australia, Canada, England og Sverige. Nokre var leiarar, medan andre hadde rolle som fasilitatorar i fagutvikling for sjukepleiarar, dei fleste hadde sjukepleiarutdanning. I fleire av organisasjonane studien undersøkte viste at der det var ein tydeleg filosofi og kultur i leiinga for kontinuerleg kvalitetsforbetring var det ein anna tilnærming til kunnskapsbasert praksis enn elles. Tydelegast var dette i England der dei hadde ein eigen kvalitetsforbetningsavdeling som var ansvarlege for å koordinere kvalitetsforbetring. Teljing og måling blei grunnlaget for endring, og endringspakkar blei utarbeida og publisert til dei ulike avdelingane. Deretter fylgde tilsette i kvalitetsforbetningsavdelinga opp dei ulike avdelingane «hands on» og kartla om dei fylgde opp endringa. Erfaringa var at dette hadde positiv påverknad til kunnskapsbasert praksis. Superbrukar eller mentorar har vist seg, i kombinasjon med andre tiltak, å ha positiv effekt på implementering av kunnskapsbasert praksis. Desse brukar forskjellige metodar, som til dømes undervising i grupper og oppsøkande verksemd, for å utdanne helsepersonell og motivere til å nytte kunnskapsbasert praksis (Flodgren et al., 2019; Melnyk et al., 2017).

Sjukehusa er i forma av å være kunnskapsinstitusjonar pålagt å drive med forskning, noko det er satsa mykje på i sjukehusa siste åra (Regjeringen, 2020). Leiaransvaret i systematisk kvalitet -og pasienttryggleiksarbeid er trekt fram som eit særskilt viktig punkt frå Regjeringa

si side. Leiarar i alle ledd har ansvar, men toppleiinga har ansvar for forankring og å etterspør resultat (Regjeringen, 2012-2013). Toppleiinga sitt bidrag handlar om å vise at implementering er ein prioritet, og samtidig sette av ressursar, som personell og utstyr, slik at ein som leiar kan fokusere på prosessen. Nasjonale direktiv beskriv kor viktig det er at styre ved sjukehus følger opp områder innanfor pasientsikkerheit, men korleis ein skal nå ut med denne informasjonen slik at det kjem pasientane til nytte finnes det lite empiri på (Millar et al., 2013).

Harvey et al. (2019) såg i deira studie forskjellar i korleis ulike land jobba med kunnskapsbasert praksis, og betydninga fokuset på kunnskapsbasert praksis fekk for sluttbrukarane, som i dette tilfellet var sjukepleiarar. I Canada var det ein tydeleg utvikla støtteinfrastruktur både på strategisk og klinisk nivå, inkludert tilsette som hadde ei dedikert rolle som fasilitatorar for kunnskapsbasert praksis. I Australia og England la det politiske fokuset større vekt på det Harvey kalla «harde» system og strukturar som standardar, prosedyrar og retningslinjer for overvaking av implementeringa av kunnskapsbasert praksis i klinikken. Medan det i Sverige blei brukt nasjonale kvalitetsregister som grunnlag for å jobbe kunnskapsbasert. Det kom fram at dette hadde liten påverknad på lokale kvalitetsforbetringsarbeid innan sjukepleieyrket. Nasjonal politikk kring kvalitet formar prioriteringar knytt til kunnskapsbasert praksis på organisasjonsnivå. Dette påverkar igjen mekanismane for implementering. Både administrering og overvaking, og tilrettelegging for kritiske spørsmål og refleksjon er viktige mekanismar å oppretthalde. Basert på funna frå studien påpeikar Harvey et.al at ein balanse mellom den «harde» leiing, og bruk av fasilitatorar, og korleis desse best kan fungere optimalt i lag har betydning for implementering av kunnskapsbasert praksis i organisasjonen.

Eriksen-Deindoff et al. (2013) skriv om «mjuk leiing» og «hard leiing» (tabell nr 1), og at det i Noreg er det den «harde leiinga» som dominera. Dette til tross for at forskning, i følgje Eriksen-Deindoff og Melhus, viser at «mjuk leiing» fører til meir begeistra medarbeidarar og betre økonomiske resultat.

Tabell nr 1: «hard leiing» og «mjuk leiing»

Hard leiing	Mjuk leiing
Direktiv	Inkludera og involvera
Detaljerte målstyrings- og rapporteringssystem	Medbestemming
Kontroll og krav	Personleg utvikling og støtte
Uengasjerte og umotiverte kollegaer	Utvikle sitt eige talent
Kvar enkelt har nok med sitt	Jobbglede
Fråvær av jobbglede	Fokus på moglegheiter
Fokus på kva som kan gå gale	Prat om ei attraktiv framtid
Prat om framtidens usikkerheit	Delegering og oppmuntring
Lite tid med eigen leiar	Intern rekruttering
Redsel for å gjere feil	Mykje tid med leiar
	Tørr å våge

Ost et al. (2020) beskriv ein prosess sørvest i USA der målet var å endre kulturen i organisasjonen til å jobbe kunnskapsbasert. Barrierar blei kartlagt, og avdekka mangel på standardisering av praksis. Ei gruppe bestående av leiarar frå organisasjonen, kliniske ekspertar, interessentar, og pleiepersonell blei danna for å adressere dette. Kulturendring handla om ein omfattande prosess der gode dokument, utdanning og evaluering var nødvendig. Dei ynskte å implementere eit system for utvikling av praksis og dokument med det mål å sikre gode pasientutfall. Dette gjorde dei ved å bygge ein infrastruktur som støtta kunnskapsbasert praksis, forplikta seg til fortløpande opplæring, lærte opp mentorar, oppmuntra leiinga til å være støttande og rollemodellar, og implementerte og integrerte eit system med prosedyrar og retningslinjer etter dagens kunnskap, for å gi støtte i praksis. Eit av suksessfaktorane dei trakk fram var utdanning innan kunnskapsbasert praksis, der deltakarane lærte å kritisk vurdere litteratur, og om implementering av forbetningsarbeid. Sjukepleieleiarar deltok i oppstarten av utdanninga for å sikre at dei fekk kjennskap til kunnskapsbasert praksis og fullførte eit implementeringsprosjekt på eigen arbeidsstad i løpet av utdanninga. Som eit ledd i forankring av kunnskapsbasert praksis forplikta organisasjonen seg til å sende eit team på denne utdanninga årleg. Teama vart forplikta til å rapportere tilbake årleg til eit leiarråd for mentorane korleis det gjekk med arbeidet dei heldt på med på sin arbeidsplass. Som resultat av dette har kulturen endra seg frå å være eit prosjekt, til å være ein organisasjon som jobbar kunnskapsbasert, og bekymringar kring tida ein brukar på å jobbe kunnskapsbasert har minka. Fasilitering av kunnskapsbasert praksis fekk sin plass i strategiplanar, og ressursar kom på plass for å implementere og vedlikehalde

kulturendringa. Retningslinjer og prosedyrar vart gjennomgått og endra til å være kunnskapsbaserte, og eit system for at sluttbrukaren enklare fekk tilgang til desse blei utarbeida. Kunnskapsbasert praksis blei anerkjent som ei viktig systemendring, og er fylgd opp med kvartalsvise «KBP-runder». Utdanninga om kunnskapsbasert praksis er inkludert i læreplanen for praksisprogram for nyutdanna, til nye medarbeidarar og det er workshops for sjukepleiarar. For organisasjonane som deltok i denne prosessen har pleia blitt meir standardisert, noko som fører til betre resultat, både økonomisk og for pasientane. I Noreg har vi tilsvarande mogelegheiter til å opparbeide seg kunnskap. Til dømes arrangerar Helse Vest ei ti månadar langt forbetningsutdanning, med grunnutdanning i forbetningsmetodikk og vegleiing i forbetningsarbeid (HelseVest, 2017), det finnes e-læringskurs i kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2017), og vidareutdanningar i kunnskapsbasert praksis (OsloMet).

4.0 Metode

I dette kapittelet vil eg belyse metoden nytta med mål å få svar på forskingsspørsmålet. Litt om forskning generelt, refleksivitet, prosessen kring datasamling og analyse vil bli gjort greie for. Ved at lesaren får følgje prosessen frå start til slutt kan ein i større grad avgjere om sluttproduktet er til å stole på.

I forskning er ein ute etter den vitskapelege kunnskapen, den som er robust, etterprøvbar og overførbar (Malterud, 2017). Malterud samanliknar vitskapeleg kunnskap med varedeklarasjonen på matvarer. På same måte som vi vil vite at innhaldet i maten vi kjøper stemmer med varedeklarasjonen, treng vi å vite at innhaldet i den vitskapelege kunnskapen vi får stemmer med varedeklarasjonen for vitskapeleg kunnskap. Metode er eit reiskap nytta for å finne fram til ny kunnskap eller løysingar (Malterud, 2012). Metoden ein brukar skal hjelpe ein å samle inn den informasjonen ein treng for å svare på det ein lurar på.

Forskingsmetodar kan hjelpe oss å systematisere erfaringa, for deretter å gjere dei om til gyldig kunnskap. Kirkevold beskriv forskning og vitskapsteori slik: «[...]den (vitskapen) er derimot et redskap til å betrakte praksis «fra avstand», og til å se de daglige aktiviteter og rutiner fra en ny og større sammenheng (fra et fugleperspektiv kan man si)» (Kirkevold & Nordli, 1996, s. 25). På denne måten knyt ein vitskapsteori og praksis nærare, vitskapen er ein refleksjon av praksis.

4.1 Val av metode

I forskning kan ein nytte kvalitative og kvantitative metodar. Kva metode ein vel å bruke og type data ein vil samle inn i ein studie avheng av forskingsspørsmålet (Polit & Beck, 2017). Kvantitative design handlar om tall, og det som er målbart. Ein teller, målar og kalkulerer, og resultatet vert ofte presentert som statistikk i form av tabellar og grafar. Kvalitative design derimot er vitenskapleg analyse av tekst, erfaring og meiningar, og bygge på teoriar om menneskeleg erfaring (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk). Det innhenta materialet er prega av nyansar og mangfald, og målet er å utforske meiningsinnhaldet i sosiale og kulturelle fenomen, slik dei involverte sjølv oppleve det (Creswell & Poth, 2018; Malterud, 2012). For å få svar på mitt forskingsspørsmål kunne eg nytta begge metodane, til dømes ved bruk av spørjeundersøking, men då eg ynskjer å høyre historiane, gå i djupna, kunne stille spørsmål, har eg valt å nytte kvalitativt studiedesign med fenomenologisk tilnærming.

4.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskingsdesign eignar seg når ein ynskjer å finne ut av erfaringar, meiningar, tankar, opplevingar, forventingar, motiv, haldningar (Malterud, 2017), på områder ein har lite kunnskap om (Polit & Beck, 2017). Fenomenet ein interessera seg for, og søker å utvikle forståing for er personar eller situasjonar, i deira kvardag, livssituasjon (Dalen, 2011). I fenomenologien kalla «livsverden», den verda vi lever i til dagleg, som vi har erfaring med og føler oss fortrulege med, og som vi tar for gitt (Thornquist, 2018). Gjennom kvalitative forskingsmetodar kan vi få tilgang til denne verden slik at vi kan undersøke og lære meir. Dalen (2011) beskriv at «livsverden» er eit godt omgrep å nytte i kvalitativ forskning då det fokusere på *opplevinga* objekta ein studere har, og ikkje berre på å beskrive fenomenet. I min studie kunne eg beskrive korleis Helse Førde jobbar med implementering av kunnskapsbasert praksis, til dømes ved å studere ulike planar, men det gir meg meir informasjon å snakke med leiarar i ulike nivå om dette. Då kan eg få tak i utfordringar for implementering, kjennskap til kunnskapsbasert praksis osv.

I kvalitativ forskning vært forskaren involvert på ein heilt anna måte enn i kvantitative studiedesign. I kvalitativ forskning er forskaren ute i feltet i lag med den eller dei som er gjenstand for studien, for å forstå (fenomenologi) og tolke (hermeneutikk) objektet i den konteksten det held til (Creswell & Poth, 2018; Polit & Beck, 2017). Kvalitative metodar er

fleksible, dei tilpassa seg lett informasjon ein får undervegs i prosessen (Malterud, 2017). Ulike kvalitative metodane omfattar ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale frå samtale, observasjon eller tekst. Målet er å innhente deltakaranes eigne opplevingar av fenomenet ein undersøker.

Creswell og Poth (2018) beskriv fire former for datainnsamling:

Intervju, observasjonar, dokumentanalyse, audiovisuelt materiell. Eg har i min studie valt å utføre individuelle intervju, fokusgruppeintervju og dokumentanalyse av ein utviklingsplan og eit styringsdokument i Helse Førde for å få svar på forskingsspørsmåla mine.

4.2.1 Refleksivitet

I kvalitative forskingsmetodar kjem ein nærare deltakarene i studien enn ved kvantitative design. Malterud (2017) beskriv kunnskapen ein har opparbeida seg gjennom erfaring på feltet som feltkunnskap. Når ein forskar på eigen arbeidsstad har ein forståing for feltet som andre ikkje ville hatt, noko som kan være positivt. I kvalitativ forskning er det å komme nær viktig, men samtidig må ein reflektere over eigne haldningar og rolle som forskar i eige felt, og kunne vurdere fordelar og ulemper eigen bakgrunn har for å kunne tolke dei empiriske data. Kunnskapen ein har om fenomenet kan føre til at ein tar informasjon ein får for gitt utan å verkeleg lytte til informanten, eller at ein leitar etter, og legg opp til, stadfesting på eigne teoriar og forståingar gjennom datainnsamling og analysering, som igjen påverkar funna. Som forskar må forstå betydninga av eiga rolle i samhandling med deltakarane, det innsamla datamaterialet, teoretiske perspektiv, og forforståelsen ein tar med seg inn i studien. Det innsamla materialet skal spegle deltakaranes erfaringar og meiningar, ikkje forskarens. Om ein ikkje opnar opp for at det finnes fleire syn kan det hindre at ein finn ny kunnskap som belyser fenomenet ein forskar på. Dette kallar Malterud feltblindheit. Ho skriv vidare at som forskar må ein vise vilje og evne til tvil og ettertanke ved eigen framgangsmåte og konklusjon, ein må ikkje ta ting for gitt, men skape og oppsøke posisjonar som utfordrar eins eigne fordommar og kunnskap om feltet. Forskaren sin forforståing og synspunkt kan påverke prosessen og resultatet (Polit & Beck, 2017). Det kan vere lett å tolke at alle meina det same, eller at ein velje ut det som passe best utifrå eigne meiningar eller ynskjer for resultatet. Dette er noko eg må være oppmerksom på gjennom prosessen. Samstundes er det viktig å ha med at det er ikkje er mogeleg å oppnå full distanse, eller legge vekk eigen

forforståing. Eigne erfaringar, meiningar vil prege prosessen, frå start til slutt. Derfor er det viktig å synleggjere arbeidet som er gjort slik at lesaren kan ta stilling til om prosessen er gjort på ein slik måte at ein kan stole på funna, eller om forskaren har prega funna for mykje gjennom studien.

4.3 Datasamling

Datasamling handlar om meir enn å samle data. Eitisk spørsmål relatert til godkjenning, datalagring, utføre ein god kvalitativ strategi for innsamling av data, registrering av informasjon og korleis handtere utfordringar som oppstår undervegs er i følge Creswell og Poth (2018) viktige omsyn å ta her.

Ved utveljing av informantar er det fleire omsyn ein må være klar over (Creswell & Poth, 2018, s. 157);

- kven skal informantane være
- kva strategi skal ein bruke for utveljing
- kor mange informantar treng ein

Når det kjem til fenomenologiske studiar er det ein klar fordel at informantane har erfaring med fenomenet ein studera (Creswell & Poth, 2018). Det finnes vidare fleire metodar å nytte for å velje ut informantar, og metoden ein velje avheng av type forskingsspørsmål. Eg ynskte å innhente ulike synspunkt, maksimal variasjon er ein metode å gjere det på. Maksimal variasjon gir mogelegheita for å velje informantar som er ulike i den hensikt å bringe fram forskjellane i det ein forskar på. Utfordringa kan være at dette fordrar ein viss kjennskap og innsikt i temaet slik at ein kan plukke ut personar som viser ulike dimensjonar (Dalen, 2011).

Med tanke på at datamaterialet skal bearbeidast i ettertid bør ikkje materialmengda være for stor, men samtidig bør det være tilstrekkeleg mengde til at ein kan tolke og analysere. Utvalet har også betydning for kor vidt ein kan sei at resultatane er valide (Dalen, 2011). Kor mange informantar ein treng variere, Creswell og Poth (2018) viser til Duke som skriv at 3-10 informantar er anbefalt. I kvalitativ forskning har ein fordelen med å være fleksibel, slik at om ein kjenner at det kan være meir informasjon å hente kan ein innhente informasjon frå fleire kjelder og informantar.

Forskingsspørsmålet mitt er retta mot leiarar som kan ha betydning for implementering, både sentralt i organisasjonen, men også på sengepostnivå. Eg ynskte å intervjuje sjukepleieleiarar og toppleiarar i organisasjonen.

Sjukepleieleiarane eg intervjuja har varierende fartstid som leiarar, dei er i forskjellige aldersgrupper, av begge kjønn, og representere både medisinsk og kirurgisk klinikk. Eg kontakta sjukepleieleiarane på mail, sendte dei informasjonsskrivet og samtykkeskjema som vedlegg, og spurte om dei var interessert i å delta. Dei to første eg planla å intervjuje fekk eg raskt positivt svar frå, og eg kalla då inn til intervju. Den tredje eg ville intervjuje svarte ikkje, til tross for purring, eg valte derfor å spør ein anna sjukepleieleiar. Vedkommande stilte seg positiv til deltaking. Intervjua blei gjennomført i mai 2020.

Til intervjuet med toppleinga inviterte eg klinikkdirektørar i både medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk klinikk, fagdirektør, administrerende direktør, representant frå fag og utviklingsavdelinga og utviklingsdirektøren. Desse fekk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema. Alle stilte seg positive til deltaking, men på grunn av samtidskonflikter lykkas det ikkje å samle alle. Til slutt sat eg att med ei gruppe på fire stykk, og sa meg fornøgd med det.

For å få litt kunnskap om stoda på sengepostane valte eg å ha dei individuelle intervjuja med sjukepleieleiarane før eg snakka med toppleinga. Informasjonen frå dei individuelle intervjuja var nyttig å ha med inn i fokusgruppeintervjuet med toppleinga.

Oppsummert utførte eg tre individuelle intervju med sjukepleieleiarar, og eit fokusgruppeintervju med fire toppleiarar. I tillegg utførte eg dokumentanalyse av Helse Førde sitt styringsdokument frå 2018, og Utviklingsplan frå 2018-2035.

4.3.1 Intervjuguiden

Intervjuguiden skal innehalde spørsmål og tema som er sentrale for studien. Ved å ha problemstillinga i tankane ved utarbeiding av intervjuguiden sikre ein at spørsmåla ein stiller er relevante for studien. Dalen (2011) viser til utarbeiding av spørsmål og tema som ei tenkt trakt, der ein startar med spørsmål som gjer at informantane føler seg vel og avslappa, før

ein kjem inn på dei mest sentrale og følelsesladda tema, og avsluttar med generelle spørsmål. Ein ynskjer spørsmål som føre til at informanten fortel med eigne ord om fenomenet som er gjenstand for intervjuet. Å lage gode spørsmål krev erfaring.

Viktige kriteriar å ha med seg i utarbeiding av spørsmål er

- Er spørsmålet klart og utvetydig?
- Er spørsmålet ledande?
- Krev spørsmålet spesiell kunnskap og informasjon som informanten kanskje ikkje har?
- Inneheld spørsmålet for sensitive områder som informanten kanskje vegrar seg for å uttale seg om?
- Gir spørsmålsstillinga rom for at informanten kan eigne og kanskje utradisjonelle oppfatningar?

(Dalen, 2011, s. 26-27).

For å finne ut om ein er innanfor desse kriteria er det anbefalt å pilotere guiden. Grunnen til dette er at ein vil sørge for at informantane forstår omgrepa og spørsmåla som er brukt, og at spørsmåla passar til tema. Det kan også bidra til trygghet i sjølve intervjusituasjonen då ein får litt erfaring med metoden, og finn oppfølgingsspørsmål. Dessverre blei det i denne studien ikkje tid til å pilotere intervjuguiden.

I kvalitative intervju bør intervjuguiden ha opne svaralternativ, det eignar seg best for å innhente ny kunnskap då ein kan spinne vidare på informasjon ein får undervegs i intervjuet (Malterud, 2012). Spørsmåla i min intervjuguide var semi-strukturerte (vedlegg nr 3 og 4). Spørsmåla eg stilte opna for samtale i gruppa kring temaet. Eg avslutta intervjuet med å spørje om informantane brann inne med nok dei ikkje hadde fått sagt, om det var spørsmål eg ikkje hadde stilt, eller tema eg ikkje hadde vore innom som dei ynskte å sei noko om.

Eg valte å ikkje sende intervjuguiden ut på forhånd. Informantane fekk tilsendt informasjonsskrivet (vedlegg nr 1 og 2) så dei var forberedt på at fokuset for intervjuet var implementering av kunnskapsbasert praksis i føretaket, der eg var ute etter situasjonen slik

den er no, og vidare plan for implementering. Slik kunne dei likevel til ein viss grad forberede seg og reflektere over tema inn mot intervjuet.

I intervjuguiden forsøkte eg å vere bevisst på val av språkbruk. Ofte kan det bli brukt omgrep der det kan vere vanskeleg å få tak på kva ein eigentleg spør etter. Å bruke folkelege ord istadenfor «fine» ord kan gjere at informanten forstår kva ein spør om. Av erfaring er konseptet kunnskapsbasert praksis ukjent for mange, og det var derfor viktig for meg å utdjupe dette nærare. Ved å gi eit lite innblikk i tema på forhånd, utan at dei fekk tilsendt intervjuguiden, fekk då informanten høve til å sette seg inn i det. På den måten slapp ein bruke unødig tid på å utdjupe omgrep i intervjuet, og informanten fekk reflektert litt før intervjuet. Eg hadde likevel «kva legg du i omgrepet kunnskapsbasert praksis?» som første spørsmål i intervjuguiden. Tanken bak det var å skape ein felles forståing, slik at vi kunne fortsette intervjuet på «rett spor». I intervju nummer to hadde eg med ei bilde av modellen til kunnskapsbasert praksis, dette opplevde eg som ein god metode for å forklare betydninga. Til siste intervjuet hadde eg med dette bilde, men fekk ikkje bruk for det då informanten hadde kunnskap om kunnskapsbasert praksis frå tidlegare.

4.3.2 Individuelle intervju

For å få litt meir kunnskap om kunnskapsbasert praksis på sengepostane ynskte eg å intervjuje sjukepleielearar. Eg velje eg å ikkje skrive meir om informantane jobba ved sentralsjukehuset eller lokalsjukehusa, eller andre beskrivande detaljar kring kjønn, avdeling og så vidare for å bevare anonymiteten til sjukepleielearane. Det inneber at eg heller ikkje skriv meir om kvar eller korleis intervjuja blei utført. Bakgrunnen til dette er at forholda i Helse Førde er små, og det kan være lett å forstå kven eg har intervjuja dersom eg utdjupar dette vidare. Dette særleg med tanke på få informantar, og få sjukepleielearar å intervjuje.

Innkallinga til dei tre individuelle intervjuja skjedde via mail, og informantane fekk der også tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg nr 1).

Eg starta intervjuja med å presentere bakgrunnen til intervjuet, lese opp informanten sine rettigheter, og gav ei lita innføring i tema basert på informasjonsskrivet, som informantane også hadde fått tilsendt i forkant.

Alle intervju vart tatt opp på lydband, på bandopptaker lånt i Helse Førde. Denne testa eg i forkant av kvart intervju. Intervjua varte frå 30 til 90 minutt. Intervjuguiden var nyttig å ha med, men blei ikkje brukt slavisk. Eg var stort sett innom alle spørsmåla, men det hendte at spørsmål blei belyst av informanten via andre spørsmål.

Gjennom intervjua forsøkte eg å være lyttande til det informantane sa, nytte kroppsspråk som smil og nikk som oppmuntring til å forsette samtalen, og å vise interesse for informasjonen dei gav uavhengig av om eg tenkte der og då om den var nyttig eller ikkje.

Dei tre individuelle intervjua blei utført i forkant av fokusgruppeintervjuet, då eg ynskte å ha kunnskapen frå sjukepleieleiarane med meg inn i intervjuet med toppleinga.

4.3.3 Fokusgruppeintervju

Sidan eg ynskte å finne ut korleis Helse Førde jobbar med implementering av kunnskapsbasert praksis var det naturleg å invitere representantar frå toppleinga til intervju, eit fokusgruppeintervju.

Innkalling til intervju skjedde via mail, der dei også fekk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg nr 2). Med tanke på informantanes hektiske kvardag booka eg møterom i tilknytning til der fleire av desse har kontor slik at det ikkje skulle vere ei barriere å måtte flytte seg større avstandar. Eg fekk positive svar frå fleire til å delta, men det viste seg å vere utfordrande å innhente svar, derfor purra eg då eg ikkje hadde høyrte frå så mange etter fjorten dagar. Eg var open på at eg var fleksibel på tidspunkt for intervju, så om det var eit tidspunkt som var betre for dei enn det eg hadde kalla inn til så var eg lydhør for det. Eg var også klar på at dersom det var vanskeleg å samle alle åtte til eitt intervju kunne eg dele opp i to fokusgruppeintervju. Til slutt klarte eg å samle fire toppleiarar til eitt fokusgruppeintervjuet. Med tanke på koronasituasjonen sa eg meg fornøgd med dette.

Eg hadde avtalt med tidlegare kollega at ho skulle være komoderator, men personlege hendingar i familien veka før fokusgruppeintervjuet gjorde at ho ikkje kunne stille. Ein bekjent ved Høgskulen på Vestlandet hjelpte meg å finne ny komoderator. Dagen før intervjuet var ny komoderator på plass. Ho er tilsett ved Høgskulen på Vestlandet, og jobbar

som lærar der. Eg kjente vedkommande litt frå før, så det var tryggande for meg. Ho fekk tilsendt informasjonsskrivet og intervjuguiden slik at ho kunne forberede seg. Vi treftest 30 minutt før intervjuet starta for å gå gjennom moment vi begge trengte å avklare i forkant.

Sidan denne prosessen er ny for meg kjente eg på usikkerheit kring det å utføre intervju, og eg forsøkte å ha med meg den kunnskapen om intervjusituasjon som eg tileigna gjennom litteratur. Som Malterud (2012) skriv har ein kort tid til å etablere ein relasjon til informantane slik at ein får den stemninga i rommet og mellom deltakarane som gjer at informasjonen ein får er av god kvalitet. Det er viktig å skape ei avslappa atmosfære og god stemning i rommet. Enkle kvardagslege tiltak, som til dømes at eg hadde med drikke, kan gjere at ein føler seg meir velkomen. Å lytte og å vise interesse for informantane bidrar og til ei avslappa atmosfære.

Malterud (2012) anbefala å nytte namneskilt framfor informantane slik at ein kan titulere dei med namn, då det gir ein meir personleg tilnærming, samtidig som ein har namna på informantane i lydopptaket ved transkribering. Det vil også være nyttig i dialogen mellom informantane. Som nemnt tidlegare er Helse Førde eit lite føretak, og sidan eg kjente informantane ved namn frå tidlegare, og informantane kjente kvarandre gjorde eg ikkje dette. Når eg transkriberte intervjuet kjente eg også igjen stemmene til informantane. Det eg ikkje tenkte på der og då var komoderatoren som var med. Ho kjente nok ikkje informantane slik eg gjorde, og det kunne vore nyttig for ho om det var eit namneskilt framfor kvar informant slik at ho lettare kunne vende seg til vedkommande.

Vidare skriv Malterud (2012) at for å sørge for at informantane plassere seg rundt meg som intervjuar bør det ikkje være fleire stolar i rommet enn det er deltakarar. Eg booka eit møterom passe stort med tanke på tal deltakarar, men også så stort at ein kunne oppretthalde ein-meteren med tanke på covid-19 situasjonen. Sjølv plasserte eg med ved enden av bordet. Komoderatoren sat ved sida av meg.

Før intervjuet begynte gav eg ei kort innføring i prosjektet, presenterte komoderator og at rolla hennar var å følgje med på tida, om vi var innom spørsmåla i guiden, og bidra med å stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuet vart tatt opp på lydband, som eg testa i forkant av intervjuet, og varte i 90 minutt.

Malterud (2012) skriv at ein skal møte deltakarane med eit opent sinn. I det ligg også det som Malterud påpeikar, at ein må være merksam på å ikkje ta rolla som ekspert på temaet. Det kan gjere til at informantane søker stadfesting frå meg som moderator i det dei seier. Ein ynskjer å få informanten til å fortelje, drøfte og reflektere over temaet. Ved å vise non-verbal støtte gjennom nikk, smil, ansiktsuttrykk, handbevegelsar og liknande oppfordra eg informantane dette. At intervjuguiden til fokusgruppeintervjuet var semi-strukturert bidrog til at informantane fekk snakke fritt. Slik hadde eg spørsmål å stille, men kunne også sjå an korleis samtalen utvikla seg, og heller spinne vidare på det informantane fortalte enn å være låst til ein intervjuguide. På denne måten kan ein få vinklingar til problemstillinga ein ikkje såg på forhånd. Samtalen flaut bra, og informantane var innom mange av spørsmåla utan at eg trengte å stille dei. Basert på første spørsmål «kvifor sa det ja til å delta i dette intervjuet?», fekk eg forståing av at alle fire informantane hadde kjennskap til kva kunnskapsbasert praksis var så det var ikkje behov for vidare avklaring av omgrepet.

4.3.4 Dokumentanalyse

I denne oppgåva har eg utført dokumentanalyse av Helse Førde sitt Styringsdokument 2018 og Utviklingsplan 2018-2035. Når ein analysere dokument er ein ute etter å lage ein systematisk beskriving av innhaldet, med den hensikt å svare på forskingsspørsmålet (Bowen, 2009). Dokumentanalyse kan nyttas som einaste kjelde, eg valte å nytte den i tillegg til intervju. I utøving av dokumentanalyse undersøker og tolkar ein datamaterialet for å finne meining, forståing og utvikle empirisk kunnskap.

Bowen (2009) beskriv at dokumentanalyse har fem funksjonar. For det første kan ein få innsikt i historikk, kontekst, og skaffe bakgrunnsinformasjon om fenomenet. For det andre kan ein gjennom dokumentanalysen få hjelp til å finne spørsmål til intervjuguide, og/eller oppfølgingsspørsmål til intervju. Dette var noko eg dessverre ikkje tenkte over i utarbeiding av min intervjuguide, men som absolutt hadde vore verdifullt. Vidare kan informasjon frå dokument supplere funn frå intervju (Bowen, 2009). Eit fjerde moment er å bruke ulike dokument for å følgje med på utvikling og endring av fenomenet ein undersøker. I tillegg til å utføre dokumentanalyse av gjeldande utviklingsplan og styringsdokument las eg også ein strategiplan frå 2014. Til sist kan ein nytte dokumentanalyse til å verifisere funn frå eiga forsking (Bowen, 2009).

4.4 Transkribering og analyse

4.4.1 Transkribering

Kvalitativ analyse handlar om teksttolking. Når ein transkribere, altså frå tale til tekst, skal ein så godt som råd ivareta materialet, slik informantane formidla sine erfaringar og meiningar under datainnsamlinga (Malterud, 2017). Dei elektroniske lydbandopptaka var utgangspunkt for transkripsjonane. Uansett kor godt ein utfører transkriberinga får ein berre eit nyansert bilde av «verkelegheita».

Malterud (2017) anbefala å transkribere intervju sjølv, og så fort som mogeleg etter datainnsamlinga. Det første intervjuet fekk eg transkribert rett i etterkant av intervjuet, medan mellom intervju nummer to og tre rakk eg ikkje dette då det var kort tid mellom dei. I staden hørde eg gjennom lydbandet av intervju nummer to før eg hadde intervju nummer tre slik at eg kunne dra nytte av eventuelle opplysingar inn i siste intervjuet.

Transkribering handlar også om å tolke det som ikkje vært sagt, stemninga i rommet under datainnsamlinga. Samtidig må ein ha i mente at ikkje alt som vært formidla er mogeleg å tolke, det være seg at det kan være vanskeleg å tyde eit opptak, eller at ein ikkje har føresetnad til å forstå deltakaranes historie (Malterud, 2017). Eg skreiv ned alt som blei sagt, nøyaktig slik informanten sa det, inkludert tenkelydar og liknande. Då eg transkriberte fokusgruppeintervjuet måtte eg nokre gonger lytte fleire gonger til det som var sagt då det var utfordrande å høre ordlyden. Bortsett frå det opplevde eg at det gjekk fint å transkribere intervjua. Det er ein tidkrevjande prosess, så eg erfarte at det er viktig å sette av god tid til kvile innimellom slik at ein er opplagt til å lytte og skrive.

4.4.2 Analyse

Malterud (2012) beskriv analyse som ein prosess som utgjør forskjell med forskning og «synsing», og ei målretta reise frå problemstilling til resultat. Det anbefalast å ha ein plan for å sikre ein stø kurs gjennom prosessen. Analyse av kvalitativ data krev distanse og nærheit, og ein må være observant i forhold til forforståing og tolking. Gjennom analysefasen skal ein sortere materialet, finne den skjulte systematikken i materiale sitt mønster, og vidareformidle til lesaren både det ein finn og korleis ein har jobba seg gjennom prosessen.

Som lesar skal ein kunne følgje vegen gjennom prosessen, anerkjenne systematikken og forstå konklusjonane. Malterud (2017) skriv at dette er lettare om ein følgje faste prosedyre enn ved å prøve seg fram. Eg har valt å bruke Malterud sin systematiske tekstkondensering (STK) i min analyseprosess. Denne metoden er igjen inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Det er ein iterativ (repeterande), induktiv (komme fram til teori om eit fenomen) metode med sikte på å utvikle kunnskap om temaet ein forskar på (Malterud, 2017). Malterud samanliknar systematisk tekstkondensering med fenomenologane sin tilnærming i den forstand at dei deler oppfatninga av at subjektive erfaringar frå livsverda er gyldig kunnskap. Når ein brukar systematisk tekstkondensering som metode skal ein i analysen sette parantes rundt eigne erfaringar for å ikkje overdøye deltakarane sine stemmer, denne haldninga er nært beslekta med det fenomenologane kalla «bracketing». Eit fellestrekk for begge er at ein i analysen skal beskrive dei mest relevante sidene av fenomenet ein undersøker så nøyaktig som mogeleg.

Systematisk tekstkondensering består av 4 trinn:

- 1) skaffe eit heilheitsinntrykk av materialet
- 2) identifisere meiningsberande einingar
- 3) abstrahere innhaldet i dei meiningsberande einingane
- 4) samanfatte betydninga av dette

(Malterud, 2017).

4.4.3 Skaffe eit heilheitsinntrykk av materialet

Som første ledd i analyseprosessen danna eg meg eit overblikk at materialet, fugleperspektiv kan være ei passande beskriving av dette steget. Eg leste materialet fleire gonger for å danne meg eit inntrykk av kva foreløpige som kategoriar som kom til syne. Kategoriane som dukka opp i dette steget representerte første steg i organiseringa av moglege svar på problemstillinga, men dei hadde ikkje gått gjennom prosessen med systematisk refleksjon og tolking. Eg starta med mange kategoriar, som blei snevra inn etter kvart som eg blei kjent med materialet, Malterud (2017) anbefala 4-8 kategoriar til å begynne med. Kategoriane ein finn skal i størst mogleg grad være ei vidareutvikling av tema frå intervjuguiden. Malterud

skriv at om kategoriane frå trinn ein og intervjuguiden er for like kan det være eit teikn på at forforståelsen til forskaren rår over det å være open for nye mønster.

Eg brukte post it lappar i ulike fargar, der kvart intervju fekk sin farge. Der skreiv eg ned kategoriar frå dei ulike intervju, for så å til slutt finne felles kategoriar frå dei tre individuelle intervju. Eg skilte dei individuelle intervju og fokusgruppeintervjuet frå kvarandre i analysen, og fann kategoriar uavhengig av intervjuform. Til slutt sat eg att med fire kategoriar, fire kodegrupper og sju subgrupper (vedlegg nr 6).

4.4.4 Identifisere meningsberande einingar

I dette trinnet identifiserte og organiserte eg datamaterialet i det Malterud (2017) kallar meningsberande einingar. Ho skriv at heile teksten ikkje er ei meningsberande eining, så det eg gjorde her var å bryte teksten ned i mindre delar for å skilje irrelevant tekst frå relevant. Å finne meningsberande einingar er ein metode å jobbe på for å identifisere utdrag frå teksten som belyser temaet. Eg lagde meg ei matrise i eit word-dokument der eg lettare fekk oversikt over kategoriane og dei meningsberande einingane. På denne måten fekk eg oversikt over meningsberande einingane som gjekk igjen i fleire kategoriar, og det hjalp meg å sjå etter kategoriar som kunne slåast i hop på grunn av felles innhald. Gjennom analyseprosessen var eg innom fleire rundar med ryddejobb i dei meningsberande einingane, og eg måtte fleire gonger tilbake til intervju for å lese gjennom desse. Dette er typisk i ein iterativ prosess. Å ha nokon å sparre med i denne delen var meningsfylt. Ho som var med meg som koomoderator i fokusgruppeintervjuet tilbydde seg å diskutere med meg, noko som var nyttig for min del.

4.4.5 Abstrahere innhaldet i dei meningsberande einingane

Tredje trinn i analyseprosessen handlar om å gjere dei meningsberande einingane om til eit kunstig sitat (vedlegg nr 6), det Malterud (2017) skriv beskriv som kondensat. Hensikta med å lage kunstige sitat til kvar kodegruppe er å hente ut konkret meningsinnhald frå dei meningsberande einingane som er koda i hop. Slik oppsummerte eg informantane sine stemmer om fenomenet dei var intervju om. Malterud framheva viktigheita av å gjere kondensatet så tekstnært som mogeleg, samstundes som det skal representere kvar enkelt av deltakarane. Eg skreiv kondensata i eg-form, slik Malterud anbefala. Ved å gjere det fekk

eg fram kvar deltakar si stemme, så nært som mogeleg slik dei uttrykte seg i intervjuet. Til slutt valte eg eit gullsitat for å understreke kondensatets innhald.

4.4.6 Samanfatte betydninga

Så er meiningsberande einingar systematisert i koder, kunstige sitat er laga til kvar kodegruppe, og siste steget i analyseprosessen der ein skal skrive kvar kodegruppe i tekstform, det Malterud (2017) kallar rekontekstualisere, gjenstår. Innhaldet i dei førre delane skal no samanfattast i ein tekst som formidlar ny kunnskap til lesaren. Slik Malterud (2017) anbefala skreiv eg denne teksten i tredjeperson for å gjenfortelle informantane sine stemmer. Det var utfordrande å formulere ein tekst fri for oppramsing av dei meiningsberande einingane, slik at teksten formidla fellestrekk i historiane til informantane.

Informantane sin arbeidsstad, kjønn eller alder er ikkje vidare tatt med i funndelen. Dette for å bevare anonymiteten til informantane. Eg har brukt tittelen «sjukepleielear» som markør for kven som uttalar seg då det er forskjellig titlar på sjukepleielearane på sentralsjukehuset og lokalsjukehusa. I fokusgruppeintervjuet intervjuar eg ulike frå toppleinga, og har i funndelen omtala dei ved å bruke «toppleinga».

Gullsitatet frå førre steg inkluderte eg i den analytiske teksten slik at det var med på å illustrere og fargelegge hovudfunnet i teksten, den nye oppdagelsen (syntese). Men som Malterud (2017) skriv er det viktig å huske på at det er teksten som skal representere funnet, gullsitatet skal bidra til å krydre det.

Malterud (2017) anbefala i dette steget å vurdere representativiteten til teksten i den hensikt å finne ut om det er mogeleg å lage ei syntese basert på innhaldet. Malterud skriv at sjølv om ein svarar nei på dette, er det viktig å tenke over kva som gjorde at ein i første omgang etablerte subgruppa.

I dette steget skulle teksten få seg ei overskrift. Overskrifta skulle samanfatte innhaldet i den analytiske teksten, og sette ord på kva teksten handlar om. Malterud (2017) skriv at om lesaren får ein aha-oppleving av å lese overskrifta har ein treft blink.

Til slutt validerte eg teksten. Var innhaldet i den analytiske teksten mogeleg å spore tilbake til rådata? Var det noko i teksten som ikkje var mogeleg å tilbakeføre? Dette kunne være tolkingar, beskrivingar eller begrep. Malterud (2017) skriv at om ein oppleve det så må ein stoppe opp og stusse over dette. Ho skriv vidare at ein må utfordre eigne resultat og leite systematisk etter data som seier i mot konklusjonane ein har kome fram til. Om det er deltakarar som har bidratt lite med innhald til tekst bør ein vie desse ekstra merksemd då det kan reise kritiske spørsmål. Det er forskjell på kunnskap som kjem frå mange og kunnskap som stammar frå enkeltindivid, dette med tanke på overførbarheit. Då eg var ferdig med analyseprosessen utførte eg nytt litteratursøk for å vurdere funna mine opp mot empiri og teori.

5.0 Styrke og begrensingar ved metoden

Prosesen med masteroppgåva har vore ei bratt læringskurve. Gjennom heile prosessen har det vore ting som eg følte blei gjort bra, men også utfordringar eg kunne løyst betre.

5.1 Intervjusituasjonen

Som beskrive tidlegare var det nyttig for meg å ha med kunnskapen om intervjusituasjon tileigna gjennom litteratur. Det at eg og informantane kjente kvarandre bidrog til ei fin stemning «i rommet», og tryggande for meg som uerfaren. Samtidig gjorde det også til at eg måtte være ekstra oppmerksam med tanke på korleis eg påverka informantane. Det er viktig for resultatet at ikkje eigne synspunkt får påverke intervjuet eller analysen (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017). Då eg starta med denne studien hadde eg tankar om kva som var bra og kva som burde vore betre i føretaket, noko eg forsøkte å legge til side inn mot intervjuet. Gjennom intervjuet brukte eg ein del energi på å tenke gjennom kva eg kunne spørje av oppfølgingsspørsmål, korleis eg skulle formulere meg og stille motspørsmål utan at det skulle bli oppfatta som kritikk. Mine tankar om kva som er bra og kva som kunne vært gjort annleis i eigen sengepost følte eg sette grenser for spørsmålsformulering og det å stille ekstra spørsmål. Særleg kjente eg på dette i dei individuelle intervjuet, og eg kunne nok med fordel hatt med meg ein komoderator også her. Det kunne bidratt til andre vinklingar på informasjonen informantane kom med. Ei anna mogelegheit var å ha fokusgruppeintervju med sjukepleieledarane. Det kunne bidratt til diskusjon i gruppa slik at informantane sette

kvarandre på sporet av korleis dei jobbar med implementering og bruk av forskning i sengeposten. På den andre sida kan det være informasjon dei delte med meg som var lettare for dei å snakke om når det berre var meg og informanten tilstade. Temaet mitt er ikkje nødvendigvis sensitivt, men det kan tenkast at det for alle ikkje er like enkelt å snakke om korleis ein jobbar med implementering på eigen sengepost dersom ein opplever at andre sjukepleielearar lykkast betre enn deg. Samtidig kunne det ha ført til læring på tvers ved at sjukepleieleararen fekk idear å ta med seg tilbake til eige arbeid.

Koronasituasjonen og oppgåva sin størrelse gjorde til at det ikkje blei fleire enn tre individuelle intervju. I kvalitativ forskning ynskjer ein å oppnå metning, som betyr at ein har mogelegheita til å stoppe å samle data når det ein finn repeterarar seg sjølv, eller vært overflødig. Nye intervju, eller observasjonar fører ikkje lenger til ny kunnskap (Polit & Beck, 2017). Ideelt sett burde eg hatt fleire informantar enn tre sjukepleielearar, då det kan være lite til å oppnå metning. Hadde eg hatt fokusgruppeintervju med sjukepleielearane kunne eg hatt med fleire informantar, noko som kunne ført til at eg fekk eit rikare datamateriell. Samtidig er det å ha utført både fokusgruppe og individuelle intervju ei nyttig erfaring å ha med seg vidare, noko som var bakgrunnen til valet mitt om å nytte begge former for intervju. For min del vog erfaringa med intervjuforma opp for auka sjanse for metning.

Etter planen skulle intervjuguiden piloterast slik at eg kunne gjere den best mogeleg inn mot intervju. Når det endeleg blei ei opning for intervju måtte eg hive meg rundt å utføre dei planlagde intervju. Det ville vore ein fordel om guiden blei pilotert, særleg til dei individuelle intervju. Til dømes opplevde eg at det kanskje var for mange spørsmål relatert til utviklingsplanen, og for få i forhold til implementering som hadde vore nyttig informasjon. Ved å pilotere guiden kunne eg også fått fleire forslag til oppfølgingsspørsmål, noko som hadde vore nyttig for meg då eg kjente på utfordringar knytt til dette med tanke på frykt for å være kritisk til arbeidet som blei gjort av sjukepleielearane. I etterkant av intervju nytta eg informasjon eg fekk til å forbetre guiden til neste intervju, men på grunn av få individuelle intervju blei nok intervjuguiden ikkje optimal i den hensikt å oppnå metning.

Med nokre av informantane var det meir behov for avklaring av omgrep enn hos andre. Det var for enkelte vanskeleg å omsette kunnskapsbasert praksis til kvardagens praksis, og kva

betydning det har for sjukepleiefaget og bruk i sengeposten. Det var også forskjell å merke dersom informanten sjølv hadde kursing/utdanning der kunnskapsbasert praksis var tema.

5.2 Analysen

Analysen var ein omfattande prosess som krevde tolmodigheit og konsentrasjon. Teksten las eg fleire gonger for å sikre at eg hadde fått med meg det informantane sa. Planen min var å transkribere intervjuet etter kvart slik at eg fekk nytte av informasjon frå eit intervju til neste. Dessverre blei det ikkje tid til dette då det blei lita tid mellom kvart individuelle intervju. Gjennom transkriberingane dukke det opp spørsmål eg gjerne skulle stilt informanten i ettertid, eller kunne tatt med til neste intervju. Dette viser at transkribering har ein viktig funksjon i denne delen, og at det å tilstrebe å få det til mellom intervjuet er nyttig.

Malterud (2017) anbefala å være fleire i ei kvalitativ studie, noko eg kjente på i denne delen. Ved å ha nokon å diskutere funna med kunne ulike vinklingar komme fram som eg ikkje såg sjølv, og vi kunne oppdaga funn kvarandre ikkje såg. Samtidig gjorde det at eg var åleine at eg blei tvungen til å fokusere enda meir, og passe på at eg ikkje oversåg noko av betydning. For meg var det viktig læring, og eg brukte ein del tid på å rydde i dei meiningsberande einingane, finne ut kva dei betydde, kva som eigentleg låg bak det informantane sa.

Eg hadde også bekymringar kring det å misforstå informanten, og dermed presenterer funn som dei ikkje ville kjenne seg att i. Å bruke god tid på å bli kjent med materialet, rydde i kategoriar og kondensat og tekstskriving gjorde til at dette blei lettare etter kvart. Ein del funn var utfordrande å formulere inn i teksten. Dette var meiningar informantane hadde kring temaet, særleg når meininga var «kontroversiell». I seg sjølv er det eit viktig funn, men å bruke dei gjorde anonymiseringa utfordrande då eg berre intervjuet tre sjukepleieiarar.

Eg kjente på både fordelar og ulemper kring det å skrive åleine. I situasjonen beskrive over kunne det å hatt nokon å diskutere funna med bidratt til at vi fann løysingar for korleis implementere dei utfordrande funna i teksten på ein anonymiserande måte. Ein grunn til at eg kjente på dette kan også være nærheita til informantane og arbeidsplassen min. Det å presentere funn som har ei kritisk tilnærming til arbeidet sjukepleieiarane gjer, eller korleis

føretaket arbeida opplevde eg som utfordrande. Eit døme er mi oppfatning av at kunnskapsbasert praksis er ukjent for dei fleste av sjukepleieledarane, medan dei meinte dei hadde god kunnskap om dette. Det blei snakka om forbetningsarbeid som kunnskapsbasert, men ingen av informantane nemnte bruk av metodikk ved implementering, sjølv om eg spurte om kvifor eit forbetningsarbeid lykkast/ikkje lykkast. Dei nemnte heller ikkje spesifikt det å søke etter forskning i kvardagen som at det er noko dei har tenkt på at nokon i sengeposten kan gjere. Dette tolke eg som mangel på kunnskap og forståing for kunnskapsbasert praksis, men så kan det til dømes være påverknad frå meg som førte til at informantane svara som dei gjorde.

Med det ovannemnte i dette kapittelet i mente kan eg ikkje utelukkande overføre funna mine til andre land, dette med tanke på tal informantar, men også samanlikningsgrunnlaget det norske helsevesenet har med helsevesenet internasjonalt. Ein kan tenke seg at andre sjukehus nasjonalt vil presentere liknande funn, og denne studien kan derfor være av interesse i Noreg.

5.3 Personleg «stress»

Som beskrive over kjente eg på fleire utfordringar kring å forske på eigen arbeidsplass. I tillegg til det ovannemnte var det eit stressmoment å føle på å skulle prestere og levere i den hensikt å tilføre organisasjonen noko med verdi, slik at det blei nyttig for vidare bruk. Toppleiarar og sjukepleieledarar har travle arbeidsdagar, og det var derfor viktig for meg å produsere noko bra slik at eg ikkje skulle sitte att med følelsen av å ha brukt tida deira unødvendig.

Også i fokusgruppeintervjuet med toppleiinga blei det formidla at dei håpte arbeidet mitt kunne komme til nytte i organisasjonen, dog ikkje i den hensikt å stresse meg, men som eit teikn på at temaet er viktig for toppleiinga. Dette har bidratt til at eg har kjent på å utføre ein studie der vegen til funna har blitt utført på ein slik måte at informantane kjenner seg att i funna, og at funna er nyttige for vidare arbeid. Samstundes som eg kjente på «stresset» har det nok også hjelpt meg til å halde fokus, og utfordre meg til å levere noko som kan være bra, og som eg kan stå for.

6.0 Studiens funn

I kommande kapittel skriv eg om funna frå intervjuar med toppleiarar og sjukepleielearar i Helse Førde. Etter transkribering og analyse sat eg att med sju undertema, fordelt på fire hovudtema som svara på forskingsspørsmålet (tabell nr 2).

Tabell nr 2: Studiens funn

Hovudtema	Undertema
Roller og ansvar	<ul style="list-style-type: none">▪ Manglande sjukepleielearfokus på kunnskapsbasert praksis
Kunnskap og erfaring	<ul style="list-style-type: none">▪ Kunnskapsbasert praksis er vanskeleg å forstå▪ Kunnskapsbasert praksis i konkurranse med pasientkontakt▪ Kunnskapsbasert praksis – sjukepleielearens dilemma
Kunnskapsbasert praksis – fana oppe	<ul style="list-style-type: none">▪ Kunnskapsbasert praksis – tråden gjennom organisasjonen
Systematikk og struktur på veg inn	<ul style="list-style-type: none">▪ Kunnskapsbasert praksis handlar også om gode pasientforløp▪ Det er krevjande å posisjonere ut mengda krav

6.1 Roller og ansvar

Sjukepleielearane var klar over ansvaret dei har i kraft av rolla si som leiarar, men fortalte likevel at fokuset på kunnskapsbasert praksis var noko dei ikkje tenkte på i den daglege drifta.

6.1.1 Manglande sjukepleielearfokus på kunnskapsbasert praksis

Sjukepleielearane eg intervjuar i min studie såg viktigheita av at dei i kraft av si rolle var pådrivarar for implementering av kunnskapsbasert praksis på sengepost. Det vil gi eit tydeleg signal til personalgruppa at dette var eit prioritert område. Dei var samde om at å søke etter forsking er ein god mogelegheit for auka kunnskap blant sjukepleiarar, men det var eit område dei gav lite merksemd. Ord som å «*synde*» og «*tenkjer ikkje på det*» blei av sjukepleielearane brukt for å beskrive det manglande fokuset dei hadde på at sjukepleiarar kan nytte søk etter forsking på spørsmål ein stiller seg i praksis.

«...det kan være meg! Som ikkje ha motivert nok til å gjere det».

Sjukepleieleiarane beskrev ulike forbetningsarbeid i sengepostane, og fortalte at fleire av desse var utfordrande å lykkast med. Manglande involvering frå leiar blei nemnt som medverkande årsak til det.

Ein av sjukepleieleiarane meinte at det viktigaste ein kunne gjere som leiar var å sørge for at dei tilsette hadde det bra på jobb, og fekk tilpassa jobb til privatliv. Dette var ein jobb sjukepleieleiaren brukte ein del tid på. Det blei også i eit av intervju med sjukepleieleiarane hevda at det å halde seg fagleg oppdatert hadde ikkje sjukepleiarar tida til. Sjukepleieleiaren illustrerte dette ved å sei at mange sjukepleiarar hadde små barn, og dermed var det ikkje tida til andre oppgåver.

«[...] fagutviklingssjukepleiaren [...] har alltid vært kjempeflinke, og dei ha alltid klart å fått dei tilsette til å gjere det som er [...] pålagt...og eg må jo heie dei fram [...] mi viktigaste rolle er å heie fram fagutviklarane [...] som kan lære opp å få dette inn i den daglege rutina til sjukepleiarane».

Fagutviklingssjukepleiarane blei av sjukepleieleiarane beskrive som viktige i arbeidet med kunnskapsbasert praksis på sengepostane, og at desse i større grad fekk ansvar for det faglege på sengeposten. Sjukepleieleiarane hevda at i det store og heile var det fagutviklingssjukepleiaren som var grunnen til at det faglege i sengeposten fekk det fokuset det gjorde.

6.2 Kunnskap og erfaring

Sjukepleieleiarane hadde liten kunnskap om, og praktisk erfaring med kunnskapsbasert praksis. Dei meinte at det var behov for å auke kunnskapen blant sjukepleiarane på sengeposten. Samtidig blei det presentert tankar om at ein kunnskapsbasert praksis ville distansere sjukepleiarane frå pasienten. Hektiske arbeidsdagar gjorde også til at sjukepleieleiarane måtte prioritere mellom arbeidsoppgåver.

6.2.1 Kunnskapsbasert praksis er vanskeleg å forstå

I intervju med sjukepleieleiarar vart det gitt uttrykk for at kunnskapsbasert praksis er vanskeleg å forstå;

«[...] kunnskapsbasert praksis er berre eit ord, eg treng meir konkrete ting for å forstå det».

Sjukepleieleiarane var inne på at det trengs kunnskap om kunnskapsbasert praksis for å forstå kva det betyr og få til betre implementering. Dei meinte at for å jobbe meir kunnskapsbasert burde sjukepleiarane hatt kompetanse i kva kunnskapsbasert praksis er, til dømes gjennom kurs og utdanning.

«Ein draumesituasjon hadde vore at alle tilsette hadde hatt kompetanse innanfor [...] forbetningsarbeid og kunnskapsbasert praksis, at ein hadde ei utdanning. Og at alle faktisk var opptatt av å lese og bruke da nyaste innan forskning».

Manglande kompetanse førte også til at kunnskap erverva via forskjellige kurs i eige fagfelt ofte ikkje fekk rotfeste i sengeposten. Sjukepleieleiarane problematiserte at det var utfordrande å vedlikehalde ny kunnskapen i ettertid, noko som førte til at forsøk på endring blei mislykka og ein fort sklei tilbake til gamle rutine.

«Då eg sjølv erfara kor mykje det å søke kan gi meg av ny kunnskap får eg meir lyst til å få det til i eigen sengepost».

Ein av sjukepleieleiarane hadde gjennom utdanning tileigna seg meir kunnskap om kunnskapsbasert praksis. Dette gjorde at vedkommande hadde positive haldningar til at sjukepleiegruppa i større grad skulle nytte forskning som utgangspunkt for behandling og pleie, og ynskte å i ta tak i implementering av kunnskapsbasert praksis på eigen sengepost.

6.2.2 Kunnskapsbasert praksis i konkurranse med pasientkontakt

Sjukepleieleiarane eg intervjuja kjente ikkje til om sjukepleiarane i arbeidstida søkte etter forskning, eller tileigna seg forskingsresultat på andre måtar. Dei sa vidare at dersom sjukepleiarane lurte på noko nytta dei prosedyrane i VAR (den elektroniske kvalitetshandboka tilgjengeleg i føretaket) eller Googla.

«Dei fortalte at dei bruka Google viss dei lure på noko. Eg tenkte at «Google Scholar kan ein jo bruke», men det var ikkje det dei gjorde. [...] dei brukar prosedyrane som dei meinte va litt kunnskapsbasert.. men å leite etter kunnskapsbasert praksis er dei ikkje flinke nok med».

Det blei av sjukepleieleiarane nemnt at det er eit skilje på det å være praktisk og å være akademisk. Dei beskrev legegruppa som ei akademisk yrkesgruppe som nytta forskning meir, utan at det påverka sjukepleiarane i særleg grad. Vidare sa sjukepleieleiarane at i praktiske fag, som sjukepleieyrket, var ein ikkje er så opptatt av å forske og å nytte resultat frå forskning i utøvinga av yrket sitt, då det kunne føre til at sjukepleiaren fekk mindre tid med pasientane.

Ein av sjukepleieleiarane meinte at auka fokus på teamsamarbeidet mellom lege og sjukepleiegruppa kunne resultert i at sjukepleiegruppa fekk auga opp for forskingsfeltet. Informanten erfarte ved tidlegare arbeidsstad at legegruppa der oppmuntra sjukepleiarane til å søke etter forskning i kjente databasar, noko som auka interessa for feltet. Ein annan sjukepleieleiar fortalte om tilsette som kan huske at det for ei god tid tilbake hadde vore studieringar på sengeposten, som ein lege hadde tatt initiativ til. Dette vart godt mottatt av sjukepleiegruppa då dei opplevde det som lærerikt.

«Viss sjukepleiaren måtte velje mellom å gå inn å prate med pasienten, eller å søke etter forskning på noko han undra seg over, så hadde eg bedt han om å gjere det første».

I intervju med sjukepleieleiarane blei det snakka om arbeidsoppgåver sjukepleiarane vart pålagt av føretaket, til dømes screening for å kartlegge fare for risiko for fall, trykksår og underernæring, og standardisering av målingar av vitale parameter for å oppdage eventuell forverring av tilstand tidleg. Ein av sjukepleieleiarane viste til New public management, og opplevde dette som departementets behov for å ha kontroll. Det blei ein konkurranse i å være best. Sjukepleieleiaren frykta at dette ville gå på kostnad av sjukepleiarens observasjonar og vurderingar, då det som kunne teljast og målast blei viktigare. Dei pålagte

arbeidsoppgåvene blei omtalt som ekstraoppgåver sjukepleiarar ikkje ynskjer å bruke tid på, av same grunn som å søke etter forskning, det stele av pasienttida.

6.2.3 Kunnskapsbasert praksis – sjukepleieleiarens dilemma

Alle sjukepleieleiarane eg intervjuar var inne på at det krevde leiarinvolvering å lykkast med implementering av kunnskapsbasert praksis.

«Sit du med det økonomiske ansvaret, personalansvaret, deltar i ei prosjektgruppe, og i tillegg skal gjere alle dei tinga du må gjere som seksjonsledar, og så ska du finne folk...då er det dessverre slik at det med retningslinjer og det forskingsbaserte vært nedprioritert».

Dei problematiserte at den hektiske kvardagen dei har som sjukepleieleiarar var lite foreinleg med deltaking i forbetningsarbeid i eigen sengepost. Desse oppgåvene må dei sjølv ta ansvar for, då mykje av det er krav frå føretaket, og nødvendig for drifta av sengepostane. Ein av sjukepleieleiarane var inne på at ein del forklaringar til manglande fokus på kunnskapsbasert praksis er unnskyldningar og ikkje reelle årsaker.

«Økonomiske begrensingar er kanskje ein hemmar. Viss ein ikkje får midlar til å skulle [...] få ting til. I ein travel kvardag [...] så kan jo tid vere ein hemmar, sjølv om eg eigentleg tenke at ein klare å få til veldig mykje med ei positiv innstilling».

Mengda arbeidsoppgåvene sjukepleieleiarane har gjer til at dei kjenner seg avhengige av fagutviklingssjukepleiarane til å følgje opp forbetningsarbeid i sengeposten, og dei innrømmer at dei overlet mykje til dei. Der to av sjukepleieleiarane fortalte at fagutviklingssjukepleiaren fekk hovudansvaret for det faglege, fortalte den tredje at fagutviklingssjukepleiaren var ein ressurs å nytte slik at også sjukepleieleiaren kunne bruke tid på det faglege i sengeposten, og tilbringe tid nær personalet og ikkje berre på kontoret.

«Når det gjeld ressursar så må ein jo ta av det ein har [...] Leiinga oppover i systemet har jo fokus på forbetring og dei følger med på for eksempel trygg pleie,[...] heilt opp

til administrerende direktør. Men kanskje burde det vore meir øymerka midlar til akkurat kunnskapsbasert praksis, og det å innføre det».

Til tross for at sjukepleieleiarane kjenner på lite tid og ressursar til å involvere seg i forbetningsarbeid, fortel dei at dei heller ikkje har uttrykt til sine leiarar at dei treng meir ressursar og tid til implementering av kunnskapsbasert praksis. Sjukepleieleiarane opplever ei positiv haldning til kunnskapsbasert praksis i føretaket, og seier at kanskje ein del av ansvaret for å få tilført ressursar handlar om å etterspør det også.

«Eg ska ikkje sei kva eg kunne fått om eg hadde tatt tak i det, men ingen har kome til meg og sagt at no skal du få sånn og sånn for å implementere det (kunnskapsbasert praksis) ..men kva resultatet hadde blitt om eg hadde gått til dei og sagt at eg ønska det.... det hadde sikkert vært interessant å prøvd, faktisk, for eg trur ikkje det er motvilje mot det. [...] Men det e noko med det, som eg sjølv føle det og, viss nokon hadde sagt; helloooo.... sant, så er da lettare å ta tak i det enn når du på en måte skal finne opp alt sjølv».

I dette la sjukepleieleiaren eit ynskje om at ressursar kunne blitt tilført utan at ein måtte etterspør det, eller at sjukepleieleiarane sine leiarar etterspurde kva ressursar sengepostane treng for å implementere kunnskapsbasert praksis. Dette med bakgrunn i at den hektiske kvardagen sjukepleieleiarane presenterte fører til at fokuset på det faglege fort kan bli skyvd bakover blant arbeidsoppgåvene, og få for lite fokus.

6.3 Kunnskapsbasert praksis fana må være oppe

I denne delen skriv eg om funn frå intervju med toppleiinga.

Sjølv om toppleiinga var tydelege på at det å jobbe kunnskapsbasert var eit krav dei måtte etterleve, så såg dei på det å ha ein kunnskapsbasert kultur på arbeidsplassen og i organisasjonen som ein metode å heve kvaliteten på tenesta for pasientane. Det finnes gode planar for implementering av kunnskapsbasert praksis i føretaket, men toppleiinga kjente på

utfordringar kring implementering då det var varierende i kva grad sjukepleielearane var mottakelege for å gå i gang med til dømes forbetningsarbeid.

6.3.1 Kunnskapsbasert praksis – tråden gjennom organisasjonen

Toppleiinga nyttar nasjonale og regionale planar for utvikling av kunnskapsbasert praksis i føretaket. Dei viser til at desse planane fører til at det å jobbe kunnskapsbasert er eit krav.

«[...] skal du på en måte være ein seriøs aktør, og drive sjukehus må vi ha den (kunnskapsbasert praksis) fana oppe».

Samtidig ser dei at betre pasientbehandling og økonomisk gevinst er fordelar som følgjer med å jobbe kunnskapsbasert. Føretaket har av desse grunnane vidareformidla i sine planar at ein gjennom heile organisasjonen skal jobbe etter ein kunnskapsbasert metodikk.

«[...] det med brukartilfredsheit [...] dette med prioritering, pasienttryggleik, og pasient og kvalitet [...] vi er inne på dette med oppgåvedeling og samhandling [...] dette med forskning og innovasjon. Og eg vil jo sei at dette med organisering og leiing er jo absolutt viktig, og korleis skulera vi leiarane våre».

Informantane eg intervjuar frå toppleiinga var opptatt av tenesteutvikling i heile organisasjonen. Dei viste til kunnskapsbasert praksis som ein metode for å oppnå nettopp dette.

[...] det at vi har med brukarane inn, at vi satsa på ungdomsråd, brukarutval [...] elles ha vi arbeidd mykje med prosedyre og fagprosedyre, som er basert på forskning, dei nasjonale, VAR prosedyrane [...]at vi får det implementert ut. Den måten kan vi støtte, støtte avdelingane. Og det at ein får eit IKT system som gir beslutningsstøtte er utruleg viktig [...] Så har vi laga forskingsinfrastruktur slik at det skal bli lettare for folk i organisasjonen å ta seg fram i den verda og lage eit systematisk arbeid».

Om tilsette stiller spørsmål ved eigen praksis, utfordrar eigen leiar og toppleiinga kan det føre til auka kvalitet på tenestene. Samstundes ser toppleiinga som sitt bidrag at dei utfordre dei tilsette, etterspør og stiller spørsmål som kan skape debatt i fagmiljøa. Til dette seier dei at dei er avhengig av avdelingssjefar som vidareformidlar toppleiinga sine spørsmål og tankar vidare til sjukepleieleiarane, og dermed vidare til dei tilsette på sengepostane.

«[...] dette e jo et veldig viktig tema, ein streva med det i alle organisasjonar, korleis skal vi få tatt i bruk det som e kunnskapsbasert, det som e ny forskning, det vi veit no versus det som [...] har vore gjort før. Så vi står jo heile tida i det spenningsfeltet».

Delen av kunnskapsbasert praksis som toppleiinga snakka mykje om var forskning, å nytte forskning, og å være ein forskande organisasjon. Toppleiinga tenker at å vise fram forskingsarbeidet som vært gjort i føretaket vil være motivasjonsskapande for andre til også å ville forske. Dei viste til bibliotekarressurs som tiltak for å gjere det enklare for dei tilsette å utføre litteratursøk, og håpte at denne ville bli mykje brukt.

Toppleiinga ser at ein treng kunnskap for å jobbe kunnskapsbasert, både blant sjukepleiarar og sjukepleieleiarar. Ved å legge til rette for vidareutdanning, mastergrad og doktorgrad vil dei bidra til at fleire tilsette får kunnskap om dette, og er dermed med å heve kvaliteten på tenestene føretaket tilbyr.

«[...] eg ynske å synleggjere at det å ta vidareutdanning, det å ha fokus på forskning og utdanning, skal bli den tråden nedover som gjer at vi skal komme dit at kunnskapsbasert praksis skal være eit utgangspunkt for korleis vi utvikla tenestene våre».

Toppleiinga var også opptatt av leiarutvikling, og det framover ville bli meir fokus på kunnskap om kunnskapsbasert praksis. I leiaropplæringsprogrammet, som til no inneheldt to delar, fortalte toppleiarane at del tre var under planlegging. Denne skulle handle om implementering og forbetningsmetodikk. Dette håpte toppleiarane ville gi sjukepleieleiarane meir kunnskap og kompetanse om forbetningsarbeid.

6.4 Systematikk og struktur på veg inn

Toppleiinga opplever at sjukepleiefaglege tiltak får meir og meir betydning for kvaliteten på helsetenesta, og tilbodet føretaket gir pasientane. Dei ser at det er viktig at dette vèrt sett i system dersom det skal ha noko å sei for heilheita. Likevel kjenner dei på utfordringar kring dette då det er forventingar til både dei sjølve, og då dermed vidare til sjukepleieleiarane, som allereie har mange arbeidsoppgåver.

6.4.1 Kunnskapsbasert praksis handlar også om gode pasientforløp

Toppleiinga opplever skifte i kva kunnskapsbasert praksis famnar om. Då det tidlegare var fokus på medisinske metodar og medikament, forskar ein no meir på heile pasientforløpet, og kva betydning tiltak og behandling har for kvalitet for pasienten og økonomi.

«At tiltak som kjem i pasienttryggleiksprogrammet vårt som kjem nasjonalt, det er basert på forskning. Og det er jo arbeid som vi heile tida gjere for å få ut, førebygging av fall [...]».

Toppleiinga ser på dette som viktig då dei meina rutinar, system, observasjonar, basale ting, og systematisk drift av sjukehus har meir betydning for kvalitet på tenestene enn nye behandlingsmetodar innan ulike diagnosar.

«Legen ser pasienten på visitten, knapt det, elle på poliklinikken. Men det er jo resten av behandlinga som i stor grad kan virke inn på kor lenge pasienten blir liggande inne, om det blir komplikasjonar som forlenger opphaldet.. og vi er jo kome dit at vi no ser det tydelegare da. Og kommuniserer det tydelegare».

Vidare fortalte toppleiinga at det er meir struktur i måten ein arbeidar på no enn tidlegare. Skjønn, erfaring og klinisk blick vèrt trumfa av teljing og måling. Toppleiinga viste til at det er viktig å måle for å følgje med på om ein jobbar evidensbasert eller har ein god praksis, og at talla kan gi grunnlag for utvikling.

«Så har vi fokus på sjølve målinga i kanskje litt for stor grad. Mens spørsmålet som følger etter; kva tiltak sette du i gang som resultat av målinga? [...] «vi har fått på plass NEWS (national early warning score)», seier dei, og så ser vi [...] en voldsom variasjon i om man følgd opp med tiltak i forhold til dei målingane dei finner. Og det er der gevinsten av det ligger, ikkje målinga i seg sjølv [...] og der har vi jo, vertfall i pasienttryggleiksutvalet satt et veldig fokus på å følge opp andre sida av det. For elles opplevast det også ute, ja de (leiinga) er fornøgd berre.. berre talla e bra! [...] det er ikkje bra for pasienten».

Toppleiinga ser at det store fokuset dei har på korleis ein ligg an på nasjonale kvalitetsindikatorar kan ha motsett effekt ute i organisasjonen. For helsepersonell er målet kva som vært gjort for pasientane, meir enn kor godt ein ligg an nasjonalt. Dette forsøker toppleiinga i auka grad å kommunisere ut i organisasjonen slik at ein som helsepersonell vært motivert til å ta i bruk tiltak som inneberer screening, talfesting og scoringar.

6.4.2 Det er krevjande å posisjonere ut mengda krav

Det var viktig for toppleiarane eg intervjuar å få fram at dei er klar over at det er utfordrande i sengepostane å stadig halde på med forbetningsarbeid, særleg forbetningsarbeid som ikkje har rot i sengeposten.

«Men vi trur ikkje det e så lett heller. og vi innser at vi må gjer det ilag med folka [...] det er ikkje berre å vedta og snu om.. du må få til det systemet som gjer det lettare, for tida tar alle [...] eg ha vertfall behov for å få sagt at vi er ikkje ei leiing som trur at det berre er eit knips då... det trur eg heile føretaksleiinga er klar på, vi ser at det noko anna i kvardagen».

Dei ser at det til tider stillast mange krav til sengepostane, og innrømmer at dei sjølve synes det er vanskeleg å posisjonere ut mengda krav. Toppleiarane poengterte viktigeita av at leiarane på sengepostane er delaktige i forbetningsarbeid for å oppnå resultat. Men at dette kan være vanskeleg med høg aktivitet på sengepostane, at mesteparten av pleiepersonalet jobbar turnus, og at det er utfordrande å få til møter for diskusjon er noko toppleiinga er veldig klar over.

«Men det er klart og at av alle leiarane våre så vil det være ulikt i kor stor grad ein implementera. Frå dei som kanskje ikkje syns det er så viktig, til dei som [...] vi må alltid leve i dette, og handtere heilheita så [...] du kan bestemme noko, men derifrå til å få det til [...] du må ha respekt for dei som skal implementere, du må greie å legge til rette for at de kan gjere det på best mogeleg måte».

« [...] og kvar skal vi begynne? med dei som har mest lyst, eller der motivasjonen ikkje er der»?

Toppleiinga ynskjer å legge til rette for at sjukepleieleiarar og sengepostar kan drive med forbetningsarbeid på ein god måte, til dømes ved å frigjere ressursar. Dei opplever at det ute i sengepostane er vilje til å jobbe med forbetring, og mange har kunnskap om korleis gjere dette også. Men toppleiinga får tilbakemeldingar frå sjukepleieleiarar om utfordrande arbeidsdagar.

«Eg trur vi har folk som er skulert, som ha tatt utdanning knytt til forbetningsarbeid, kursa seg, vært med i prosjekter, eigentleg på alle avdelingane. Tilbakemeldinga til meg som (topp)leiar er at dei (sjukepleieleiarane) blir sitjande veldig mykje av tida si å gjere praktiske gjeremål, få turnusen til å gå opp, innkalle vakter».

Også for toppleiinga er dette utfordrande. Dei kjente på dilemma kring fokuset på økonomi og nedskjeringar, samtidig som dei skal be sjukepleieleiarane fokusere på ulike forbetningsarbeid. Dette er noko som dei diskutere med ujamne mellomrom.

« [...] både den forskningssida, men og den praktiske utøvinga, få det omsett i helt daglegdagse rutine [...] det er ein kjempestor og viktig jobb. Som vi legge mykje i, men alltid et spørsmål om vi får til nok då».

Sjølv om toppleiinga synes kunnskapsbasert praksis er eit viktig kvalitetshevande tiltak, erkjente dei at dei kunne gitt området meir merksemd. Dei sette pris på at det kom eit initiativ som sette dette på dagsorden.

7.0 Etske vurderingar

Etske problemstillingar må ein ta høgde for gjennom heile studien, og som forskar er ein forplikta til å vurdere ulike etske sider frå planlegging av datainnsamling til sluttproduktet er levert. Samfunnsmessig stillas det krav om at forskning følger etske prinsipp nedfelt i lover og retningslinjer (Dalen, 2011). Dei fleste lover og reguleringar bygger på Helsinkideklarasjonen frå 1964 der fleire etske prinsipp vedrørande forskning er nedfelt (Helsinkideklarasjonen, 1964). Dei Nasjonale Forskingsetiske komiteane utarbeida i 2014 retningslinjer for forskning (FEK, 2019). Respekt for personar som deltar i forskinga, tilstrebe gode konsekvensar av forskinga, eit prosjekt som er rettferdig utforma og utført, og forskarens plikt til å være ansvarleg, open og ærleg er viktige forskingsprinsipp.

Då eg ikkje skulle forske på helse, humant biologisk materiale, eller kartlegge helseopplysningar var det ikkje nødvendig å sende søknad til Regional Etisk Komite (REK).

Personopplysningslova krev meldeplikt for prosjekt som opphandlar personopplysningar, og der desse vært behandla med elektroniske hjelpemidlar (Dalen, 2011; Lovdata, 2018). Sidan eg nytta lydopptak i intervju blei det sendt søknad til Norsk Senter for Forskingsdata (NSD) (Malterud, 2012). Eg nytta skjema som på låg på NSD si nettside til dette. Eg nytta også NSD sin mal for informasjonsskriv som eg sendte ut til informantane i forkant av intervju, etter godkjenning frå NSD. (Vedlegg nr 1 og 2).

7.1 Samtykke

Forskingsskjema skal ikkje settast i gang utan samtykke frå dei involverte (Dalen, 2011). Eit viktig forskningsetisk prinsipp er å ivareta deltakarane og deira integritet. Å delta i forskingsprosjekt er friviljug.

Informasjonsskrivet skal innehalde tilstrekkeleg med opplysingar til at informantane kan ta stilling til om dei ynskjer å delta eller ikkje (Malterud, 2017). Via informasjonsskrivet fekk informantane i denne studien informasjon om studiens føremål, problemstilling og studiedesign, og hensikta med studien. Denne informasjonen skal være tilstrekkeleg til at informantane forstår kva dei deltar i, og kan basere sin deltaking på. I informasjonsskrivet stod det også at det er friviljug å delta, og at dei kan trekke seg kva tid som helst i studien,

utan å måtte gje opp nokon grunn til dette. Nedst i informasjonsskrivet var samtykkeerklæring som informantane signerte.

NSD skriv at når ein invitere kollegaer til intervju kan det være vanskelegare for informanten å sei nei til deltaking enn på førespurnad frå utanforståande. Som ei løysing til dette anbefala NSD å sende førespurnad via leiar eller kollega av informanten, eller ein open førespurnad. Eg kontakta sjukepleieleiarane direkte. I ettertid ser eg at det å la kommunikasjonen gå via sjukepleieleiarane sin leiar kanskje hadde vært ein ryddigare måte å skaffe informantar på. Det kan være at informantane følte seg «forplikta» til å delta i og med at dei fekk direkte førespurnad frå meg. Samtidig opplevde eg at informantane var positive til deltaking, og at informasjonsskrivet og korrespondansen eg hadde med sjukepleieleiarane i forkant var god. NSD anbefala at det i informasjonsskrivet bør stå at det profesjonelle forholdet mellom informant og forskar ikkje skal verte påverka om informanten ikkje ynskjer å delta, eller trekker seg i løpet av studien. Dette var noko eg ikkje tenkte over i utarbeiding av informasjonsskrivet. I etterkant av intervju har eg ikkje opplevd at profesjonaliteten mellom meg og sjukepleieleiarane eller toppleiarane eg intervjuar har blitt endra, men rådet til NSD tar eg med meg til eventuelle nye studiar.

I kvalitativ forskning kan ein sitje att med funn som ikkje nødvendigvis svarar på forskingsspørsmåla. Det er då lov å endre forskingsspørsmåla i tråd med funna. Dette opplevde eg i denne studien. Grunnar til at det blei slik kan skyldast spørsmåla i intervjuguiden. Samtidig vil ein i intervju ofte komme i situasjonar der ein får materiale som representere andre funn enn det ein såg føre seg under utarbeiding av intervjuguiden. Dette vil være ein av styrkane ved kvalitativ forskning, som fører til ny kunnskap. I slike tilfelle er det viktig å ha med seg at endringa ikkje vært så radikal at samtykke informantane har gitt kanskje ikkje lenger vil være gyldig. Dette kan ein løyse ved å la informantane lese teksten, i hensikt å komme med tilbakemelding på innhaldet. I mitt tilfelle opplever eg ikkje at endringa var av slik betydning av det var nødvendig å kontakte informantane.

7.2 Konfidensialitet

I kvalitative forskingsmetodar er det viktig at informantane kan føle seg trygge på at opplysingar dei gir vært behandla konfidensielt, og sikre deira anonymitet slik at ikkje det

som vært sagt kan sporast tilbake til informanten (Dalen, 2011). Når ein intervjuar kollegaer anbefala NSD å formidle at informasjon dei gir ikkje vil bli delt med andre kollegaer, eller notert i personalmapper. Dette tenkte eg ikkje over då eg starta prosessen, og det vil derfor være lærdom eg tar med meg vidare.

Gjennom transkripsjonsfasen nytta eg informantens forbokstav i teksten for å anonymisere intervjuobjekta. Ved å bruke tilfeldig valt bokstav kunne eg nok anonymisert betre. Elles i teksten er sengepostar og namn anonymisert, og det er brukt tittel som benemning på informantane.

Informantane blei informert om at datamaterialet blei forsvarleg oppbevart på passordbeskytta pc, at berre eg hadde tilgang til det, og at det vil bli sletta ved studiens slutt. Sidan eg forskar på eigen arbeidsstad kan dette være ekstra viktig. NSD beskriv ei dobbeltrolle der ein er forskar og tilsett. Det er viktig å skilje mellom rollene gjennom prosessen, og være tydeleg ovanfor informantane kva tid ein er kollega og kva tid ein samlar inn data.

8.0 Drøfting

I kommande kapittel drøftar eg funna frå studien i lys av litteratur. Problemstillinga som ligg til grunn for drøftinga er å finne ut kva syn toppleiarar og sjukepleielearar i Helse Førde har på kunnskapsbasert praksis, og korleis desse ulike jobbar kunnskapsbasert.

Slik oppsummeringa indikera går det ei linje mellom alle funna som handlar om det eg har valt å kalle for dei 3 K-ane: kunnskap, kompetanse og kultur. På bakgrunn av det vil funna bli drøfta meir i samanheng, enn rekkefølga dei blei presentert i kapittel 6.

8.1 Kunnskap om kunnskapsbasert praksis

Å inneha kunnskap om kunnskapsbasert praksis får stor plass i litteratur og nasjonale føringar. Kunnskap er å kunne teorien bak noko, og dermed kunne gjengi den, i denne samanheng kunnskapsbasert praksis. Kunnskap er skildra som nødvendig for å ta i bruk kunnskapsbasert praksis. Toppleiarane i Helse Førde forklarte kunnskapsbasert praksis grundigare enn sjukepleielearane. Funn peikar i retning av at det trengs meir kunnskap om kunnskapsbasert praksis blant sjukepleielearar i Helse Førde.

8.1.1 Ulik skildring av kunnskapsbasert praksis

Eit funn i studien er toppleiinga og sjukepleielearane si ulike skildring av kunnskapsbasert praksis. Toppleiarane beskrev kunnskapsbasert praksis som eit krav, fastsett i lover, forskrifter og strategiar. For dei betydde ein kunnskapsbasert praksis at ein nyttar beste evidens i pasientbehandling, dreg nytte av brukarperspektivet, men også ein kultur der forskning får plass og bidreg til utvikling av fag. Utviklingsplanen til Helse Førde er basert på forskjellige nasjonale forskrifter og strategiar der kunnskapsbasert praksis er inkludert, til dømes Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2035, og har fått meir plass siste åra. Styrking av kvalitet og pasienttryggleik er ein viktig del av planen, og pasientmedverknad, utvikling av pasientforløp, styrke kompetanse, forskning og innovasjon er nye fokusområde i denne planen.

Vidare opplevde toppleiinga ei endring der det sjukepleiefaglege fekk auka merksemd då det blei tydelegare kva betydning det hadde for komplikasjonar, liggetid og kostnader. Dette sjåast att i I trygge hender 24/7 og helsetilsynets kvalitetsindikatorar der til dømes kartlegging av risiko for fall og trykksår, reduksjon i antibiotika, tidleg oppdaging av forverra tilstand er viktige forbetningsområder helseføretaka vært målt på (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2011). Vidare forklarte toppleiinga at kunnskapsbasert praksis var eit viktig element i utvikling av tenesta som ville komme pasientane til gode, og gi ein økonomisk gevinst for føretaket. Sjølve brukte toppleiinga søk etter forskning i fleire av deira egne saker.

Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2035 (Regjeringen, 2020) set rammene for utvikling av spesialisthelsetenesta. Planen beskriv det viktige team-samarbeidet kring pasienten, og fokusera på bruk av kunnskap og utvikling av kunnskap for å tilby verknadsfulle metodar, samt integrering av forskning i klinisk praksis. Utover dette får forbetningsarbeid stor plass. Grunnen til det er, slik planen skriv, at forbetningsarbeid vil frigje tid til pasientbehandling og sørge for å gi behandling av god kvalitet. Dette passar med beskrivinga toppleiinga gav på kva kunnskapsbasert praksis famna. Samtidig beskriv Nasjonal helse og sykehusplan nødvendigheita av kompetanseutvikling blant sjukepleiarar, og satsing på utdanning av spesialsjukepleiarar. Sjølv om toppleiinga ikkje beskrev i intervju korleis dei såg

føre seg at sjukepleiarar på sengepost kunne nytte seg av oppdatert forskning var dei opptatt av kompetanseutvikling for denne yrkesgruppa. Dette vil bli beskrive seinare i kapittelet.

Sjukepleieleiarane omtalte derimot kunnskapsbasert praksis snevrare enn toppleinga. For dei handla kunnskapsbasert praksis om å nytte forskning og eigen erfaring i pasientbehandling. Med tanke på korleis kunnskapsbasert praksis blei omtala utover i intervjuet kan det tyde på at dette handla meir om teoretisk kjennskap frå utdanning og til å spør kollegaer i forkant av intervjuet enn praktisk erfaring med å bevisst jobbe kunnskapsbasert. I denne studien er det få informantar, likevel representera dette både funn frå forskning, og erfaringar frå eigen praksis der kunnskapsbasert praksis er ukjent for dei fleste. Ein av sjukepleieleiarane gav uttrykk for at det er vanskeleg å forstå omgrepet kunnskapsbasert praksis, for vedkommande var det «berre eit ord». For sjukepleieleiarane var det enklare å relatere kunnskapsbasert praksis til diagnostisering og behandling slik legane tradisjonelt har basert sin praksis mot det evidensbaserte. Crow (2006), Harvey et al. (2019) og Ost et al. (2020) sine studiar viser at sjukepleieleiarar har lite kunnskap om kunnskapsbasert praksis, og at dette fører til utfordringar med implementering i praksis. I desse studiane har leiarar delaktig i kunnskapsbasert praksis blitt intervjuet, og organisasjonar som har søkt å endre kulturen med mål om å implementere kunnskapsbasert praksis blei studert i hensikt å finne grunnar til vellykka implementering. Dersom leiarar ikkje har kunnskap om viktigheita av det som skal implementerast kan det føre til at ressursar ikkje vært tildelt slik at ein kan utføre ein god implementeringsprosess. Det kan også være utfordrande å få leiar til å legge til rette for at dei som kan å jobbe kunnskapsbasert får tid til dette i kvardagen. I denne studien blei det hevda av sjukepleieleiarane at sjukepleiarane i liten grad oppdaterte seg fagleg i arbeidstida, og dei gav inntrykk av at det ikkje var fokus frå leiarane på å legge til rette for dette. Ein av sjukepleieleiarane fortalte at hen meinte det var viktigare at sjukepleiarane nytta tida i lag med pasientane enn å søke etter oppdatert forskning på noko ein undra seg over. Dette kan føre til ein stagnasjon i sengeposten sin faglege utvikling, og igjen motivasjon og engasjement til sjukepleiarar som vidareutdannar seg og opplever å ikkje få nytta eller utvikla kunnskapen sin i praksis. I litteraturstudien til G. K. Sandvik et al. (2011) der dei såg på effektive strategiar for implementering av kunnskapsbasert praksis i sjukehus var det funn som peika på at søk etter forskning kan være

lett å gløyme om ein sjeldan gjer det, og vært etter kvart ei barriere for å utføre litteratursøk.

8.1.2 Roller og ansvar

Ei brikke beskriven som avgjerande for å lykkast med implementering av kunnskapsbasert praksis i sjukehus er leiarinvolvering. Av Regjeringa er leiaransvaret framheva som eit viktig bidrag i arbeidet med kvalitet -og pasienttryggleik, og innlemma i forskrifter, lover og strategiar (HelseOmsorg21; Lovdata, 2016; Regjeringen, 2019, 2020). Nasjonale og regionale målsettingar ligg til grunn for Helse Førde sin Utviklingsplan ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035,"). Med bakgrunn i desse føringane var det eit interessant funn korleis toppleiarane og sjukepleieleiarane i Helse Førde såg på si rolle og sitt ansvar når det kom til implementering av kunnskapsbasert praksis.

Toppleiinga såg på sitt bidrag i implementeringa som ei rolle der dei utfordre dei tilsette ved å etterspørje og stille spørsmål for å skape debatt i fagmiljøa. Dei framheva viktigeita av å reflektere over praksis som grunnlag for evaluering og vidareutvikling. Dette harmonera med stortingsmelding 10 (Regjeringen, 2012-2013) der toppleinga har ansvar for forankring og å etterspør resultat. Helseføretak skal opptre i tråd med Forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helsetenesta (Lovdata, 2016). Begrepet *plikt* er der nytta om ansvaret føretak har i arbeid med kvalitet, og det strekker seg utover det å etterspørje resultat og skape debatt. I følgje forskrifta er føretaka plikta til å ha oversikt over kompetansen og kunnskapen dei tilsette innehar, og legge til rette for at denne vært nytta til det beste for pasientane.

Vidare handlar toppleinga sitt bidrag om å vise at implementering er ein prioritet, og samtidig sette av ressursar, som personell og utstyr, slik at ein som mellomleiar kan fokusere på prosessen (Millar et al., 2013). Gjennom forskning har S. E. Straus et al. (2004) gjort funn som avdekka at sjølv om kunnskapsbasert praksis er forankra i forskrifter, tar ikkje toppleiarar det i bruk. Det eksemplifiserast ved at til dømes WHO ikkje nytta systematiske oversikter eller følgde retningslinjer i deira arbeid. Likeins erfara Helsetilsynet manglande oppfølging av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring på sine tilsyn ved landets sjukehus, der dei også såg at erfaring med forbetningsarbeid bidrog til betre oppfølging av forskrifta

(Regjeringen, 2019). Toppleiarane i denne studien brukte sjølve søk etter forskning i eigne val som skulle takast, eit døme nemnt var einerom versus fleirseng-rom i utbygginga av sjukehuset. Dei meinte også at dei nok kunne gjort meir for i større grad å implementere og fokusere på kunnskapsbasert praksis, og dei såg positivt på at det frå «utsida» blei etterspurt.

Avdelingssjefane blei av toppleiarane framheva som eit avgjerande mellomledd i vidareformidlinga av leiinga sine tankar og spørsmål til sjukepleieleiarane, og vidare til pleiepersonalet. Dette representera «linja» for organisasjonen sin styringsveg. Basert på dette, og den viktige rolla leiarar har for resultat av kvalitetsarbeid påpeika i Utviklingsplanen, kan det tyde på at sjukepleieleiarane i Helse Førde har og får eit stort ansvar når det kjem til føretaket sine målsettingar innan kunnskapsbasert praksis. Sjukepleieleiarane på si side var klar over ansvaret dei har på sengepostane i kraft av rolla som leiarar, og signaleffekten deira tilnærming har for resten av personalgruppa. Basert på den begrensa kunnskapen sjukepleieleiarane hadde om kunnskapsbasert praksis, kan det tyde på at dei gav ein generell beskriving av leiarrolla då det å være rollemodell for dei tilsette og stimulere til nytenking og utvikling er eigenskapar ein leiar bør inneha (Lai, 2017). Det kan tyde på at å skape rom for fagutvikling, som Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019) viser til at er eit særskilt ansvar leiarar av sjukepleietenesta har, er ei underprioritert oppgåve hos sjukepleieleiarane intervjuja i denne studie.

Sjukepleieleiarane eg intervjuja erkjente at dei hadde lite fokus på at sjukepleiarane kunne nytte forskning i arbeidstida som kjelde til å halde seg fagleg oppdatert, illustrert ved å sei at dei «synda» på dette området. I det la sjukepleieleiarane at sjølv om dei er klar over ansvaret dei har for å legge til rette for at dette lar seg gjere, så vært det nedprioritert. Likevel meinte sjukepleieleiarane at å søke etter forskning var ein nyttig metode for sjukepleiarane til å halde seg fagleg oppdatert. Leiaren si rolle som rollemodell er i litteraturen beskrive som ein gjentakande fasilitator for bruk av kunnskapsbasert praksis blant sjukepleiarar. Saunders og Vehviläinen-Julkunen (2017) utførte ei spørjeundersøking med 943 finske sjukepleiarar. Erfaringar frå studien er at ein føresetnad for å arbeide kunnskapsbasert er at sjukepleieleiarar er rollemodellar i kunnskapsbasert praksis og bringer ressursar for implementering. Å være rollemodell i kunnskapsbasert praksis betyr å sjølv

utføre ein praksis basert på modellen, søke etter og viser til forskning i eigne val, nytte retningslinjer, og drive systematisk forbetningsarbeid. Sjukepleielearane intervjuar i denne studien nemnte ikkje sjølve om dei nytta forskingsresultat eller retningslinjer i eigne arbeid. Dersom dette ikkje er ein del av praksisen til sjukepleielearane, kan det tenkast at dei heller ikkje påverke sjukepleiarane til å søke etter forskning eller nytte retningslinjer som utgangspunkt for helsetilbodet.

Samtlege sjukepleielearar i studien meinte at deira sengepostar hadde forbetningspotensiale angående å arbeide kunnskapsbasert, og viste til at sjukepleiarane sjeldan søkte etter forskning, eller oppdaterte seg på prosedyrar i prosedyrebiblioteket, men utførte prosedyra slik dei «alltid har gjort det», eller spurte kollegaer om råd. Dette stemmer overeins med studiar gjort om kunnskapsbasert praksis blant sjukepleiarar, der funn viser at sjukepleiarar sjeldan nyttar forskingsresultat som grunnlag for pasientbehandling (Berland et al., 2012; Williams et al., 2015). Ein av sjukepleielearane beskrev det at sjukepleiarane ikkje oppdaterte seg på kjente prosedyrar som ei fallgruve til å jobbe kunnskapsbasert. Sjukepleieleiaren utdjupa ikkje dette vidare, men det kan sjåast i samanheng med viktigheita av å jobbe kunnskapsbasert for å redusere risiko for feilbehandling og tilpassing av tiltak til riktig pasient.

8.1.3 Kunnskapsbasert praksis i konkurranse med pasientkontakt

I intervju med sjukepleielearane blei det hevda at i motsetnad til legestanden som var akademisk, var sjukepleiefaget eit praktisk fag og dermed var ikkje det å forske eller nytte forskingskunnskap noko sjukepleiarar var opptatt av. Dette ville gå på kostnad av pasientkontakt då sjukepleiaren måtte bruke tid vekke frå pasientane. Dette er synspunkt også sjukepleiefilosof Kari Martinsen har hevda. Ho har meint at vitskapeleg og teoretisk kunnskap ikkje passar inn i praktiske fag slik sjukepleieyrket er, og at forskingskunnskapen ikkje kan trumfe kunnskap frå erfaring. I følgje Martinsen kan ein slik praksis føre til at sjukepleiaren vært det ho har kalla «halvvegs legar», noko ho frykta vil gå ut over omsorga og den grunnleggande pleia av pasienten (Fonn, 2019). Kunnskapsbasert praksis har vore kritisert for å degradere klinisk ekspertise og erfaringskunnskap (Hoffmann, 2017; Tuntland, 2009), og at klinisk skjønn og erfaring vært ignorert av den forskingsbaserte kunnskapen (Halås, 2018; B. A. Sandvik, 2013). Dette står i kontrast til intensjonen med kunnskapsbasert

praksis, der val av behandling og tiltak skal bli gjort basert på ein kombinasjon av evidens og erfaring, og tilpassa den aktuelle pasienten. Slik vert den individuelle kunnskapen og kompetansen integrert med evidensen, og ikkje ekskludert slik sjukepleieleiaren i denne studien og mange fleire har hevda og frykta. I figuren for kunnskapsbasert praksis er dei tre sirkane like store, dei er likestilt. Samtidig har pasientar som utgangspunkt rett på tilbod om beste tilgjengeleg kunnskap. Kontekst famnar om heile figuren, og indikera tilpassing til den aktuelle pasient, arbeidsplass, ressurstilgang og liknande (Helsebiblioteket, 2016; Monica Wammen Nortvedt et al., 2012). Med dette ser ein at bekymringa kring det sjukepleieleiaren uttrykte i intervju kan bli tatt i vare av intensjonen bak kunnskapsbasert praksis, men det krev kunnskap og kompetanse for å forstå.

Yrkesetiske retningslinjer og nasjonale føringar har stort fokus på kunnskapsbasert praksis og bruk av forskning blant sjukepleiarar. NSF (2019) er tydelege på at det er både viktig og nødvendig å basere sjukepleie på forskning. Likestilt med erfaringsbasert kompetanse og brukarkunnskap. Pasientar skal ha behandling basert på oppdatert forskning, sjukepleiarar med kompetanse i å reflektere over eigen praksis og bidra til fagutvikling er av den grunn nødvendig. Vidare gjerast kvar enkelt sjukepleiar ansvarleg for sjølv å halde seg oppdatert på feltet. Nasjonale strategiar og planar som I trygge hender 24/7, Den Nasjonale Strategien for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetenesten ...OG BETRE SKAL DET BLI (Helsedirektoratet, 2005), HelseOmsorg 21 (HelseOmsorg21), og Stortingsmelding 11 (2020-2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019 (Regjeringen, 2019) via stor plass til arbeid med kvalitetsforbetring, pasienttryggleik, og bruk av forskingsbasert kunnskap for å halde tritt med utviklinga på området. Det vektleggast involvering av heile helsetenesta for å oppnå framdrift. Statistisk sentralbyrå viser til at fleire tar masterutdanning no enn før (SSB), noko som betyr at fleire sjukepleiarar innehar kompetanse om å nytte forskingsbasert kunnskap og kan bidra til fagleg utvikling (HVL, 2018, 2019b). Også i bachelor utdanning for sjukepleiarar er kunnskapsbasert praksis innlemma i studieplanen (HVL, 2019a). Dette kan tyde på at sjukepleieyrket er på veg i retning der det kunnskapsbaserte får meir aksept og rotfeste.

Til tross for at det i intervju blei hevda at det var den akademiske legegruppa som var opptatt av å nytte evidens i pasientbehandling, meinte også nokre av informantane at eit nærare samarbeid mellom legar og sjukepleiarar ville føre til at sjukepleiarane i større grad

ville bli meir positive til bruk av forskning. Ein av sjukepleieledarane hadde erfaring frå tidlegare arbeidsstad der legane oppmuntra sjukepleiarane til å søke etter forskning, noko som gav motivasjon hos sjukepleiegruppa til å sjølv søke i databasar dersom dei lurte på noko. Eit anna eksempel nemnt var ein lege som tidlegare hadde hatt studiering i lag med sjukepleiarane der dei i lag hadde søkt etter, og kritisk vurdert artiklar. Dette var godt tatt i mot av sjukepleiarane. Fleire studiar gjenspeilar dette. Både French (2005), Harvey et al. (2019) og G. K. Sandvik et al. (2011) har i sine studiar funne at sjukepleiarar har mykje å bidra med inn i bruk av forskning, og teamsamarbeid og teamfølelsen har betydning for å ta i bruk forskning i praksis.

Dette leder vidare til neste delkapittel, der kompetanse som ein del av kunnskapsbasert praksis vært drøfta.

8.2 Kompetanse om kunnskapsbasert praksis

Kunnskap og kompetanse vært framstilt som nødvendig for å utøve ein kunnskapsbasert praksis. Kunnskap handlar om å gjengi fagstoff, kompetanse treng ein for å omgjere kunnskapen i praksis. Kirkevold og Nordli (1996) kallar ferdigheita ein treng til å anvende vitskapeleg kunnskap i praksis for anvendelseskunnskap. Kompetanse i kunnskapsbasert praksis handlar til dømes om å skaffe oversikt over situasjonen, velje ut relevant teori, og kunne implementere evidens i praksis. Strategiar, lover og føringar legg stor vekt på at kunnskap og kompetanse om kunnskapsbasert praksis bidrar til auka implementering av ny kunnskap i praksis. Det er av den grunn lagt stor vekt på opplæring i kunnskapshandtering og kunnskapsbasert praksis, og at dette bør bli obligatorisk i helsefagutdanningar (HelseOmsorg21; Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), 2015).

8.2.1 Oversikt over dei tilsette sin kompetanse

Toppleiarane viste til at å jobbe etter ein systematisk forbetningsmetode, og bruk av indikatorar for å følgje med på korleis ein ligg an undervegs har betydning for implementering. Seinare år har det vore eit auka fokus på implementeringsforskning, og bruken av modellar og rammeverk ved implementering. Desse guidar ein frå planlegging, gjennom testing og utprøving, og til evaluering av prosess og tiltak, i den hensikt å bidra til systematikk for i større grad å lykkast med forbetningsarbeidet

(Pasientsikkerhetsprogrammet; Rycroft-Malone & Bucknall, 2010). Til tross for at føretak frontar bruk av metodikk vært det ikkje alltid nytta i praksis (Harvey et al., 2019).

Konsekvensen av det kan være at forbetningsarbeid for å betre pasienttryggleiken vert avslutta for tidleg på grunn av motstand, og personalet får dårlege opplevingar med endring, som igjen kan bli ei barriere for bruk og implementering av kunnskapsbasert praksis.

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstenesten (Lovdata, 2016) trekkast plikta til å ha oversikt over medarbeidarars kompetanse og kunnskap fram. Toppleiarane meinte at mange sjukepleielearar i føretaket hadde, via utdanning, kurs, forbetningsarbeid i eigen sengepost, og deltaking i prosjektarbeid, kunnskap om implementering, og var godt skodde for å drive forbetningsarbeid. Til tross for dette var det ingen av sjukepleielearane som omtalte bruk av forbetningsmetodikk i intervju, eller hadde forklaringar på kva som var utfordrande med systematisk implementering av forbetningsarbeid på eigen sengepost. Fleire strategiar viser til viktigheita av at leiarar i fleire nivå kan forbetningsmetodikk for å lykkast med implementering (Helsedirektoratet, 2017, 2019; HelseOmsorg21; Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Mange sjukepleielearar har begrensa kunnskap og ferdigheiter om korleis dei kan implementere kunnskapsbasert praksis, og mange forbetningsarbeid mislykkast grunna dårleg planlegging og oppfølging (Crow, 2006; Harvey et al., 2019; Ost et al., 2020). Funn frå denne studien kan tyde på det same. I tillegg til å ikkje omtale forbetningsmetodikk fortalte sjukepleielearane at det var utfordrande å lykkast med forbetningsarbeid, og forsøk på endring når sjukepleiarar deltok på kurs gjekk stort sett fort tilbake til det «gamle». Årsaka til dette grunna dei i at forbetningsprosjektet var for stort for å lykkast, eller at dei som leiarar ikkje hadde nok fokus på forbetring i eigen sengepost.

8.2.2 Kompetanseheving

Sjukepleielearane hevda at sjukepleiarane trengte å vite meir om kunnskapsbasert praksis, til dømes via kurs og utdanning. Dette i tråd med litteratur der kjennskap til kunnskapsbasert praksis har betydning for vellykka implementering, og studiar som viser at kurs og utdanning innan kunnskapsbasert praksis fører til auka positivitet knytt til det (Fretheim et al., 2015; Ost et al., 2020). Tal frå Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at fleire tar vidareutdanning no enn før, som betyr at det er auka kunnskap blant sjukepleiarar i føretaka. Til tross for at leiarar er

positive til vidareutdanning og kurs opplever sjukepleiarar at ein ikkje får brukt det ein lærte når ein kjem tilbake til arbeidsplassen. Dette problematiserte også sjukepleielearane. Dei var flinke å sende dei tilsette på kurs, dei blei motiverte, men opplevde at endringar var utfordrande i praksis, og ein gjekk fort tilbake til det «gamle». Sjølv med desse erfaringane antyda ikkje sjukepleielearane auka kompetansebehov hos seg sjølve for i større grad å sikre vellykka implementering. Dette funnet kan tyde på at det er behov for meir kunnskap og kompetanse om kunnskapsbasert praksis også hos sjukepleielearane. I Utviklingsplanen til Helse Førde er leiarutvikling eit av måla, der endringsleiing og kompetanse til å følgje opp endringsprosessar med bakgrunn i omstillingskrav trekkast fram ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035,").

Toppleiinga var opptatt av kompetanseheving, og såg på å legge til rette for vidare, master - og doktorgradsutdanning i føretaket som viktig. Dette er også beskrive i Utviklingsplanen til Helse Førde at kompetanseutvikling er eit viktig område, og medarbeidarane sin kompetanse sjåast på som ein ressurs i føretaket ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035,"). Kunnskapsbasert praksis krev ferdigheiter på ulike nivå, jamfør sirkelens mange steg (Helsebiblioteket, 2016; Monica Wammen Nortvedt et al., 2012). Ulike strategiar påpeikar behovet for kompetanse for utvikling (HelseOmsorg21; NSF, 2016; Regjeringen, 2011, 2018). For å bidra til kunnskapsauke blant sjukepleiarar treng i følge NSF (2016) framtidens spesialsjukepleiarar masterutdanning, og Regjeringa arbeidar med å styrke vidare- og masterutdanningar innan helsevesenet (Regjeringen). Sjukepleiarar som har opparbeida seg kompetanse om kunnskapsbasert praksis via vidareutdanningar eller kurs har positive haldningar til å nytte dette i praksis. Til tross for vidareutdanning og positiv haldning til kunnskapsbasert praksis opplevde sjukepleiarane manglande forventingar frå sjukepleielearar og organisasjonen, og tilgjengelege ressursar for å sette kunnskap ut i live. Dei fekk ikkje brukt kompetansen sin sjølv om dei er motiverte, og opplevde at dei utførte same arbeidsoppgåvene som sjukepleiarar utan kompetansen dei har opparbeidd seg (Halås, 2018; Orton et al., 2019). Som skrive tidlegare har leiarar ei avgjerande rolle i implementering av kunnskapsbasert praksis på arbeidsplassen. Sjukepleiarane intervjuja i studien til Orton et al. (2019) opplevde at sjukepleielearane ikkje forstod kva kompetanse dei sat med, korleis dei kan bruke den i kvardagen, og at det dermed ikkje var tydelege forventingar til korleis sengeposten kunne nytte seg av dette kompetansen. Liknande funn

gjorde også Aasekjær et al. (2016). Sjukepleieleiarar som sjølv hadde deltatt i utdanning i kunnskapsbasert praksis hadde ein heilt anna forståing for faget, og la meir til rette for å overkomme organisatoriske barrierar enn sjukepleieleiarar utan kompetanse. Sjukepleiarar med kurs i kunnskapsbasert praksis kjente også på dette, då dei erfarte at var vanskeleg å nytte kunnskapen dei lærte gjennom kurset på arbeidsplassen i ettertid (G. K. Sandvik et al., 2011). Sjukepleieleiaren med etterutdanning i denne studien ville ta meir tak i implementering av kunnskapsbasert praksis då vedkommande gjennom utdanninga såg viktigheita av å nytte forskning for val av tiltak til pasientgruppa. Likevel presenterte sjukepleieleiaren ingen plan for korleis vedkommandes kompetanse kunne nyttas i implementering av kunnskapsbasert praksis, eller barrierar og fasilitatorar ved forbetningsarbeid. Med dette som bakgrunn ser ein at kunnskap og kompetanse blant leiarar ikkje nødvendigvis er nok til å lykkast med implementering av kunnskapsbasert praksis.

Vidare vil organisasjonens kultur bli drøfta i lys av kunnskap og kompetanse, og funna frå studien.

8.3 Kultur

Tidlegare i dette kapittelet har kunnskap om kunnskapsbasert praksis, og kompetanse til å nytte seg av kunnskapen på arbeidsplassen blitt framheva av toppleiarar og sjukepleieleiarar som viktige faktorar for å lykkast med implementering. Likevel har denne studien også funn som kan tyde på begrensa kunnskap og kompetanse på området hos sjukepleieleiarane, og at toppleiarane treng meir oversikt over kunnskaps- og kompetansenivået blant sjukepleieleiarane. Kunnskap og kompetanse i kunnskapsbasert praksis er ikkje einstyddande med at endringar skjer i praksis. Fokus på betre leiing er satsingsområde i strategiar, forskrifter og lover, og settas i samanheng med betre kvalitet på tenesta. Helsetilsynet i Noreg erfara under tilsyn i sjukehus at leiarar i ulike nivå har manglande ressursar for å drive ein kunnskapsbasert praksis. Dette til tross for at det i strategiar, forskrifter og lover er nedskrive føretakas plikter i forhold til kunnskapsbasert praksis, og arbeidet med å innlemme denne tankegangen i organisasjonen (Regjeringen, 2019).

Kultur i denne samanheng speglar korleis sengeposten og føretaket som organisasjon utfører ein kunnskapsbasert praksis, «korleis gjer vi det her med oss». NTNU beskriv at faktorar

nødvendig for å skape ein god kultur er støtte frå medarbeidarar og leiarar, tillit, openheit og involvering.

Fleire av funna nemnt tidlegare kan tyde på forbettringspotensiale for at det i organisasjonen skal bli ein kultur for å jobbe kunnskapsbasert i føretaket.

8.3.1 Fag i konflikt – eller berre ei «unnskyldning»?

Toppleiinga sin visjon var at kunnskapsbasert praksis skulle bli ein tråd gjennom organisasjonen for korleis tenestene blei tilbydd og utvikla. Dei såg på standardisering av pleietiltak som eit steg i å gi pasientane likt tilbod basert på beste evidens uavhengig av kven som var på vakt, og til sist ei økonomisk gevinst for føretaket. «Tråden» toppleiinga viser til kan symbolisere kulturen i organisasjonen. Eit funn frå studien er at sjukepleielearane meinte deira arbeidskvardag ikkje var foreinleg med å arbeide etter ein kunnskapsbasert praksis. Dei presenterte ein arbeidskvardag med hektisk møteverksemd og mange arbeidsoppgåver som førte til mindre tid i lag med personalgruppa, noko dei meinte gjekk på kostnad av det faglege arbeidet i sengeposten då dei ikkje fekk følgd opp slik dei ynskte. Som sjukepleielear møter ein forskjellige krav som har betydning for konteksten ein jobbar i, og som kan være ei barriere for implementering av kunnskapsbasert praksis. Det være seg krav frå føretaket, økonomiske utfordringar, mangel på sjukepleiarar, begrensa ressursar og effektivitetskrav (Crow, 2006; Harvey et al., 2019). Den Nasjonale Strategien for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetenesten ...OG BETRE SKAL DET BLI (HelseOmsorg21) peikar på viktigheita av at arbeid med kvalitet vært ein integrert del av den daglege drifta, ikkje som ei tilleggsoppgåve. Det vil bidra til å endre kulturen på arbeidsplassen til å fokusere meir på evidensbasert kunnskap og kvalitetsarbeid, og krev forankring og satsing (Rycroft-Malone & Bucknall, 2010; Vandvik & Eiring, 2011).

Førsteamanuensis og forskar Hulda M. Gunnarsdottir ved Stavanger Universitetssjukehus hevdar at mellomleiarar har ein todelt rolle, dei er leiarar og følgjarar (Ledernytt, 2021). I det legg ho at dei får føringar frå toppleiinga dei må følgje opp, samtidig som dei skal leie sine egne tilsette. Dette kan være både utfordrande og motstridande. Kvardagen sjukepleielearane har kan være motstridane til ansvaret leiarar får med implementering av kunnskapsbasert praksis. Som beskrive tidlegare er leiarrolla svært avgjerande i arbeid med

kvalitet og pasienttryggleik, noko sjukepleieleiarane og toppleiarane i studien har påpeika, både i intervju og i Utviklingsplanen. For toppleiarane var tidsaspektet sjukepleieleiarane hadde ei kjent utfordring, formidla av sjukepleieleiarane, og i fokusgruppeintervjuet omtalt som ei barriere for implementering.

Hilde Ranheim, ein av leiarane intervjuja i prosjektet til Eriksen-Deindoff et al. (2013) meina at sjukepleieleiarane er føretakets viktigaste leiarar. Dette støttas av NSF som skriv at sjukepleieleiarar er den største gruppa av leiarar både i sjukehus og kommunale helse-og omsorgstenester (NSF). Ranheim hevdar vidare at sjukepleieleiarane har stor innflytelse på arbeids- og behandlingstiljøet, og har ei viktig rolle i å sørge for at pasientar og pårørande får gode opplevingar. Ho var opptatt av at sjukepleieleiarane trengte tid til å leie, og såg at administrative oppgåver då måtte delegerast vekk. For å få til dette hadde sjukepleieleiarane i hennas klinikk sekretær og koordinatorar knytt til seg som bidrog med å avlaste administrative oppgåver. Basert på intervjuja Eriksen-Deindoff gjorde med leiarar blei tid til å være leiar trekt fram som ein av suksessfaktorane for å skape ein kultur for gode sjukehus der fagleg utvikling er ein del av kulturen. I denne studien kan det tyde på at sjukepleieleiarane har for lite tid i forhold til tal arbeidsoppgåver som følger med rolla deira. Samtidig fortalte ein av sjukepleieleiarane at det å bruke tid som grunn til det manglande fokuset på kunnskapsbasert praksis nok ofte var ei unnskyldning, utdjupa ved å sei at grunnen nok heller er at hen «tenkjer ikkje på det». Det kan det tyde på at kunnskapsbasert praksis ikkje er norma for utvikling av tenestene på sengepostane i Helse Førde. Sjukepleieleiaranes manglande fokus på bruk av forskning på sengeposten kan skyldast begrensa kompetanse om kunnskapsbasert praksis og forbetningsarbeid. Det faglege i sengeposten vart ofte overlatt til fagutviklingssjukepleiaren, noko sjukepleieleiarane fortalte i intervju. Også gjennom studien til Christiansen et al. (2009) blei det presentert at fagutviklingssjukepleiarane fekk ansvaret for fagutvikling i sengeposten, noko som er naturleg då fagutviklingssjukepleiarstillingane kom som eit resultat av behovet for auka fokus på det faglege. Til tross for at fagutviklingssjukepleiarane hadde dette som si hovudoppgåve var det utfordrande å implementere kunnskap i praksis, sjukepleiarane på sengeposten tok ikkje ny kunnskap i bruk til tross for at fagutviklingssjukepleiarane la til rette for fag- og forskingsbasert utvikling. Eit døme på dette, fortalt av sjukepleieleiarane i denne studien, var utfordringa med at kunnskap erverva via kurs sjeldan endra praksis på

sengeposten i ettertid. Dette kan igjen understøtte nødvendigheita av kunnskap om implementering, og å sette dette i system, til dømes ved bruk av forbetningsmetodikk. Like viktig viser det viktigheita av leiarinvolvering, og forankring hos leiar.

Som beskrive tidlegare vært forbetningsmetodikk og bruk av rammeverk og teoriar framheva som viktige metodar å nytte ved implementering. Samstundes viser forskning på implementeringsstrategiar at det er ikkje så enkelt. Implementering kan utførast på mange ulike måtar, dette vanskeleggjer forskning på området då «ingen» gjer det likt. Slik Brusamento et al. (2012) et.al og Baker et al. (2015) viser er det varierende i kva grad ein lykkast med å bruke strategiar for implementering, og i dei fleste tilfelle er nytten liten. Likevel finnes det historia om føretak og land som har lykkast meir enn andre på dette området, og det viser at det er eit stort stykke arbeid som ligg bak endringa. Også Helsetilsynet (Regjeringen, 2019) har erfaring frå tilsyn ved landets sjukehus at erfaring med forbetningsarbeid er nyttig når uforutsatte hendingar oppstår.

Ost et al. (2020) og Harvey et al. (2019) har utført kvar sin studie på organisasjonens kultur for implementering av kunnskapsbasert praksis. I Harvey et al. (2019) sin studie blei 55 helsepersonell med ulike roller og ansvar innan sjukepleieleiing i Australia, Canada, England og Sverige intervjuet individuelt. Også i Noreg har det blitt utført prosjekt i hensikt å implementere ein kunnskapsbasert praksis, eit døme er «Å implementere kunnskapsbasert praksis (KBP) i Operasjon- og intensivklinikken ved UNN» (Liland et al., 2017).

I studien der Renolen et al. (2020) observerte og intervjuet sjukepleiarar og sjukepleieleiarar ved eit norsk helseføretak viste det seg at ved god strategisk planlegging klarte avdelinga ved det aktuelle føretaket å finne ein måte å implementere kunnskapsbasert praksis på med bruk av ressursane dei hadde tilgjengeleg. I forkant av denne organisasjonsendringa hadde sjukepleieleiarane også her bekymringar kring å klare å tilpasse ein evidensbasert pasientbehandling med knappe ressursar og utan å overarbeide sjukepleiarane. Strategien handla om å skape rom for kunnskapsbasert praksis ved posisjonering (gjere seg sjølv som leiar klar til å praktisere kunnskapsbasert), utføre (inspirere og motivere til bruk av retningslinjer og melde avvik ved hendingar som påverka pasienttryggleika) og tolke respons til kunnskapsbasert praksis (tilbakemeldingar frå tilsette, svare ut problemstillingar, bidra

med litteratursøk, gi tilbakemelding til tilsette på eigen praksis og lage læringsstrategiar basert på avvik og pasienttryggleiksrapportar) var ein strategi forsøkt for å imøtekomme bekymringa.

Eksempla over har søkt å utføre endringar på systemnivå, der suksessfaktorane har vore å inkludere kunnskapsbasert praksis i strategiar og prosedyrar, utdanne mentorar med ansvar for å oppfølging i føretaket, utdanne sjukepleiarar og sjukepleieleiarar i kunnskapsbasert praksis, og etablere kvalitetsråd med overordna ansvar for oppfølging, opplæring og utdanning. Eit funn i studiane er at organisasjonar som har ein tydeleg filosofi og kultur i leiinga for kvalitetsforbetring har ei anna tilnærming til kunnskapsbasert praksis enn organisasjonar der dette manglar. Omorganisering førte til at kunnskapsbasert praksis blei ein del av kulturen i organisasjonen, og bekymringar kring tida ein brukte på å jobbe kunnskapsbasert minka. Standardisering av pleie har ført til betre resultat for pasientane og økonomien i føretaka. Dette tyder på at kunnskap og kompetanse på systemnivå har betydning for å endre kulturen i ein organisasjon til at kunnskapsbasert praksis er norma. NSF har også sett at i land der sjukepleietenesta er godt forankra i toppleiinga organisera sjukehusa seg annleis. Det førte til at toppleiinga såg betydninga sjukepleiarar har for kvalitet og pasienttryggleik, og gav ei meir heilheitleg tenking (NSF). I denne studien såg toppleiinga i større grad enn sjukepleieleiinga betydninga av kunnskapsbasert praksis, og korleis det sjukepleiefaglege, meir no enn tidlegare, fekk innverknad for kvaliteten på helsetenesta. Likevel vil nok det å inkludere sjukepleiarar i toppleiinga være ei styrke for faget, og implementering av kunnskapsbasert praksis i føretaket.

Toppleiarane peika på at sjukepleieleiarane på dei forskjellige sengepostane er ulike, nokre var meir «på» enn andre når det kom til forbetningsarbeid. For toppleiinga var dette utfordrande då dei måtte forsøke å porsjonere ut mengda «krav» slik at det for alle sjukepleieleiarane blei overkommeleg. Eit resultat av dette var at nokre sengepostar oppnådde raskare resultat i forbetningsarbeid enn andre. Dette kan igjen grunnast i sjukepleieleiaranes ulike forståing for endringa, og kunnskap og kompetanse om forbetningsarbeid. Dersom nokre sjukepleieleiarar forstår til dømes kvifor teljing og screening, som beskrive tidlegare, er viktig for pasienten, medan andre ikkje forstår det, vil det føre til forskjellen toppleiarane beskriv. I Utviklingsplanen til Helse Førde er det beskrive

ein del forbetningsarbeid føretaket jobbar med. Det viser at det er behov implementeringskunnskap og kompetanse blant tilsette i føretaket, også hos leiarar. Toppleiarar er plikta til å ha oversikt over kompetansen i føretaket (Lovdata, 2016). Bjørn Solum skriv at den store endringstakta samfunnet står i no krev toppleiarar som heng med, fanga opp signal, og er endringsviljuge (Kontchistos, 2017). Solem hevdar at norske toppleiarar generelt sett har for lave mål, og stiller for lite krav til mellomleiarar, noko som fører til at organisasjonens mellomleiarar og medarbeidarar går i forskjellig retning. Toppleiarar bør bruke mindre tid på administrative oppgåver og meir på kundekontakt for å avdekke kva dei tilsette treng, før talla vært raude. Også Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019) synleggjer nødvendigheita av ei tydeleg leiing, der system for endring og å styrke forbetningskompetansen er avgjerande moment mot ein kultur der kunnskapsbasert praksis er norma. Leiarar må kartlegge eigne kvalitetsutfordringar, finne ut kva tiltak som føre til effekt, og sjå til at styringssystemet fungere etter intensjonen og fører til kvalitetsforbetring. Parallellar til dette kan dragast til trinna i kunnskapsbasert praksis, der kartlegging og evaluering er viktige delar (Helsebiblioteket, 2016; Melnyk et al., 2010). Med denne kunnskapen kan ein tenke seg at toppleiarane i Helse Førde i større grad treng å kartlegge no-situasjonen for kva kunnskap og kompetanse som finnes blant sjukepleieleiarar og andre tilsette, og stille krav til sjukepleieleiarane for å jobbe meir systematisk med forbetningsarbeid.

I denne studien blei det hevda av sjukepleieleiar at ei av dei viktigaste sjukepleieleiaroppgåvene var å sørge for at dei tilsette hadde det bra på jobb, fekk tilpassa jobb til privatliv, og at sjukepleiarane brukte tid på pasientkontakt framfor fagleg oppdatering. Det blei også uttrykt bekymring mot auka tid på teljing (systematisk teljing av vitale parameter for å avdekke forverring) og screening (kartlegge risikofaktorar for å hindre skade) hos sjukepleiarane, og ei frykt for at dette distanserte sjukepleiaren frå pasienten, og førte til mindre tid til å vise omsorg for pasienten. Parallellar kan trekkast til den norske kulturen der verdiar som omsorg og samarbeid får større plass enn konkurranse og fokus på å løyse oppgåver (Hetland, 2008). Stein Kinserdal, leiar ved Sykehuset i Vestfold, erfarte då han starta jobben med å omorganisere sjukehuset at særleg sjukepleiekulturen var prega av ein omsorgskultur, heller enn fokus på å gjere dei tilsette ansvarlege, og stille krav som førte til utvikling (Eriksen-Deindoff et al., 2013). Ein konsekvens av omsorgskulturen kan være

tilsette som er fornøgde med å få jobb og privatliv til å gå i hop, men ein sengepost der endring opplevast utfordrande å få til og skapar ein negativ kultur i så henseende. Toppleiinga såg på screening av fare for til dømes fall, trykksår og underernæring, og systematisk teljing av vitalia for å oppdage eventuell forverring av tilstanden som ein metode for å tilby meir målretta og tilrettelagt pleie. Dette er innsatsområder i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet som Helse Førde arbeidar med, på lik linje med andre helseføretak (Pasientsikkerhetsprogrammet.no). Å la være å inkludere dette i omsorgsbegrepet vært feil, då forsvarleg sjukepleie der pasienten får dekkja sine grunnleggande behov, får nødvendig helsehjelp, og ikkje utsettast for skade eller liding som følgje av sjukehusopphaldet treng sjukepleiarar som viser og yter omsorg. NSF skriv at kompetanse og bruk av rutinar og retningslinjer har betydning for å utøve forsvarleg sjukepleie, og legg kunnskapsbasert praksis og bruk av kvalitetsindikatorar til grunn for å utøve ein omsorgsfull praksis (NSF, 2019). Kanskje var det kompetansen til sjukepleieleiaren om bakgrunnen til teljing og screening som var årsaka til at vedkommande uttrykte seg slik som beskrive over. Ei anna moglegheit kan være kompetanse om forbetningsarbeid. Forbetningsmetodikk fremjar, som beskrive tidlegare, vellykka implementering. At ingen av sjukepleieleiarane nemnte forbetningsmetodikk i relasjon til kunnskapsbasert praksis i intervju kan være teikn på manglande kompetanse på dette området.

Parallellar til omsorgskulturen kan trekkast til transaksjonsleiing der leiar er nøgd når dei tilsette har gjort «godt nok», utan å yte utover eigen arbeidsinnsats (Hetland, 2008; Lai, 2017). Det kan tenkast at på ein sengepost der sjukepleieleiarane har denne leiarstilen vil engasjerte tilsette føle på lite gehør for idear til forbetring, og etter kvart miste motivasjonen. Som Hetland (2008) skriv kan dette resultere i at den engasjerte tilsette finn seg ny jobb. I motsetnad finn ein transformasjonsleiing, der leiaren motivere tilsette til å yte for fellesskapet, og inspirere til endring ved å vegleie og være rollemodell, oppmuntrar til å stille spørsmål til praksis, utfordrar til å tenke nytt, samtidig som dei skal ivareta kvar enkelt tilsett. Medarbeidar under ein transformativ leiar trivst betre, yter meir og tar på seg andre arbeidsoppgåver på arbeidsplassen. Leiarar som inkluderer dei tilsette oppnår betre resultat både på medarbeidarnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå (Lai, 2017). Dette harmonera med leiarstilen til dei ni norske leiarane i sjukehus Eriksen-Deindoff et al. (2013) intervju. Dei tilsette blei inkludert i endringsprosessar, lytta til og tok del i slutningar. Utover å være

inkluderande stimulerte leiarane til fagleg utvikling og var rollemodellar for dei tilsette. Leiarane var opptatt av ei tydeleg leiing, og skilje mellom leiing og administrering, der administrering kunne delegerast vekk til fordel for tid til å være leiar.

8.3.2 Haldning til kunnskapsbasert praksis

Eit funn i denne studien er haldningar av sjukepleieleiarar til at mange sjukepleiarar ikkje har tid eller ork til fagleg utvikling då mange av dei er mødre med små barn. Dette kan tyde på at ein som leiar tenker at å halde seg oppdatert på faget sitt er noko ein skal gjere på fritida, og ikkje i arbeidstida. Haldninga utfordrar integrering i dagleg drift, slik det er anbefalt å få til for å lykkast med ein kultur der kunnskapsbasert praksis er norma (HelseOmsorg21).

Leiar har ei betydeleg rolle i implementering av kunnskapsbasert praksis, og kan fungere som ei barriere eller fremmar på organisasjonsnivå. I eit scoping review presenterte Williams et al. (2015) fem barrierar mot implementering av kunnskapsbasert praksis. Den nest hyppigast rapporterte var mangel på støtte frå leiar. Dei fire andre var også organisatoriske barrierar leiarar kan påverke; arbeidsmengde, manglande støtte frå kollegaer, mangel på ressursar, mangel på mogelegheit til å endre praksis, og arbeidsplassens kultur for endring. Dersom leiar har eit negativt syn på det som skal implementerast vanskeleggjer det fleire områder som er viktige for å lykkast. Det vil til dømes være utfordrande å få tilført ressursar, satt av tid, få støtte til å drive og vedlikehalde forbetningsarbeid (G. K. Sandvik et al., 2011; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). Ein konsekvens av dette kan være at det å skape eit miljø der fagutvikling og kompetanseheving ikkje er på agendaen. Igjen er vi tilbake på kunnskap og kompetanse, som også kan være ei bakgrunn for haldninga sjukepleieleiaren presenterte. Bianchi et al. (2018) skriv at leiarar treng kunnskap om kunnskapsbasert praksis, kunnskap om og adressering av lokale barrierar for implementering, og forståing av eiga rolle som leiar. Toppleiinga var også tydelege på dette i fokusgruppeintervjuet, og Utviklingsplanen til Helse Førde fokusera på leiarutvikling for å skape ein kultur for kunnskapsbasert praksis.

8.3.3 Kommunikasjon og samhandling mellom ulike nivå

Basert på tidlegare drøfta funn kan det tyde på at det er behov for meir systematisk og målretta kommunikasjon mellom dei ulike nivåa i organisasjonen når det kjem til kunnskapsbasert praksis. Ingen av sjukepleieleiarane kjente nemneverdig til Utviklingsplanen

til føretaket, noko toppleiinga ikkje meinte var nødvendig heller. Det kan derfor være avgjerande at kommunikasjonen mellom nivåa er av ein slik kvalitet at føretakets visjonar vært tydeleggjort og etterspurt i alle ledd. Både toppleiinga og sjukepleieleiarane fortalte at, sjølv om ordet kunnskapsbasert praksis ikkje var brukt, så var dette eit tema i fora der forskjellige leiarar møtes, ein snakka om forskjellige forbetningsarbeid som pågjekk i organisasjonen og korleis ein låg an, ofte med fokus på korleis ein i prosent låg an i forhold til målet. Målet var då stort sett relatert til nasjonale kvalitetsindikatorarar som alle helseføretak vært vurdert utifrå. Toppleiinga presiserte at dei måtte være passe på slik at ikkje tala fekk for mykje fokus, men at ein huska på betydninga for pasientane. Forbetningsarbeid som har ein tydeleg effekt for pasientane får lettare aksept frå sjukepleiarar (G. K. Sandvik et al., 2011). Ved å endre fokus frå tala, til *kvifor* er tala som dei er, kunne toppleiinga til dømes avdekka at sjukepleieleiarane hadde behov for meir kunnskap og kompetanse om kunnskapsbasert praksis, og forbetningsmetodikk.

Leiarar skal bidra med støtte til dei tilsette, og sørge for at det er ressursar tilgjengeleg for å drive med fagutvikling (Lovdata, 2016; NSF, 2017). Toppleiinga i denne studien såg på å tilføre ressursar til fagutvikling som ei av sine oppgåver. I denne studien kom det fram at sjukepleieleiarane ikkje hadde tenkt på å etterspørje ressursar. Likevel var dei sikre på at ressursar ville blitt tilført om dei hadde spurt då dei opplevde positivitet til kunnskapsbasert praksis i føretaket. For å etterspørje ressursar kan det være ei føresetnad å vite kva ein skal spørje etter. Manglande fokus på kunnskapsbasert praksis og varierende kompetanse om forbetningsarbeid hos sjukepleieleiarane kan være ein grunn til at dei ikkje har etterspurt ressursar, som ein av dei sjølv sa så er dette noko dei ikkje tenkjer på. På den andre sida er toppleiarane via Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstenesten (Lovdata, 2016) ansvarleg for organisasjonen som heilheit, og har eit tydeleg ansvar for etablert systematisk styring, og at medarbeidarane følgjer opp punkta. Dette er eit punkt der Helsetilsynet opplever manglane oppfølging, og leiarar i ulike nivå fortel at dei manglar ressursar, støtte og verkty til å drive forbetningsarbeid. Helse Førde har i strategiplanar og utviklingsplanar visjonar for utvikling av framtidens helseteneste, i den hensikt å styrke kunnskapsbasert praksis, og utvikle ein kultur for dette. Dette er det Argyris og Schön (1978) (NTNU) beskriv som uttrykte verdiar leiinga synes bør være på plass i eigen organisasjon. Leiarar åleine kan ikkje endre kulturen, men har ei viktig rolle i å forstå at dei er ein del av

korleis kulturen er blitt, og i å være rollemodellar for den ynska kulturen ved å sjølv vise ynskt åtferd. Dette har større verknad enn å kommunisere ut den ynskte veremåten. Tilsette sin «oppførsel» speglast av kulturen rundt dei, og forventingar som stillast til dei (NTNU). Kulturendring krev at det stillast spørsmål til den eksisterande kulturen slik at ein kan lære av det som ikkje fungerer, det Argyris og Schön kallar dobbelt-krets-læring, der organisasjonen er involvert i å endre på systemnivå (Cartwright, 2002). I denne studien presenterte sjukepleielearane både i intervju, men ifølge toppleiarane også til dei, at det tida strekk ikkje til, det er for mange arbeidsoppgåver. Dersom den «haldninga» og kulturen skal prege organisasjonen vil det være utfordrande å komme vidare. Å jobbe kunnskapsbasert er eit krav, kunnskap og kompetanse er viktige faktorar for implementering, og ein treng å inkludere fagutvikling i dagleg drift, der toppleiarane har eit medansvar for endring.

Utviklingsplanen til Helse Førde viser at det er planar for betre implementering av kunnskapsbasert praksis, der arbeidsmiljø, leiarstruktur og endringsleiing, intern kommunikasjon og samarbeidskultur er sentrale områder ("Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035,"). Toppleiinga fortalte også i intervju at det i leiaropplæringa er under utarbeiding ein del tre, der kompetanse om forbetningsarbeid er ein del av innhaldet. Dersom litteratursøk, kritisk vurdering av forskning, og det å endre praksis basert på funn frå forskning og retningslinjer ikkje vært ein del av opplæringa betyr det likevel at sjukepleielearane ikkje får kompetanse om kunnskapsbasert praksis i heilheit, noko både studiar og forskrifter legg vekt på som av betydning for implementering av kunnskapsbasert praksis. Samtidig viser det seg at fleire intervensjonar i lag fungerer betre enn ein intervensjon åleine (Baker et al., 2015; Brusamento et al., 2012; Fretheim et al., 2015). Til dømes kan klasseromsundervising om forbetningsarbeid fungerer betre om ein også må utføre eit forbetningsarbeid i praksis, eller som i studien til Aasekjær et al. (2016) der nokre av informantane søkte å endre praksis ved å inkludere kollegaer og leiarar i å følgje alle stega i kunnskapsbasert praksis i eit konkret forbetningsarbeid. Dette kan være noko å ha med seg for toppleiarane i planlegging av opplæring for sjukepleielearane.

Med denne kunnskapen i mente, og kunnskap om at organisasjonsendring er ein tidkrevjande prosess, kan det være ein start å innføre diskusjon kring systematisk forbetningsarbeid og kva ressursar som er nødvendig for å implementere kunnskapsbasert

praksis i dei eksisterande treffpunkta mellom leiarar. Møtestadane er etablert, via til dømes klinikkråd og pasienttryggleiksutval, og innhaldet i kva som vært kommunisert og korleis kan påverke utviklinga på området.

9.0 Konklusjon

I Helse Førde finnes det planar på føretaksnivå for implementering av kunnskapsbasert praksis, der kompetanseheving og endringsleiing er inkludert. Blant toppleiarar og sjukepleieleiarar i føretaket er det vilje til å jobbe kunnskapsbasert og leiarar i ulike nivå ser nytten av ein kunnskapsbasert praksis. Likevel tyder denne studien på at det er ein veg å gå før kunnskapsbasert praksis er kulturen i føretaket. Den ulike forståinga av kunnskapsbasert praksis mellom sjukepleieleiarar og toppleiarar i Helse Førde kan indikere eit gap mellom teori og praksis. Samstundes virka det som toppleiarane har større tru på sjukepleieleiarane sin kunnskap om kunnskapsbasert praksis og forbetningsarbeid enn det sjukepleieleiarane sjølv gav uttrykk for å ha.

Toppleiinga i Helse Førde har eit større bevisst forhold til kunnskapsbasert praksis enn sjukepleieleiarane. Med tanke på at sjukepleieleiarane har begrensa kunnskap og kompetanse om kunnskapsbasert praksis og forbetningsarbeid, at sjukepleiarar sjeldan utfører litteratursøk eller nyttar oppdatert forskning som utgangspunkt for behandling og pleie kan det tyde på at sengepostane i føretaket ikkje har ein kultur der kunnskapsbasert praksis er norma.

Det kan være at eg gjennom oppgåva har gitt inntrykk av at det vil være enkelt å implementere kunnskapsbasert praksis. Så er ikkje tilfelle. Implementering er ein kompleks prosess, som krev endring på mange nivå. Uansett, vil kunnskap og kompetanse blant leiarar være eit ledd i endringa, og nødvendig for å nå målet om ein kultur der kunnskapsbasert praksis er norma.

Denne kvalitative studien presentera hypotesar om moglege barrierar for implementering av kunnskapsbasert praksis. Toppleiarar og sjukepleieleiarar spela ei viktig rolle i integrering av kunnskapsbasert praksis, og resultatet vært påverka av interaksjonen mellom desse.

Forholdet mellom toppleiinga og sjukepleieleiarar kan enten hindre eller mogeleggjere implementering av kunnskapsbasert praksis. Det er derfor eit vidare behov for å skaffe meir kunnskap om forholda i føretaket i hensikt å implementere kunnskapsbasert praksis i Helse Førde. Studien gir eit godt grunnlag for å utføre ei spørjeundersøking for vidare kartlegging av dei viktigaste og mest utbreidde barrierane for implementering av kunnskapsbasert praksis i føretaket. Det hadde vore interessant å utføre ein breiare studie i fleire helseføretak ved bruk av spørjeundersøking i hensikt å få fram meir informasjon om kva som er gjeldande nasjonalt på dette viktige og spennande feltet.

10.0 Referanseliste

- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., ... Jager, C. (2015). Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD005470-CD005470. doi:10.1002/14651858.CD005470.pub3
- Berland, A., Gundersen, D. & Bentsen, S. B. (2012). Evidence-based practice in primary care—An explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Education in Practice*, 12(6), 361-365. doi:10.1016/j.nepr.2012.05.002
- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Barisone, M., Timmins, F., Rossi, S., ... Sasso, L. (2018). A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *J Nurs Manag*, 26(8), 918-932. doi:10.1111/jonm.12638
- Blake, N. (2016). Yes, nurses do research, and it's improving patient care. Henta frå <https://www.elsevier.com/connect/story/health-and-medicine/translational-medicine/yes-nurses-do-research-and-it-is-improving-patient-care>
- Bowen, G. A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40. doi:10.3316/QRJ0902027
- Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Panteli, D., Turk, E., Knai, C., Saliba, V., ... Busse, R. (2012). Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: A systematic review. *Health Policy*, 107(2), 168-183. doi:10.1016/j.healthpol.2012.08.005
- Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., ... Butler, M. (2019). Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019(4), CD007019-CD007019. doi:10.1002/14651858.CD007019.pub3
- Cartwright, S. (2002). Double-Loop Learning: A Concept and Process for Leadership Educators Henta frå https://journalofleadershiped.org/jole_articles/double-loop-learning-a-concept-and-process-for-leadership-educators/
- Christiansen, B., Carlsten, T. C. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingspsykeleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, (2), 100-106. Henta frå
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design* (Fourth edition utg.)Sage.
- Crow, G. (2006). Diffusion of Innovation: The Leaders' Role in Creating the Organizational Context for Evidence-based Practice. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 236-242. doi:10.1097/00006216-200607000-00008
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Engebretsen, E. & Bondevik, H. (2017). Kunnskapsbasert medisin. Henta frå https://sml.snl.no/kunnskapsbasert_medisin
- Eriksen-Deindoff, M., Mosken, R. & Melhus, J. M. (2013). *Sykt bra : resepten på friske sykehus*. Oslo: Melhus Communication AS.
- FEK. (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Henta frå <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Flodgren, G., O'Brien, M. A., Parmelli, E., Grimshaw, J. M. & Flodgren, G. (2019). Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019(6), CD000125-CD000125. doi:10.1002/14651858.CD000125.pub5
- Flodgren, G., Rojasreyes, M. X., Cole, N. & Foxcroft, D. R. (2003). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidencebased nursing practice. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, (2). doi:10.1002/14651858.CD002212.pub2
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013a). Implementeringsforskning ; vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 187-196. Henta frå
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013b). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2). doi:10.5324/nje.v23i2.1643
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Henta frå <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>

- Fonn, M. (2019). Kari Martinsen: – Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*. Henta frå <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene*. Henta frå
- French, B. (2005). Contextual Factors Influencing Research Use in Nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(4), 172-183. doi:10.1111/j.1741-6787.2005.00034.x
- Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A. D. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. Henta frå
- Frich, J. C., Sjøvik, H. & Spehar, I. (2017). 13: Leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet – en oversikt. *Michael Journal*. Henta frå <https://www.michaeljournal.no/i/2017/01/13-Leder-og-ledelsesutvikling-i-helsevesenet-en-oversikt>
- Halås, C. T. (2018). Kunnskapsreflektert praksis. *Forskning & Forandring*. Henta frå
- Hammernes, C. (2021). En god leder vet at effektivt arbeid, med god kvalitet er roten til all suksess. Henta frå <https://www.ledernytt.no/en-god-leder-vet-at-effektivt-arbeid-med-god-kvalitet-er-roten-til-all-suksess.6252130-112537.html>
- Hartviksen, T. A., Aspfors, J. & Uhrenfeldt, L. (2019). Healthcare middle managers' experiences of developing capacity and capability: a systematic review and meta-synthesis.(Report). *BMC Health Serv Res*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4345-1
- Harvey, G., Gifford, W., Cummings, G., Kelly, J., Kislov, R., Kitson, A., ... Ehrenberg, A. (2019). Mobilising evidence to improve nursing practice: A qualitative study of leadership roles and processes in four countries. *Int J Nurs Stud*, 90, 21-30. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.09.017
- Hauck, S., Winsett, R. P. & Kuric, J. (2013). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *J Adv Nurs*, 69(3), 664-674. Henta frå
- Helsebiblioteket. (2015a). Modell for kvalitetsforbedring. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Helsebiblioteket. (2015b). Veileder, retningslinje, behandlingslinje, pasientforløp – hva er forskjellen? Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/veileder-retningslinje-behandlingslinje-pasientforlop-hva-er-forskjellen>
- Helsebiblioteket. (2016). Kunnskapsbasert praksis. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2017). E-læringskurs i kunnskapsbasert praksis. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/e-laeringskurs>
- Helsedepartementet, S. (2005-2015). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene - og bedre skal det bli.*
- Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver.*
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Henta
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023.*
- Helsedirektoratet. (2019-2023). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.*
- HelseOmsorg21. *HelseOmsorg21 ET KUNNSKAPSSYSTEM FOR BEDRE FOLKEHELSE Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.*
- HelseVest. (2017). Regional forbetningsutdanning. Henta frå <https://helse-vest.no/helsefagleg/kvalitet/regional-forbetningsutdanning>
- Helsinkideklarasjonen. (1964). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. *World medical association*. Henta frå <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Hetland, H. (2008). Transformasjonsledelse: Inspirasjon til endring. Henta frå <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/03/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring>

- Hoffmann, T. (2017). *Evidence-Based Practice Across the Health Professions* (3rd ed. utg.) Elsevier.
- HVL. (2018). Studieplan - Master i klinisk sjukepleie - Kardiologisk sjukepleie. Henta frå <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2018h/ma-ksk/studieplan/>
- HVL. (2019a). Studieplan- sjukepleie, bachelorstudium, Førde. Henta frå <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2019h/gru/studieplan/>
- HVL. (2019b). Studieplan - Master i klinisk sjukepleie - Anestesisjukepleie. Henta frå <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2019h/ma-ksa/studieplan/>
- Iles, V. & Sutherland, K. (2001). *Organisational change : a review for health care managers, professionals and researchers*. Henta frå
- Kirkevold, M. & Nordli, T. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P. A. & Kvist, T. (2021). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *J Nurs Manag*, 29(2), 133-142. doi:10.1111/jonm.13151
- Kontchrisos, I. L. (2017). Henger toppledelse med? Henta frå <https://www.ledernytt.no/henger-toppleledelse-med.6025986-112537.html>
- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Meld. St. 4 Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019 – 2028*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/9aa4570407c34d4cb3744d7acd632654/no/pdfs/stm201820190004000dddpdfs.pdf>
- Lai, L. (2017). Når ledelse fungerer best. Henta frå <https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2017/09/nar-ledelse-fungerer-best/>
- Ledernytt. (2021). Mellomlederens lederdilemma – er jeg leder eller blir jeg ledet? Henta frå <https://www.ledernytt.no/mellomlederens-lederdilemma-er-jeg-leder-eller-blir-jeg-ledet.6368190-458588.html>
- Lee, G., Clark, A. M. & Thompson, D. R. (2013). Florence Nightingale – never more relevant than today. *J Adv Nurs*, 69(2), 245-246. doi:10.1111/jan.12021
- Leonardsen, A.-C. L. (2021). – Stopp diskriminering av fremtidens spesialsykepleiere. *Sykepleien*. Henta frå <https://static.sykepleien.no/meninger/2021/02/stopp-diskriminering-av-fremtidens-spesialsykepleiere>
- Lerheim, K. (2000). *Et perspektiv på sykepleieforskningen i Norge i fortid og nåtid*. Oslo: Forl. Sykepleien.
- Liland, H.-I., Moe, V., Thomassen, S. & Lind, R. (2017). Jobber og underviser kunnskapsbasert. *Sykepleien*. Henta frå <https://sykepleien.no/forskning/2017/09/jobber-og-underviser-kunnskapsbasert>
- Lovdata. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-8
- Lovdata. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Henta frå
- Lovdata. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-06-15-38>
- Lovdata. (2019a). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Lovdata. (2019b). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Lyon, A. R., Comtois, K. A., Kerns, S. E. U., Landes, S. J. & Lewis, C. C. (2020). Closing the Science–Practice Gap in Implementation Before It Widens (s. 295-313). Cham: Cham: Springer International Publishing.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie : ideer - mennesker - muligheter* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S., B. & Williamson, K., M. . (2010). EVIDENCE-BASED PRACTICE Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *Am J Nurs*, 110(1), 51-53. doi:10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M. & Choy, K. (2017). A Test of the ARCC© Model Improves Implementation of Evidence-Based Practice, Healthcare Culture, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 5-9. doi:10.1111/wvn.12188
- Millar, R., Mannion, R., Freeman, T. & Davies, H. T. O. (2013). Hospital Board Oversight of Quality and Patient Safety: A Narrative Review and Synthesis of Recent Empirical Research. *Milbank Quarterly*, 91(4), 738-770. doi:10.1111/1468-0009.12032
- Moseng, O. G. (2012). *Framvekst og profesjonalisering Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe.
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. (2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nortvedt, M. W. & Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og provoserer. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (7), 64-69. doi:10.4220/sykepleiens.2009.0042
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- NSD. Forske på egen arbeidsplass. Henta frå <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/>
- NSF. Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- NSF. Utvikle helse- og omsorgstjenestene. Henta frå <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene>
- NSF. (2016). Fremtidens spesialsykepleiere. Henta frå <https://www.nsf.no/spesialsykepleiere/artikkelliste/1734958>
- NSF. (2017). POLITISK PLATTFORM FOR LEDELSE 2017 - 2020. Henta frå
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NTNU. Organisasjonskultur - for ledere. Henta frå <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Organisasjonskultur+-+for+ledere>
- Nyseter, T. (2016). Vekk med New Public Management! Henta frå <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/11/vekk-med-new-public-management/>
- Nævdal, J. & Vollset, H. (2002). Hvordan oppnå læring i organisasjoner som praktiserer fjernarbeid? Henta frå <https://www.magma.no/hvordan-oppnaa-laering-i-organisasjoner-som-praktiserer-fjernarbeid>
- Orton, M. L., Andersson, Å., Wallin, L., Forsman, H. & Eldh, A. C. (2019). Nursing management matters for registered nurses with a PhD working in clinical practice. *J Nurs Manag*, 27(5), 955-962. doi:10.1111/jonm.12750
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse : i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- OsloMet. Videreutdanning i kunnskapsbasert praksis i helse- og omsorgstjenesten. Henta frå <https://student.oslomet.no/videreutdanning-kunnskapsbasert-praksis-helse-omsorgstjenesten>
- Ost, K., Blalock, C., Fagan, M., Sweeney, K. M. & Miller-Hoover, S. R. (2020). Aligning Organizational Culture and Infrastructure to Support Evidence-Based Practice. *Critical care nurse*, 40(3), 59-63. doi:10.4037/ccn2020963
- Ousdal, C. K. & Fause, Å. (2019). Det er tøffere i dag enn på 50-tallet. *Tidsskriftet sykepleien*, (1), 130-131. Henta frå
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A. & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 4(9), e005055. doi:10.1136/bmjopen-2014-005055

- Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M. E. & Eccles, M. P. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: a systematic review *Implement. Sci.* (Vol. 6).
- Pasientsikkerhetsprogrammet. Introduksjon til forbedringsmodellen. Henta frå <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/forbedringsmodellen>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2011). Pasientsikkerhetsprogrammet. Henta frå <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Pasientsikkerhetsprogrammet.no. Henta
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Proctor, E., Ramsey, A. T., Brown, M. T., Malone, S., Hooley, C. & McKay, V. (2019). Training in Implementation Practice Leadership (TRIPLE): evaluation of a novel practice change strategy in behavioral health organizations. *Implement Sci*, 14(1), 66-66. doi:10.1186/s13012-019-0906-2
- Regjeringen. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
- Regjeringen. (2011). Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/e579f913fa1d45c2bf2219afc726670b/nkr.pdf>
- Regjeringen. (2012-2013). *Meld.St.10 (2012-2013) God kvalitet- trygge tjenester- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse -og omsorgstjenesten.*
- Regjeringen. (2013). *Meld. St. 11 (2014-2015). Kvalitet og pasientsikkerhet 2013.* Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/sec1>
- Regjeringen. (2018). *NOU Norges offentlige utredninger 2018:2 Fremtidige kompetansebehov I Kunnskapsgrunnlaget* Henta frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/e6acac1df4964805a34c767fa9309acd/no/pdfs/nou201820180002000dddpdfs.pdf>
- Regjeringen. (2019). *Meld. St. 11 (2020–2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019.* Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?ch=1>
- Regjeringen. (2019-2020). *Meld. St. 9 (2019–2020 Kvalitet og pasientsikkerhet 2018.*
- Regjeringen. (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Renolen, Å., Hjälmhult, E., Høye, S., Danbolt, L. J. & Kirkevold, M. (2020). Creating room for evidence-based practice: Leader behavior in hospital wards. *Res Nurs Health*, 43(1), 90-102. doi:10.1002/nur.21981
- Rycroft-Malone, J. & Bucknall, T. (2010). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice : linking evidence to action.* Henta frå
- Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 195-208. doi:10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03
- Sandvik, B. A. (2013). Latour's theories as a meta-perspective view of the discussion about evidence-based practise in Norwegian health care/Latours teorier som metaperspektiv pa debatten om evidensbasering i helsefag. *Vård i Norden*, 33(2), 45. Henta frå
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, (2), 158-165. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0098
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). Nurses' Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 35-45. doi:10.1111/wvn.12189

- Snibsoer, A. K., Olsen, N. R., Espehaug, B. & Nordtvedt, M. W. (2012). Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien*. Henta frå <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/holdning-og-atferd-knyttet-til-kunnskapsbasert-praksis>
- SSB, S. s. Studiepoeng og fullført høgere utdanning. Henta frå <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/eksuvh>
- Strategiplan for Helse Førde HF 2014-2020. Henta frå
- Straus, S., Tetroe, J. & Graham, I. (2013). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (Second edition. utg.)United Kingdom: Bmj Books.
- Straus, S. E., Green, M. L., Bell, D. S., Badgett, R., Davis, D., Gerrity, M., ... Mangrulkar, R. (2004). Evaluating the teaching of evidence based medicine: conceptual framework. *BMJ*, 329(7473), 1029-1032. doi:10.1136/bmj.329.7473.1029
- Styringsdokument 2018 Helse Førde HF*. (2018).
- Stølen, N. M. (2012). *Betydelig underdekning av helsepersonell i 2035*. SSB, Statistisk sentralbyrå. Henta frå <https://www.ssb.no/forskning/mikroekonomi/arbeidsmarked/betydelig-underdekning-av-helsepersonell-i-2035>
- Svarstad, J. (2017). – Må bli slutt på galskapen som kalles New Public Management. Henta frå <https://www.forskerforum.no/ma-bli-slutt-pa-galskapen-som-kalles-new-public-management/>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tuntland, H. (2009). Betragtninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis. Henta frå
- Ubbink, D. T., Guyatt, G. H. & Vermeulen, H. (2013). *Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review*. British Medical Journal Publishing Group.
- Utviklingsplan Helse Førde 2018-2035. Henta frå
- Vandvik, P. O. & Eiring, Ø. (2011). *Foretaksprosjektet : mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten*. Henta frå https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_16_foretaksprosjektet.pdf
- Whitehead, P. (2020). Florence Nightingale: The First Clinical Nurse Specialist. *Clin Nurse Spec*, 34(5), 191-193. doi:10.1097/NUR.0000000000000548
- Williams, B., Perillo, S. & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34-e41. doi:10.1016/j.nedt.2014.11.012
- Aasekjær, K., Waehle, H. V., Ciliska, D., Nordtvedt, M. W. & Hjälmhult, E. (2016). Management Involvement—A Decisive Condition When Implementing Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 13(1), 32-41. doi:10.1111/wvn.12141

Vedlegg

I. Informasjonsskriv til individuelt intervju

Vil du delta i forskingsprosjektet

«Korleis jobbar Helse Førde med implementering av kunnskapsbasert praksis?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i ein studie der formålet er å skaffe innsikt i korleis Helse Førde jobbar med implementering av kunnskapsbasert praksis. I dette skrivet gir eg deg informasjon om mål for prosjektet og kva deltakinga vil innebere for deg.

Føremål

I Helse Førde sin strategiplan frå 2014 og Utviklingsplan frå 2018 kan ein lese at føretaket ynskjer fokus på implementering av kunnskapsbasert praksis. Gjennom studien ynskjer eg innsikt i korleis helseføretaket jobbar med dette. Opplysingane eg får kan vere av verdi både for pleiegruppa og deira leiarar, men også for leiarar ovanfor desse. Funna kan ha betyding for kva tilnærming ein velje for implementering i dei ulike nivåa, då ein kan tilpasse tiltaka.

Forskingsspørsmåla som skal analyserast:

- Kva strategi ligg bak innhaldet i utviklingsplanar som vert laga i føretaket?
- Kva vidare plan har føretaksleiinga for implementering av kunnskapsbasert praksis på sengepostane?
- Korleis erfara føretaksleiinga at arbeidet med implementering av kunnskapsbasert praksis har fungert så langt?
- Korleis jobbar sengepostar i føretaket med implementering av kunnskapsbasert praksis?

Dette er ei mastergradsoppgåve. Funn frå studien vil bli delt med dei i helseføretaket som kan ha nytte av funna, i den hensikt å bidra til ei vellykka implementering av kunnskapsbasert praksis.

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarleg for prosjektet.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Informantane er valt ut med hensikt å skaffe data frå ulike kjelde i føretaket

Informantane er:

- dei som har vert delaktig i å skrive utviklingsplanen, og personar med leiaransvar
- seksjonsleiarar som er bindeledd mellom klinikken og dei som jobbar praksisnært
- administrerande direktør

Fagdirektør Trine Vingsnes har gitt godkjenning til dette. Ho har også kome med forslag til informantar frå helseføretaket.

Kva betyr det for deg å delta?

Du vert innkalla til eit individuelt intervju, som tar ca 1 klokke, og vil føregå på møterom ved Førde sentralsjukehus. Eg ynskjer å få til ein dialog kring kunnskapsbasert praksis, og få eit bilde av korleis du og din sengepost jobbar med dette, kva er utfordrande og kva gode erfaringar har de gjort dykk. Intervjuet vil verte tatt opp på lydband.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Om du velgje å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake utan å gje opp nokon grunn. Det vil ikkje ha negative konsekvensar for deg om du ikkje vil delta eller seinare velgje å trekke deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og bruka dine opplysingar

Opplysningane om deg vil bli brukt til formåla omtalt i dette skrivet, dei vert behandla konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydfiler og notat vil snarleg skrivast ut i tekst, og lagrast på Høgskulens forskingsserver. Veiledarar vil ha tilgang til datamaterialet. Namn vert ikkje brukt i masteroppgåva, men din posisjon i føretaket kan bli gjenkjent. Av personopplysingar er det berre yrkestittel som vert innhenta.

Kva skjer med opplysingane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttast ved utgangen av 2021. Lydopptak vil då bli sletta.

Dine rettigheter

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

- innsyn i kva personopplysingar som er registrert om deg,
- å få retta personopplysingar om deg,
- få slettet personopplysingar om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysingar (dataportabilitet),
- å sende klage til personvernombodet eller Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysingar.

Kva gir oss rett til å behandle personopplysingar om deg?

Vi behandlar opplysingar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskingsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysingar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Kvar kan eg finne ut meir?

Om du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Marny Alice Solhaug Pettersen, mastergradsstudent, marny.alice@hotmail.com
- Benedicte Carlsen, vegledar ved Høgskulen på Vestlandet, Benedicte.Carlsen@uib.no
- Trine-Lise Steinskog, bivegledar ved Høgskulen på Vestlandet, Trine-Lise.Drege.Steinskog@hvl.no
- Vårt personvernombod: Trine Anikken Larsen, personvernombud@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskingsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennleg helsing

Marny Alice Solhaug Pettersen

Prosjektansvarleg

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Korleis jobbar Helse Førde med implementering av kunnskapsbasert praksis?» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Eg samtykker til:

- å delta individuelt intervju
- at opplysingar om meg publiserast slik at eg kan verte gjenkjent i form av yrkestittel
- eg samtykker til at mine opplysningar behandlast frem til prosjektet er avslutta, ved utgangen av 2021

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

II. Informasjonsskriv til fokusgruppeintervju

Vil du delta i forskingsprosjektet

«Korleis jobbar Helse Førde med implementering av kunnskapsbasert praksis?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i ein studie der formålet er å skaffe innsikt i korleis Helse Førde jobbar med implementering av kunnskapsbasert praksis. I dette skrivet gir eg deg informasjon om mål for prosjektet og kva deltakinga vil innebere for deg.

Føremål

I Helse Førde sin strategiplan frå 2014 og Utviklingsplan frå 2018 kan ein lese at føretaket ynskjer fokus på implementering av kunnskapsbasert praksis. Gjennom studien ynskjer eg innsikt i korleis helseføretaket jobbar med dette. Opplysingane eg får kan vere av verdi både for pleiegruppa og deira leiarar, men også for leiarar ovanfor desse. Funna kan ha betyding for kva tilnærming ein velje for implementering i dei ulike nivåa, då ein kan tilpasse tiltaka.

Forskingsspørsmåla som skal analyserast:

- Kva strategi ligg bak innhaldet i utviklingsplanar som vert laga i føretaket?

- Kva vidare plan har føretaket for implementering av kunnskapsbasert praksis på sengepostane?
- Korleis erfara føretaket at arbeidet med implementering av kunnskapsbasert praksis har fungert så langt?
- Korleis jobbar sengepostar i føretaket med implementering av kunnskapsbasert praksis?

Dette er ei mastergradsoppgåve. Funn frå studien vil bli delt med dei i helseføretaket som kan ha nytte av funna, i den hensikt å bidra til ei vellykka implementering av kunnskapsbasert praksis.

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarleg for prosjektet.

Kvifor får du spørsmål om å delta?

Informantane er valt ut med hensikt å skaffe data frå ulike kjelde i føretaket.

Informantane er:

- dei som har vert delaktig i å skrive utviklingsplanen, og personar med leiaransvar
- seksjonsleiarar som er bindeledd mellom klinikken og dei som jobbar praksisnært
- administrerande direktør

Fagdirektør Trine Vingsnes har gitt godkjenning til dette. Ho har også kome med forslag til informantar frå helseføretaket.

Kva betyr det for deg å delta?

Du vert invitert til å delta i eit fokusgruppeintervju, som tar ca 1,5 klokketime, og vil føregå på møterom ved Førde sentralsjukehus. Eg ynskjer dialog kring kunnskapsbasert praksis, og få eit bilde av korleis implementering av kunnskapsbasert praksis har vore og skal jobbast med vidare. Intervjuet vil verte tatt opp på lydband.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du når som helst trekke samtykke tilbake utan å gje opp grunn. Det vil ikkje ha negative konsekvensar for deg om du ikkje vil delta eller seinare velgje å trekke deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og bruka dine opplysingar

Opplysningane om deg vil bli brukt til formåla omtalt i dette skrivet, dei vert behandla konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydfiler og notat vil snarleg skrivast ut i tekst, og lagrast på Høgskulens forskingsserver. Veileदारar vil ha tilgang til datamaterialet. Namn vert ikkje brukt i masteroppgåva, men din posisjon i føretaket kan bli gjenkjent. Av personopplysingar er det berre yrkestittel som vert innhenta.

Kva skjer med opplysingane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttast ved utgangen av 2021. Lydopptak vil då bli sletta.

Dine rettigheter

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

- innsyn i kva personopplysingar som er registrert om deg,
- å få retta personopplysingar om deg,
- få slettet personopplysingar om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysingar (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombodet eller Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysingar.

Kva gir oss rett til å behandle personopplysingar om deg?

Eg behandlar opplysingar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskingsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysingar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Kvar kan eg finne ut meir?

Om du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Marny Alice Solhaug Pettersen, mastergradsstudent, marny.alice@hotmail.com*
- *Benedicte Carlsen, vegledar ved Høgskulen på Vestlandet, Benedicte.Carlsen@uib.no*
- *Trine-Lise Steinskog, bivegledar ved Høgskulen på Vestlandet, Trine-Lise.Drege.Steinskog@hvl.no*
- Vårt personvernombod: *Trine Anikken Larsen, personvernombud@hvl.no*
- NSD – Norsk senter for forskingsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennleg helsing

Marny Alice Solhaug Pettersen

Prosjektansvarleg

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Korleis jobbar Helse Førde med implementering av kunnskapsbasert praksis?», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Eg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at opplysingar om meg publiserast slik at eg kan bli gjenkjent i form av yrkestittel
- eg samtykker til at mine opplysningar behandlast frem til prosjektet er avslutta, ved utgangen av 2021

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

III. Intervjuguide til individuelle intervju

INTERVJUGUIDE TIL INDIVIDUELLE INTERVJU MED SEKSJONSLEIARAR PÅ SENGEPOSTAR I HELSE FØRDE

INTRODUKSJON

I stortingsmelding 11 står det at helsepersonell må ta i bruk oppdatert kunnskap, veileदारar og retningslinjer, og pasientane må involverast i eiga behandling. Det vektleggast også at å skape system for dette handlar om kulturendring og leiingsansvar. I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar stillast krav til at ein som sjukepleiar skal halde seg oppdatert på forskning, og bidra til at ny kunnskap tas i bruk i praksis. Helse Førde vil «styrke arbeidet med å sette kunnskapsbasert praksis ut i livet og formidle forskingsresultat på ein måte som gjer det kjent og endrar praksisen på avdelingane fortløpande. Auke kompetansen i kunnskapsbasert praksis». Med studien ynskjer eg innsikt i korleis føretaket eg er tilsett i jobbar med kunnskapsbasert praksis, og om det finnes ein plan for implementering

SPØRSMÅL

1. Kva legg du i begrepet kunnskapsbasert praksis?
2. Er du kjent med innhaldet i utviklingsplanen til Helse Førde som handlar om kunnskapsbasert praksis?
3. Er utviklingsplanen aktivt brukt i planlegging av sengepostens handlingsplanar? Viss ja: korleis?
4. Det var eit ynskje at leiarar skulle ta opp utviklingsplanen blant sine arbeidstakarar i hensikt å komme med tilbakemelding – gjorde du det på din sengepost?
5. Merkar du og din sengepost føretaket sitt ynskjer om å jobbe kunnskapsbasert i alle ledd, og at dei vil auke kompetansen om kunnskapsbasert praksis?
6. På kva måte legg du til rette for at sengeposten du er leiar for kan jobbe kunnskapsbasert?
7. Har du eksempel på ein gong eit forbetningsarbeid ikkje lykkast? Kvifor lykkast det ikkje?
8. Har du eksempel på ein gong eit forbetningsarbeid lykkast? Kva var grunnen til at det lykkast?
9. Kan du fortelje litt om korleis de nyttar retningslinjer og oppdatert forskning som utgangspunkt for behandling og pleie av pasientane?
10. Korleis opplever du oppfølging frå føretaket? Får de dei ressursane de treng for å jobbe med implementering?
11. Er det noko du vil sei som du ikkje har fått sagt?

IV. Intervjuguide til fokusgruppeintervju

INTERVJUGUIDE TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU MED PERSONAR MED LEIARANSVAR I HELSE FØRDE

INTRODUKSJON

I stortingsmelding 11 står det at helsepersonell må ta i bruk oppdatert kunnskap, veileदारar og retningslinjer, og pasientane må involverast i eiga behandling. Det vektleggast også at å skape system for dette handlar om kulturendring og leiingsansvar. I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar stillast krav til at ein som sjukepleiar skal halde seg oppdatert på forskning, og bidra til at ny kunnskap tas i bruk i praksis. Helse Førde vil «styrke arbeidet med å sette kunnskapsbasert praksis ut i livet og formidle forskingsresultat på ein måte som gjer det kjent og endrar praksisen på avdelingane fortløpande. Auke kompetansen i kunnskapsbasert praksis». Med studien ynskjer eg innsikt i korleis føretaket eg er tilsett i jobbar med kunnskapsbasert praksis, og om det finnes ein plan for implementering.

INNLEIANDE SPØRSMÅL

1. Kvifor sa de ja til å delta i dette intervjuet?
2. Kva håpar de å få ut av intervjuet?

UTFYLLANDE SPØRSMÅL

1. Kva legg de i begrepet kunnskapsbasert praksis?
2. Kva var bakgrunnen for å inkludere kunnskapsbasert praksis i utviklingsplanen? (Var de tenkt å skrive om kunnskapsbasert praksis i utviklingsplanen før eg kom med innspel om at det burde vere med?)
3. Kan de fortelje litt om korleis de legg til rette for at føretaket skal jobbe kunnskapsbasert?
4. Har de oversikt over korleis sengepostane ved føretaket jobbar kunnskapsbasert? Eventuelt korleis ha de oversikt over dette?
5. Kan de komme med eksempel på korleis de følger opp/har planar om å følge opp implementering av kunnskapsbasert praksis på sengepostane?
6. Kva erfaring har de med kor vidt utviklingsplanen og dens innhald til føretaket er kjent på sengepostane?
7. Korleis ser de føre dykk at sjukepleiarar og legar skal nytte kunnskapsbasert praksis i kvardagen?
8. Kva opplæring har/får leiarar i å jobbe kunnskapsbasert?
9. Er det noko de vil sei som de ikkje har fått sagt?

V. Svar på søknad til NSD

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 347944 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

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 den 23.03.2020 med vedlegg. 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: 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 31.12.2021.

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.

VI. Tabellar over kategoriar, kodegrupper og subgrupper, og kondensat

(tabell med oversikt over kategoriar etter første steg i analyseprosessen)

Bruk av forskning i praksis (frå individuelle intervju)	Faktorar ved implementeringsarbeid på sengepost (frå individuelle intervju)	Kunnskapsbasert praksis – tråden nedover/fana oppe (frå fokusgruppeintervju)
--	--	---

(tabell over kategoriar og subgrupper før bearbeiding)

Bruk av forskning i praksis (frå individuelle intervju)	Faktorar ved implementeringsarbeid på sengepost (frå individuelle intervju)	Kunnskapsbasert praksis – tråden nedover/fana oppe (frå fokusgruppeintervju)
1. seksjonsleiars haldning til bruk av forskning i praksis 2. seksjonsleiars innsikt i korleis personalet brukar forskning i praksis	1. hemmarar hos leiar 2. hemmarar hos personalet 3. fremmarar hos leiar 4. fremmarar hos personalet	1. toppleingas forhold til kunnskapsbasert praksis 2. toppleinga sine tankar om sengepostens utfordringar 3. skape motivasjon

(tabell over kategoriar, kodegrupper og subgrupper etter bearbeiding)

KATEGORI Roller og ansvar (frå individuelle intervju)	KATEGORI Kunnskap og erfaring (frå individuelle intervju)	KATEGORI Kunnskapsbasert praksis – fana oppe (frå fokusgruppeintervju)
KODEGRUPPE Kunnskapsbasert praksis på sengepost	KODEGRUPPE Varierande kompetanse og oppfatning	KODEGRUPPE Som ein seriøs aktør i helsevesenet
SUBGRUPPE 1. Manglande sjukepleieleiarfokus på kunnskapsbasert praksis	SUBGRUPPER 2. Kunnskapsbasert praksis er vanskeleg å forstå 3. Kunnskapsbasert praksis i konkurranse med pasientkontakt 4. Kunnskapsbasert praksis – sjukepleieleiarens dilemma	SUBGRUPPE 5. Kunnskapsbasert praksis – tråden gjennom organisasjonen
		KATEGORI Systematikk og struktur på veg inn (frå fokusgruppeintervju)
		KODEGRUPPE Toppleinga forstår utfordringane
		SUBGRUPPER 6. Kunnskapsbasert praksis handlar også om gode pasientforløp 7. Det er krevjande å posisjonere ut mengda krav

Tabell: døme på kondensat

MEININGSBÆRANDE EININGAR	KODEGRUPPE	KONDENSAT
<p>Det kan være meg – som ikkje har motivert nok til å gjere det (motivert til søk). Men det er klart at som seksjonsleder har du ikkje berre en ting du skal huske på. ...her er altfor mykje møteverksemd, her er så sinnsjukt med prosjekt, og du sitte nesten med alle labbane inn i alle forskjellige prosjekt, her er veldig liten tid til å være leiar altså. Dessverre! Så den biten savna eg veldig som seksjonsleder, at vi hadde hatt meir tid til dei ansatte. For å kunne gjere akkurat sånne ting som dette. Det ekje rom for det.</p> <p>....men du kan ikkje sitte med det økonomiske ansvaret, du kan ikkje sitte med personalansvaret, du kan ikkje sitte som ansvarleg i ei prosjektgruppe, og so skal du i tillegg gjere alle dei tinga du må gjere som seksjonsledar, og så ska du finne folk....og då er da nok dessverre at akkurat sånne ting med retningslinje, forskingsbasert og sånne ting kanskje vært nedprioritert.</p> <p>Så det er klart at hadde eg gått til ledelsen og sagt at eg ønska å implementere kunnskapsbasert praksis i avdelingen, korleis stille du deg til det? Så er eg heilt overbevist om at eg hadde fått et positivt tilbakemelding. Virkeli! ...for eg trur ikkje det er nåke motvilje mot det.</p> <p>Eg legge jo dette her i fagutviklingssjukepleiaren sine hende eg. Eg må det berre!</p> <p>I en travel hverdag...så kan jo tid være en hemmar, sjølv om eg tenke jo egentleg at ein klare å få til veldig mykje med ei positiv innstilling.</p>	<p>Kunnskapsbasert praksis-sjukepleieleiars dilemma</p>	<p>Sjølv om ein ikkje alltid kan bruke tid som ei unnskyldning, så med alle oppgåvene eg har som seksjonsleiar vært det å jobbe med retningslinjer, forskning og motivere til det nedprioritert. Eg har økonomisk ansvar, personalansvar, sit i prosjektgrupper, og skal få tak i folk. Det er lite tid til å være leiar. Dessverre. Dermed blir det som handlar om fagutvikling fagutviklingssjukepleiaren sitt ansvar. Men eg har ikkje prøvd å be om meir ressursar og tid til dette, eg trur nok leiinga er positiv til det, så hadde eg prøvd hadde eg nok fått positiv tilbakemelding.</p>