

MASTEROPPGAVE

Emnekode:
SYK305H

Navn på kandidat:
Hanne Kristin Lilleng

Bruken av ulike kunnskapskilder blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten

Dato: 19. mai 2020

Totalt antall sider: 74

Sammendrag

Bakgrunn: Kommunehelsetjenesten står overfor mange komplekse utfordringer daglig. Dette krever at sykepleierne må tilegne seg den «beste» kunnskapen for å imøtekomme pleie- og omsorgsbehovet for pasientene på en god og sikker måte, i tillegg til å følge lover og nasjonale føringer.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å kartlegge bruken av ulike kunnskapskilder blant sykepleiere i en mellomstor norsk distriktskommune, samt undersøke i hvilken grad kunnskapsbasert praksis blir benyttet. Studien ønsker også å undersøke aktuelle barrierer for forskningsbasert kunnskap, samt sykepleiernes ferdigheter i å finne, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap. Studien vil også undersøke ulike faktorer som kan påvirke sykepleieres kompetanse i å bruke og vurdere forskningsbasert kunnskap i kommunehelsetjenesten.

Metode: Det ble brukt en kvantitativ metode. Tverrsnittdata ble innsamlet fra 41 sykepleiere i perioden 8. mai til 8. august 2019 gjennom den norske versjonen av «Developing Evidence-based Practice Questionnaire». Det ble benyttet frekvensanalyse for å belyse resultatene fra studien. I den vitenskapelige artikkelen er det brukt logistisk regresjonsanalyse.

Resultat: Sykepleierne benyttet seg i størst grad av egen og kollegaers erfaringskunnskap, samt informasjon fra den enkelte pasient. Forskningskunnskap blir i liten grad brukt i praksis. De største barrierene for å søke og vurdere forskning var mangel på tid til å søke forskningsartikler. Barrierer for å arbeide kunnskapsbasert var også mangel på tid, lite støtte og kunnskap fra ledelsen, samt kultur på arbeidsplassen. Rapporterte ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap viste at sykepleierne følte seg tryggest på å bruke internett for å søke informasjon. Sykepleiere i full stilling har større sjanse for å bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Yngre sykepleiere med mindre enn 10 års arbeidserfaring vurderte seg som mest kompetent til å vurdere forskningsbasert kunnskap.

Konklusjon: Resultatene fra studien tyder på at sykepleiere i kommunehelsetjenesten først og fremst benytter seg av kunnskap fra sin utdanning. Erfaringskunnskap og brukermedvirkning står også sentralt som kunnskapskilder.

Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis, kunnskapskilder, kommunehelsetjenesten, tverrsnittstudie, sykepleier, kvantitativ

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	Side: 1
INNHOLDSFORTEGNELSE	2
FORORD	4
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn og formål.....	5
1.2 Studiens hensikt og nytte.....	6
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensning.....	7
1.5 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 PRESENTASJON AV TEORETISK REFERANSERAMME	8
2.1 Kunnskap.....	8
2.2 Kunnskapsbasert praksis.....	8
2.3 Kunnskapskilder og barrierer for KBP.....	10
2.4 Teoretisk perspektiv.....	11
3.0 METODE	13
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	13
3.2 Forskningsstrategi og design.....	14
3.3 Datainnsamling.....	14
3.4 Utvalg og utvalgsmetode.....	16
3.5 Gjennomføring av spørreundersøkelsen.....	17
3.6 Dataanalyser.....	18
3.7 Validitet og reliabilitet.....	18
3.7.1 Begrepsvaliditet.....	19
3.7.2 Face-validitet og innholdsvaliditet.....	19
3.7.3 Ytre validitet.....	20
3.7.4 Indre validitet.....	20
3.7.5 Reliabilitet.....	21
3.7.6 Statistisk validitet.....	21
3.8 Etske betraktninger.....	21

4.0	RESULTATER	23
4.1	Respondenter og deskriptiv statistikk.....	23
4.2	Bruken av ulike kunnskapskilder.....	25
4.3	Barrierer og forutsetninger for KBP.....	27
4.4	Barrierer og forutsetninger for endring i praksis.....	28
4.5	Ferdigheter	39
5.0	DISKUSJON	31
5.1	Kunnskapskilder.....	31
5.2	Barrierer og forutsetninger for KBP.....	34
5.3	Ferdigheter.....	36
5.4	Styrker og svakheter ved studien.....	37
6.0	KONKLUSJON	38
6.1	Implikasjoner for sykepleie og videre forskning.....	38
	LITTERATURLISTE	40
	Vitenskapelig artikkel	44
	«Faktorer som påvirker sykepleieres kompetanse i å bruke og vurdere forskningsbasert kunnskap i kommunehelsetjenesten, en tverrsnittstudie»	
	VEDLEGG	
	Vedlegg 1: Spørreskjema.....	57
	Vedlegg 2: Invitasjonsmail til deltakerne i studien.....	67
	Vedlegg 3: Informasjon om databehandling til deltakerne	68
	Vedlegg 4: Tillatelse fra Anne Dalheim	69
	Vedlegg 5: Tillatelse kommunalsjefer.....	70
	Vedlegg 6: Forfattererklæring.....	73

Antall ord i masteroppgavens kappe: 9900

FORORD

Masterstudiet i klinisk sykepleie har gitt meg mange nye erfaringer, lærdommer og perspektiver innenfor sykepleie. Ikke minst erkjennelsen av at jo mer kunnskap jeg får, desto mer innser jeg hvor mye jeg ikke har kunnskap om. Studiet har bidratt til en ny interesse og dypere forståelse for forskning som fagfelt. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til de kunnskapsrike og engasjerende lærerne som har undervist oss i dette studiet, men også til mine medstudenter som har bidratt med faglige innspill, refleksjoner og støtte underveis. Jeg vil også takke min veileder, Lisbeth Østgaard Rygg, for hennes bidrag og hjelp i prosessen med å skrive masteroppgaven. Jeg ønsker å takke statistiker Erik Sund for god veiledning i analysearbeidet, samt Anne Dalheim for tillatelsen til å bruke den norske oversettelsen av spørreskjemaet «Developing Evidence-Based Practice Questionnaire»: «Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis».

Jeg vil rette en stor takk til alle som har hjulpet meg i arbeidet med datainnsamlingen. Takk til de aktuelle kommunalsjefene, enhetslederne og avdelingslederne for deres positive mottakelse og for bistand til å distribuere spørreundersøkelsen. En stor takk til alle sykepleierne som deltok i studien. Uten dem hadde ikke denne oppgaven blitt til.

Til slutt vil jeg takke min kjære samboer som hele tiden har støttet meg og til tider har hatt store deler av ansvaret hjemme slik at jeg har fått muligheten til å studere.

1.0 INNLEDNING

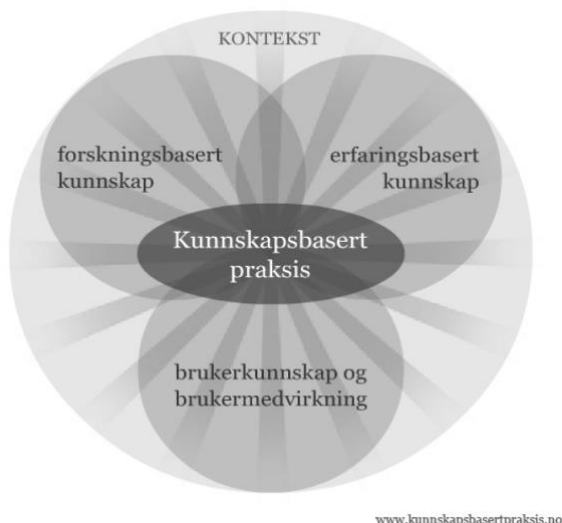
Denne masteroppgaven undersøker bruken av ulike kunnskapskilder blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten i en mellomstor norsk distriktskommune. Studien vil også se på bruken av og barrierer for kunnskapsbasert praksis (heretter KBP). Studien vil også presentere mulige barrierer for å søke og vurdere forskningsbasert kunnskap, samt hvordan sykepleierne vurderer egne ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap.

1.1 Bakgrunn og formål

Kvalitet og pasientsikkerhet er sentrale statlige innsatsområder i helsetjenesten og det stilles stadig høyere krav til sykepleiernes kunnskap og kompetanse. Beslutninger i klinisk praksis skal baseres på forskning og oppdatert kunnskap. Aktiv bruk av medbestemmelse blir også trukket fram som et innsatsområde som skal vektlegges i beslutninger om behandlings- og omsorgstilbudet til den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

KBP handler om at sykepleieren skal innhente kunnskap fra ulike kilder i praksis.

Sykepleieren kan bidra til å øke kvaliteten på den tjenesten som blir gitt ved å systematisk innhente forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens kunnskap og behov (Helsebiblioteket, 2016a). Denne kunnskapshandteringen er illustrert i figur 1. En ytterligere forklaring av begrepet kunnskapsbasert praksis blir presentert i oppgavens kapittel 2.2.



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016b)

Den kommunale helsetjenesten har endret seg mye etter samhandlingsreformen. Oppgaver som tidligere ble utført i sykehus, gjøres nå i kommunen (Forskningsråd., 2016).

En prosedyre som ikke er basert på oppdatert kunnskap kan føre til feilbehandling av pasienter (Helsebiblioteket, 2016a). Fra 2012-2018 ble det gitt erstatning i 877 saker hvor pasienter døde som følge av feilbehandling i Norge. I 2019 fikk 1449 rapporterte tilfeller medhold om erstatning (Norsk Pasientskadeerstatning, 2019). Derfor er det også nasjonale føringer som omtaler KBP som et mål for helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, 2016, 2017-2018).

1.2 Studiens hensikt og nytte

Selv om forskningen om KBP i kommunehelsetjenesten har økt de siste årene, preges likevel mange av studiene av forskning gjort på store populasjoner med mål om generaliserbarhet. Ingen eller få studier har sett på sykepleiere i en mellomstor norsk distriktskommune. Det kan tenkes å være forskjell på hvordan sykepleiere ute i distriktene jobber sammenlignet med sykepleiere i store kommuner. Det kan være forskjell på blant annet fagmiljø, ressurser og kultur som kan være avgjørende for tilgjengeligheten til, og bruken av KBP.

Det har også skjedd store forandringer i kommunehelsetjenesten etter samhandlingsreformen. Utdanningene har endret seg, pasientgruppene er betydelig mer sammensatte og de ulike tjenestene organiseres stadig på nye måter. Alle disse faktorene vil også bidra til at forskningen som er gjort før samhandlingsreformen ikke nødvendigvis er representativ for den situasjonen sykepleiere står i i dag, og denne studien kan muligens bidra til oppdatert kunnskap på oppgavens tema. Å vite hvilke kunnskapskilder sykepleierne benytter i praksis kan være av nytteverdi for både utdanningene og arbeidsgivere når de skal undervise om KBP. Det kan også tenkes å være av nytteverdi å vite hvilke barrierer som er gjeldende for å tilpasse undervisningen.

Hensikten med studien er å kartlegge bruken av ulike kunnskapskilder blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten, i en mellomstor norsk distriktskommune. Studien vil også se på bruken av og barrierer for KBP. Studien vil også presentere mulige barrierer for å søke og vurdere forskningsbasert kunnskap, samt hvordan sykepleierne vurderer egne ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap.

1.3 Problemstilling

Med utgangspunkt i studiens hensikt er problemstillingen følgende:

Hvilke kunnskapskilder bruker sykepleiere i kommunehelsetjenesten?

Mine forskningsspørsmål er:

1. I hvilken grad brukes kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten?
2. Hvilke barrierer hindrer sykepleierne fra å jobbe kunnskapsbasert?
3. Hvilke barrierer hindrer sykepleierne i å søke og vurdere forskningsbasert kunnskap?
4. Hvordan vurderer sykepleierne sine egne ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap?

1.4 Avgrensning

Studien ble avgrenset til yrkesaktive sykepleiere i kommunehelsetjenesten i en mellomstor, norsk distriktskommune. Sykepleiere i lederstillinger ble ekskludert fra spørreundersøkelsen da studien retter seg mot sykepleiere som har direkte pasientomsorg. I tillegg ble 5 sykepleiere fra samme kommune ekskludert fra studien. Disse sykepleierne innfridde inklusjonskriteriene, men siden forskeren hadde et kollegialt forhold til dem, og dermed ønsket å unngå at det skulle påvirke resultatene i studien, ble derfor disse sykepleierne ekskludert fra å delta.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 vil begreper knyttet til problemstillingen presenteres, samt en redegjørelse av aktuell forskning og teori innenfor fagfeltet. Kapittel 3 omhandler metodene, og i kapittel 4 redegjøres det for studiens funn. I kapittel 5 drøftes funnene fra studien, og i kapittel 6 presenteres konklusjonen, implikasjoner for sykepleie og videre forskning.

Masteroppgaven i klinisk sykepleie består av en vitenskapelig artikkel og en utdypende kappe. Den vitenskapelige artikkelen skal sendes til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.

2.0 PRESENTASJON AV TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet vil jeg med bakgrunn i problemstillingen presentere nøkkelbegreper, sykepleieteori og tidligere forskningsresultater.

2.1 Kunnskap

P. Benner (1995) beskriver kunnskap innen sykepleie som todelt, med teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap bidrar til forklaring og forutsigelse og kan blant annet innebære vitenskapelig kunnskap fra forskningsartikler eller teori fra lærebøker (Kirkevold & Nordli, 1996). P. Benner (1995) forklarer teoretisk kunnskap som det å «vite at», mens praktisk kunnskap kan forklares med å «vite hvordan». Vi kan ha mange «vite hvordan»-kunnskaper uten at vi tilegner oss «vite-at»-kunnskap, på samme måte som at vi ikke alltid kan teoretisk redegjøre for vår praktiske kunnskap. Det kalles også for taus kunnskap.

Praktisk kunnskap knyttes til konkrete opplevelser og situasjoner, og kunnskapen er innleiret i disse opplevelsene. Det er altså personen som har erfart situasjonene, som besitter kunnskapen. Det er likevel mulig å gjøre «vite hvordan»-ferdigheter delvis felles gjennom å sammen dele opplevelser eller ved å formidle egne opplevelser til andre.

På bakgrunn av gjentatte praktiske erfaringer vil vi gjøre oss opp meninger om hvordan ting er til vanlig, samtidig som vi også ser hvordan tilsynelatende lignende fenomener er forskjellige fra hverandre. Praktisk kunnskap er knyttet til refleksjon gjennom at sykepleieren må tenke gjennom erfaringene og avgjøre hva erfaringen egentlig betyr og hva som kan læres av den (Kirkevold & Nordli, 1996). Praktisk kunnskap blir også kalt for erfaringskunnskap Bjørk og Solhaug (2008).

2.2 Kunnskapsbasert praksis

KBP eller evidensbasert praksis har vært et sentralt begrep i sykepleiekunnskap de senere årene. Et annet ord for *evidens*, er *bevis*. Evidensbasert sykepleie vil dermed bety bevisbar sykepleie. Dette betyr at praksis skal være begrunnet med kunnskap (Bjørk & Solhaug, 2008). KBP vil være det begrepet som blir brukt i denne oppgaven.

Ifølge Helsebiblioteket (2016a) handler KBP om at fagutøveren bevisst benytter seg av ulike kunnskapskilder. Det har utviklet seg ulike definisjoner av KBP med tiden, og stadig flere fagfelt bruker denne måten å jobbe på. Kunnskapsbasert sykepleie kan defineres som:

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Helsebiblioteket, 2016a).

Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart (2007) forklarer at kunnskap fra forskningen blant annet kan forklare fenomener og årsaksforhold, forekomst av tilstander, gi bedre forståelse for enkeltpasienters erfaringer og opplevelser, anslå effekt av tiltak, samt skape nye hypoteser og begreper. Sykepleieren bør holde seg oppdatert og benytte seg av oppsummert forskningsbasert kunnskap når det er mulig. Samtidig må vedkommende være i stand til å kritisk vurdere den forskningen som skal tas i bruk.

Alvsvåg (2009) beskriver erfaringsbasert kunnskap som praktisk og situasjonsnær, hvor sykepleieren lærer det som bare kan læres i konkrete sammenhenger gjennom erfaring, trening og øvelse. Erfaring lærer oss å bruke sansene, og gjør oss sensitive, lydhøre og i stand til å se det rette, det gode og det dårlige. Erfaring oppstår når forutinntatte meninger og forventninger utfordres, avklares eller avkrefte i en konkret situasjon (P. Benner, 1995).

Brukerkunnskap handler om at pasientens syn skal imøtekommes og vektlegges når det skal tas beslutninger som omfatter dem (Nortvedt et al., 2007). Pasientens rett til å medvirke i egen behandling er regulert i pasientrettighetsloven § 3-1 (brukerrettighetsloven, 1999).

Sykepleieren vil erfare at noen pasienter er velinformert og har høye forventninger om ytterligere informasjon, mens andre pasienter ikke ønsker, eller ikke er i stand til å involveres i beslutninger. Dette stiller nye krav til at sykepleieren evner å møte individuelle behov, samt å holde seg oppdatert (Nortvedt et al., 2007).

I modellen for kunnskapsbasert praksis (figur 1), omslutes de tre kunnskapskildene av kontekst. En kontekst kan være det miljøet eller den settingen der KBP skal iverksettes. Konteksten er avhengig av kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og politikk. Den vil også ha innvirkning på alle kunnskapskildene i modellen (Helsebiblioteket, 2016a).

Begrepet KBP har også skapt stor debatt og mange stiller seg kritisk til KBP som mål for helsetjenesten (Bjørk & Solhaug, 2008; Ekeli, 2002; Martinsen, 2005). Mange av motargumentene til KBP baseres på at teoretisk kunnskap blir framstilt som sannere enn

praktisk kunnskap. Kari Martinsen (2005) mener også at KBP utelukker en mer livsfilosofisk problemløsning, som for eksempel fortelling som arbeidsmåte. Hun skriver videre om hvordan KBP har et politisk bakteppe med formål om å få helsepersonell til å arbeide mer effektivt og økonomisk lønnsomt. Hun mener at man i bruken av evidensbasert forskningskunnskap går for raskt og ureflektert fram. «Hva kunnskap ut fra statistiske analyser ikke kan svare på, stilles ikke. (...) Denne typen kunnskap er lite egnet til å gi økt forståelse for og innsikt i trette kropper og mennesker som lider» (Martinsen, 2005, s. 93).

2.3 Kunnskapskilder og barrierer for KBP

Det er gjort mange nasjonale og internasjonale studier som kartlegger bruken av og barrierer for KBP i spesialisthelsetjenesten. Dette er gjort i noe mindre grad i kommunehelsetjenesten. Men det kan se ut til at det er kommet mer forskning fra kommunal sektor de senere årene (Berland, Gundersen & Bentsen, 2012; Pericas-Beltran, Gonzalez-Torrente, De Pedro-Gomez, Morales-Asencio & Bennasar-Veny, 2014; Thiel, Ko & Turner, 2019; Weum, Bragstad & Glavin, 2018).

En norsk studie som kartla helsesøstres bruk av kunnskapskilder viste at den mest brukte kilden var nasjonale retningslinjer. De helsesøstrene som hadde mastergrad og de som jobbet i 100 prosent stilling følte seg bedre rustet til å vurdere forskningsbasert kunnskap.

Helsesøstrene svarte at de største barrierene for KBP var for lite tid til å lete etter forskning og vansker med å forstå engelskspråklige artikler (Weum et al., 2018).

En amerikansk studie gjort på sykepleiere i hjemmetjenesten viste at sykepleierne følte et moderat nivå av mestring knyttet til utøvelsen av KBP. De hadde tilstrekkelig tilgang til informasjon for å utøve pleie og høyt kompetansenivå i å bruke datamaskin. De tre mest brukte kunnskapskildene var pasientjournaler, internett og arbeidsstedets rutiner og prosedyrer. Sykepleierne opplevde lite støtte og tilrettelegging for KBP fra arbeidsgiverens side. Faktorer som hadde en positiv og signifikant sammenheng med holdninger til KBP var antall timer på jobb og utdanningsnivå (Thiel et al., 2019).

I en studie blant sykepleiere i Sverige så man at opplevelsen av å mestre KBP hadde høy signifikant sammenheng med bruken av KBP. Også i denne studien så man at støtte og tilrettelegging fra arbeidsgiver var viktig for utøvelsen av KBP. Forskerne konkluderte med at hele arbeidsgiverorganisasjonen måtte involveres, og at KBP ikke kunne framstilles som et

ansvar hos den enkelte sykepleier (Boström, Rudman, Ehrenberg, Gustavsson & Wallin, 2013).

Overnevnte litteraturgjennomgang om bruken av- og barrierer for kunnskapskilder kan oppsummeres med at mangel på kunnskap, tid og støtte fra ledelse virker til å være gjengangere når det gjelder barrierer for bruken av KBP. Ingen studier viser til forskningsbasert kunnskap som mest brukte kunnskapskilde. Nasjonale retningslinjer, interne rutiner og erfaringskunnskap virker til å være noen av de hyppigst rapporterte kunnskapskildene, uavhengig av hvilken sektor sykepleierne kommer fra.

2.4 Teoretisk perspektiv

Jeg håper at følgende tanke vil bli stadig mer fremherskende hos sykepleierne: at all praksis krever utøvere som er vant til å studere, som forstår at helse og omsorg må endre seg daglig som en reaksjon på de funn som gjøres innen forskningen, og at effektive sykepleiere er evige studenter (Henderson, Mellbye & Munkeby, 1998, s. 76)

Sitatet er skrevet av Virginia Henderson og hun er en av sykepleierne som har inspirert Patricia Benner forståelse av sykepleie (P. Benner, 1995). Utgangspunktet for oppgavens teoretiske perspektiv er Patricia Benner sykepleieteori. Hun deler mange av de samme verdiene og teoretiske grunnlaget som også idèen om kunnskapsbasert praksis er bygget på. Sykepleiens mål er å styrke og hjelpe den andre til å bli hva han eller hun ønsker å være, også i situasjoner hvor det eksisterer sykdom, tap og lidelse (Patricia Benner & Wrubel, 1989; Kirkevold, 1998).

Benner har i mange år studert klinisk sykepleiepraksis med ønske om å beskrive kunnskapen som finnes i praksis. Hun ønsket å forstå ulikhetene mellom en nybegynner og en ekspertsykepleiers utøvelse av sykepleie. Gjennom intervjuer av sykepleiere med ulik erfaringsbakgrunn ble dermed boken «Fra novice til ekspert» til. Med utgangspunkt i Dreyfusmodellen for tilegnelse av ferdigheter, utarbeidet hun fem praksisnivåer som besto av novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. En nybegynner og en ekspert lever i ulike praksisnivåer og derfor i forskjellige kliniske verdener. De forstår og responderer

ulikt på behov for handling i den situasjonen de befinner seg i (P. Benner, 1995).

P. Benner (1995) skriver mye om betydningen av erfaring i sykepleie. Hun forklarer at med begrepet erfaring, mener hun ikke bare livets eller tidens gang. Det handler også om avklaringer av forutinntatte meninger og teori gjennom møter med flere konkrete og praktiske situasjoner. Teorien viser oss det som kan uttrykkes og nedskrives, men klinisk praksis vil alltid være mer kompleks enn som så. Praksisen gir oss langt flere realiteter enn teorien alene kan romme. Teorien er likevel også viktig på den måten at den leder sykepleierne og gjør det mulig for dem å stille de riktige spørsmålene. Teorien kan også bidra til endring av praksis. Men Benner skriver at det er gjennom erfaringene og fortellingene til ekspertsykepleierne at teorien burde utvikles.

3.0 METODE

I dette kapittelet vil studiens metodologi og metode bli presentert. Det vil også bli drøftet aktuelle validitets- og reliabilitetskriterier.

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

«En forsker skal trenes i tre motsigelsesfylte egenskaper: Evnen til å stille naive spørsmål, evnen til å utvikle de villeste fantasier, og evnen til å kontrollere om fantasiene har noe for seg» (Hernes, 1991, s. 12).

Disse ordene er skrevet av sosiologen og forskeren Gudmund Hernes som sammenfatter et forskerideal inspirert av Karl Popper's tenkning. Det første punktet handler om å stille gode og hensiktsmessige forskningsspørsmål. Hernes beskriver det som å ha evnen til å oppdage det som andre har sett, men likevel oversett. Å utvikle de villeste fantasier vil si å være kreativ nok til å se mulige forklaringer på et fenomen og deretter sette dem sammen til en teori. Det tredje punktet handler om å teste ut teorien opp mot virkeligheten (Hernes, 1991).

Det vitenskapsteoretiske perspektivet i studien er inspirert av Gudmund Hernes og Karl Poppers kritiske rasjonalisme. Popper mener at vår rasjonalitet viser seg i evnen til å være kritisk til egne og andres oppfatninger. Vi må med andre ord erkjenne vår egen uvitenhet og det faktum at vi selv kan ta feil. Vitenskapen er en evig jakt etter empirisk sannhet med en begrensning som innebærer at sannheten aldri fullt ut kan finnes. Hernes beskriver informasjon vi får fra forskning som reduksjon av usikkerhet (Hernes, 1981; Popper, Døderlein & Døderlein, 1981).

Om å skape ny kunnskap skriver Hernes at vi skiller mellom to store tradisjoner. I den ene tradisjonen søker man erkjennelse som kan prøves gjennom empiri, tester og eksperimenter. Utfallet i denne tradisjonen er ikke avhengig av autoriteter, meninger eller ønsker. Kunnskapen beror ikke på tid og sted, den er alltid sann, uansett sted. Forskningen i denne masteroppgaven har tatt utgangspunkt i denne tradisjonen for å fremskaffe ny kunnskap. Den andre tradisjonen som Hernes skriver om er erkjennelsestradisjonen. Ny kunnskap blir fremskaffet gjennom å utvikle skjønn og sans, kritisk evne og dømmekraft, samt

opplevelsesevne (Hernes, 1991).

I denne oppgaven vil forskningsspørsmålene besvares gjennom påstandene fra spørreundersøkelsen. Forskningsspørsmålene er ikke presentert som hypoteser, slik Poppers metode tilsier, men som spørsmål som blir forsøkt besvart, i tråd med ideologien fra Gudmund Hernes.

3.2 Forskningsstrategi og design

Det er valgt en kvantitativ forskningsstrategi i studien. I følge Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne (2015) vil en kvantitativ forskningsstrategi egne seg godt for å si noe om utbredelsen av et fenomen. Siden det er utbredelsen av KBP som skal forskes på og det skal innhentes data som lar seg tallfeste vil derfor den kvantitative forskningsstrategien egne seg godt for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene.

På grunn av valget om en kvantitativ forskningsstrategi vil studien følgelig ikke kunne gå i dybden på hvordan den enkelte sykepleieren opplever å arbeide kunnskapsbasert eller hvordan de ulike barrierene oppleves. Til det hadde en kvalitativ vinkling passet bedre, og det ville vært nødvendig å begrense antall informanter i større grad.

Forskningsdesignet er en tverrsnittstudie, i form av en spørreundersøkelse. En tverrsnittstudie kan gi et øyeblikksbilde av det som studeres og egner seg godt til å beskrive utbredelse og forekomst av et fenomen. Tverrsnittstudier egner seg ikke til å si noe om utvikling over tid, og det er problematisk å påvise årsakssammenhenger (Christoffersen et al., 2015).

På bakgrunn av dette mener jeg derfor at tverrsnittstudie er det designet som best vil kunne bidra til svar på forskningsspørsmålene, samtidig som valgt design ikke kan si noe om bruken av KBP over tid eller påvise årsakssammenhenger.

3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjort gjennom spørreundersøkelse. Selve spørreundersøkelsen var et selvutfyllingsskjema distribuert gjennom Questback. Ifølge Polit og Beck (2017) er det mange fordeler med innsamling av spørreskjemadata via internett. Det har økonomiske fordeler, og du har muligheten til å enkelt nå ut til et stort publikum. En av de største fordelene med web-baserte undersøkelser er også at dataene er direkte tilgjengelig og klare for analyse.

Ulempene som blir trukket fram er at svarprosenten ofte er lavere enn ved distribusjon av

skjema ansikt-til-ansikt. Denne formen for distribusjon gir også informantene mulighet til å stille spørsmål underveis.

Spørsmålene besto i hovedsak av lukkede spørsmål, men 3 av 60 spørsmål var åpne. Et flertall av de lukkede spørsmålene var vurderingss spørsmål med et likert-format med 5 graderinger. Det betyr at respondentene krysset av for det alternativet som best beskrev hvordan de følte om et utsagn, for eksempel på en skala fra svært uenig til svært enig (Ringdal, 2018). Fordelene med lukkede spørsmål er at analysejobben blir enklere gjennom at forskeren bare trenger å kalkulere antallet svar på hvert alternativ for å få deskriptiv informasjon. Dette gjør analysen enklere og tidsbesparende. Det er også tidsbesparende for respondenten å svare på lukkede spørsmål. Det gjør dermed at flere spørsmål kan bli besvart på en gitt tid. Det er også vanlig at respondenter kan være mindre villige til å formulere svar i åpne spørsmål enn de er til å huke av oppgitte svaralternativer. Det man samtidig må være bevisst på i bruken av lukkede spørsmål, er risikoen for å miste nøkkelinformasjon i svarene. Åpne spørsmål gir mulighet for en dypere og mer utfyllende respons. Dette kan altså gå tapt i lukkede spørsmål. Disse faktorene må altså tas hensyn til, og man må vurdere spørsmålsstrukturen etter hva det er man ønsker å finne ut av. En kombinasjon av begge spørsmålstypene kan være fordelaktig for å oppveie styrkene og svakhetene til de lukkede og åpne spørsmålene (Polit & Beck, 2017).

Spørreskjemaet som er benyttet er godt utprøvd i tidligere studier og er opprinnelig laget av Kate Gerrish (Gerrish et al., 2007). Dette spørreskjemaet ble valgt blant annet fordi det også var oversatt til norsk etter Verdens helseorganisasjons prosedyre for oversettelse (Dalheim, Harthug, Nilsen & Nortvedt, 2012). Den norske oversettelsen heter «Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis». Det er innhentet tillatelse hos Anne Dalheim til å benytte hennes oversettelse av spørreskjemaet i denne studien.

Det ble gjort noen små endringer på spørreskjemaet for å tilpasse det til valgt populasjon. Det ble derfor fjernet et spørsmål om bruken av bibliotek på arbeidsplassen siden det ikke fantes et bibliotek for respondentene å benytte seg av. Noe tidligere forskning antyder at stillingsprosenten kan være utslagsgivende for hvordan sykepleieren benytter seg av KBP (Weum et al., 2018), derfor ble det lagt til et spørsmål om stillingsprosent. Det ble også lagt til et ekstra svaralternativ i form av «ikke relevant», på spørsmål 39 til 42, hvor respondenten skulle gradere hvor mye ulike personer støtter dem i å endre praksis basert på beste

tilgjengelige kunnskap. Det ble gjort på grunn av at ikke alle sykepleierne som ble invitert til spørreundersøkelsen har et relevant samarbeid med fagsykepleier eller lege. I spørsmål nr. 40 ble avdelingssykepleier endret til avdelingsleder.

3.4 Utvalg og utvalgsmetode

Populasjonen som ble undersøkt i studien var yrkesaktive sykepleiere i kommunehelsetjenesten, i en mellomstor norsk distriktskommune. Utvalgsstørrelsen var 73 sykepleiere. Ikke-sannsynlighetsutvalg ble brukt som utvalgsmetode. Utvalgsteknikken er viktig fordi utvalget skal være representativt for den populasjonen det er trukket ut fra (Ringdal, 2018). Ikke-sannsynlighetsutvelging er mindre egnet for å gjøre studier som er representativ for alle i samme populasjon. Utvalget er dermed mindre egnet for å være representativ for sykepleiere i hele Norges kommunehelsetjeneste. Til det hadde et sannsynlighetsutvalg passet bedre. Det kan likevel tenkes at utvalget er representativt for den gitte kommunen den er trukket ut fra, eller andre distriktskommuner i samme størrelse. Ikke-sannsynlighetsutvalg er en av de mest brukte utvalgsteknikkene i sykepleieforskning og andre helsedisipliner (Polit & Beck, 2017).

Det er forskjellige undergrupper av ikke-sannsynlighetsutvalg. I denne studien ble «consecutive sampling» benyttet. Denne formen for utvalg innebærer å rekruttere alle i populasjonen som innehar gitte kriterier (Polit & Beck, 2017). Det betyr at i denne studien ble alle sykepleiere i kommunehelsetjenesten i en bestemt kommune invitert. Det innebar at det ble invitert sykepleiere fra en legevakt, to sykehjem, 5 hjemmetjenestesektorer og en korttidsavdeling. Ikke-sannsynlighetsutvalg har en fordel med at det er praktisk å ta i bruk. Man skal likevel være klar over at hvilke sykepleiere som velger å svare på undersøkelsen, og hvem som ikke svarer på undersøkelsen kan ha en utslagsgivende effekt på statistikken og derfor påvirke resultatets validitet (Polit & Beck, 2017). Sykepleiere i lederstillinger ble ekskludert fra spørreundersøkelsen da studien retter seg mot sykepleiere som har direkte pasientomsorg.

Størrelsen på utvalget har sammenheng med resultatenes statistiske signifikans. Det er mulig å gjøre en styrkeanalyse for å estimere hvor stort utvalg studien behøver for å oppnå statistisk signifikante resultater (Polit & Beck, 2017). Det har likevel ikke vært mulig å utføre en slik analyse på grunn av mangel på ulike typer data fra tidligere studier eller pilotstudier som grunnlag for en slik analyse. For å oppnå ulike signifikante resultater i denne studien, ville det

vært hensiktsmessig med et større utvalg. Av praktiske og økonomiske årsaker ble det likevel valgt å ikke inkludere flere kommuner i spørreundersøkelsen. Dette ble også gjort på bakgrunn av at statistisk signifikans alene ikke er en garanti for at resultatet er gyldig, og at det fortsatt er fullt mulig å belyse tendenser av et fenomen (Eikemo & Clausen, 2012). Også Polit og Beck (2017) beskriver at så lenge utvalget er stort nok kan man oppnå statistisk signifikans på helt trivielle sammenhenger. Et resultat som er ikke-signifikant kan samtidig være sant og ikke minst viktig for praksis. I slike tilfeller omtales som klinisk signifikans.

3.5 Gjennomføring av spørreundersøkelsen

Framgangsmåten for gjennomføringen av spørreundersøkelsen startet med at de ansvarlige kommunalsjefene ble kontaktet for å innhente tillatelse til å distribuere undersøkelsen i den aktuelle kommunen. De fikk forespørsel på e-post med et infoskriv om undersøkelsen. Begge kommunalsjefene var positive og ga meg skriftlig tillatelse til å gjennomføre studien.

Deretter tok jeg kontakt med alle de aktuelle avdelingslederne på hver enkelt arbeidsplass for å informere om studien, samt å innhente mailadressen til deres sykepleiere. Prosessen med å innhente e-postadressene tok lengre tid enn forventet, og det måtte sendes ut påminnelse til avdelingslederne på e-post. Det ble først sendt ut en påminnelse på e-post fra meg og litt senere en påminnelse fra enhetslederne, før vi til slutt hadde mottatt alle e-postadressene til sykepleierne.

Spørreundersøkelsen pågikk fra 8. mai til og med 8. august 2019. Undersøkelsen foregikk gjennom Questback, som ga muligheten til å distribuere spørreskjemaet på e-post til alle sykepleierne som ble meldt inn av sin avdelingsleder. Hver enkelt sykepleier mottok en e-post fra Questback med informasjon om studien. Der måtte de aktivt trykke på et felt hvor det sto at de hadde lest informasjonen og samtykket til å delta i undersøkelsen. Deretter ble de sendt videre til spørsmålene i undersøkelsen. Det var også mulighet for å trykke på et annet alternativ om at man ikke ønsket å delta i studien og dermed ikke mottok flere e-poster. Questback sikret full anonymitet gjennom at ingen personopplysninger ble tilgjengelige. Samtidig hadde Questback fortløpende oversikt over hvilke mailadresser som hadde besvart og hvem som ikke hadde besvart, uten at forskeren har tilgang til disse opplysningene. På den måten kunne det legges inn automatiske e-postpåminnelser som kun gikk ut til de inviterte som enda ikke hadde gitt sin besvarelse, og dermed unngikk å sende unødvendige e-poster til de som hadde gjennomført undersøkelsen. Det ble i løpet av den tiden spørreundersøkelsen var tilgjengelig på nett sendt ut 4 påminnelser til sykepleierne, unntatt dem som allerede

hadde besvart og de som hadde bekreftet at de ikke ønsket å delta i studien.

3.6 Dataanalyser

SPSS for Mac versjon 26 ble brukt for statistiske analyser av data. Rådataene fra spørreundersøkelsen ble sendt direkte fra Questback til SPSS. Da var allerede hver enkelt besvarelse nummerert i datasettet og klare for analyser.

Deskriptiv statistikk er brukt for å beskrive utvalget og for å få en oversikt over variablenes fordeling i undersøkelsen. Det er i hovedsak brukt frekvensanalyser presentert i tabeller for å vise fram funnene på en oversiktlig og lettfattelig måte. Svaralternativene i variablene er slått sammen til 3 kategorier med hensyn til lesbarheten.

Undersøkelsen har 3 fritekstsvar som er analysert gjennom en konvensjonell innholdsanalyse med kvalitativ, induktiv metode. Hsieh og Shannon (2005) beskriver denne metoden som en måte å beskrive et fenomen på, på en åpen og eksplorerende måte. Fordelen med å inkludere muligheten for fritekstsvar i undersøkelsen er at respondentene får mulighet til å gi noen mer utfyllende kommentarer til det man ønsker å vite mer om. Hvis spørreskjemaet utelukkende hadde bestått av faste svarkategorier kunne man risikere å miste viktige funn som ikke kan komme fram av forhåndsbestemte svaralternativer (Ringdal, 2018). Denne metoden ble valgt fordi det var ønskelig å gå inn i teksten med et åpent sinn og utvikle kategoriene fra datamaterialet.

I analysen av fritekstsvarene ble det derfor startet med en naiv lesning av tekstmaterialet. Det ble tidlig oppdaget ulike nøkkelord som gikk igjen i respondentenes svar. Disse nøkkelordene ble etterpå gruppert i ulike kategorier. Spørsmål 43 fikk 11 kategorier og spørsmål 44 fikk 10 kategorier. For å få en oversikt over kategoriene ble det laget en tabell med en kolonne for kategoriene og en kolonne for frekvensen. Frekvensen i dette tilfellet representerte hvor mange ganger en kategori ble nevnt av respondentene i fritekstsvarene. På den måten ble det en god oversikt over hvilke kategorier som ble størst og hvilke kategorier som ble minst.

3.7 Validitet og reliabilitet

For å belyse mulige svakheter ved studien, samt tiltak som er gjort for å begrense dem, vil det i de påfølgende underkapitlene bli drøftet studiens validitet og reliabilitet. Når en studie har

høy validitet, betyr det at studien måler det den faktisk skal måle. Høy grad av reliabilitet viser til at studien gir samme resultat etter gjentatte målinger med samme måleinstrument. En høy grad av validitet, forutsetter også en høy grad av reliabilitet (Ringdal, 2018). Det som kan påvirke validiteten i negativ retning omtales ofte som trusler mot validiteten. Polit og Beck (2017) omtaler disse truslene som årsaker til at konklusjoner i studien kan være feil. Det finnes flere ulike måter å måle validitet på. Lund (1996) har skrevet om Cook og Campbells validitetssystem for kausale undersøkelser. Følgende underkapitler tar utgangspunkt i dette systemet. Deres system beskriver fire ulike typer validitet: statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet. Hver av disse typene validitet har forskjellige trusler.

3.7.1 Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditeten handler om hvor pålitelig og nøyaktig målingene og måleinstrumentene er. *Eksperimentatorforventning* kan belyses som en mulig trussel mot studien. Det betyr at forskerens hypoteser kan påvirke resultatene på en slik måte at det forekommer en kunstig bekreftelse av hypotesen (Lund, 1996). For å unngå påvirkning fra meg selv, ble ingen dataanalyse gjort før datainnsamlingen var avsluttet. På den måten var det ikke mulig å påvirke tendenser underveis i spørreundersøkelsen.

Evalueringsforståelse kan også trekkes fram som en mulig trussel mot validiteten i studien. Lund (1996) beskriver denne trusselen som at respondentene spiller en samarbeidsrolle siden de vet at de blir vurdert og dermed kan bidra til at effektmålet fordreies. Denne trusselen er likevel begrenset gjennom at det ikke har vært noen ansikt-til-ansikt-kontakt med dem som ble invitert til spørreundersøkelsen. Spørsmålene ble også nøye gjennomgått i forkant for å unngå spørsmål som kunne oppfattes som ledende.

3.7.2 Face-validitet og innholdsvaliditet

Face-validitet handler om instrumentet *ser ut* til å måle det som det skal måle (Polit & Beck, 2017). Flere forfattere forklarer begrepet som bruken av sunn fornuft (Christoffersen et al., 2015; Thrane, 2018). Innholdsvaliditet defineres av Polit og Beck (2017) som i hvilken grad spørsmålene i spørreskjemaet gir svar til problemstillingen på en adekvat måte.

For å styrke face- og innholdsvaliditeten i denne studien ble det sendt ut en testundersøkelse blant 5 sykepleiere i en hjemmetjenestesektor som ikke deltok i studien. De ble bedt om å fullføre spørreskjemaet og deretter gi tilbakemelding på om det var noe som burde endres på.

Det kom tilbakemelding på at spørsmål nr. 26 – «Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer», burde spesifiseres om det menes tid på jobb eller fritid. Derfor ble det endret til «tid på jobb». Det kom også en tilbakemelding på at noen av spørsmålene følte som de var noe like, men det ble likevel valgt å ikke fjerne flere spørsmål med hensyn til spørreskjemaets innholdsvaliditet.

3.7.3 Ytre validitet

Ytre validitet handler om studien gjør det mulig å skape ikke-statistiske generaliseringer til relevante personer, situasjoner og tider (Lund, 1996).

I forkant av distribusjonen av spørreundersøkelsen ble det laget en utvalgsprosedyre. På grunn av at undersøkelsen skulle gjøres på sommeren mens mange hadde ferie, ble tiden spørreundersøkelsen lå ute satt til 3 måneder. På den måten forsøkte vi å unngå at noen ikke deltok på grunn av ferieavvikling, og dermed ville mistet mange mulige respondenter. Det ville vært en trussel mot den ytre validiteten og muligheten for generalisering av resultatene.

Ikke-representativt personutvalg kan tenkes å være en mulig trussel mot den ytre validiteten i studien, på den måten at generaliseringen til populasjonen er ønskelig, men usikkert fordi utvalget ikke er representativt. Jo skjevare utvalg i forhold til populasjonen, jo større sannsynlighet for ugyldig generalisering (Lund, 1996). For å redusere denne risikoen er det nøye definert hvilke sykepleiere som skulle inkluderes og hvem som skulle ekskluderes fra populasjonen.

3.7.4 Indre validitet

Den indre validiteten handler om i hvilken grad studien kan vise til kausale sammenhenger. Altså om det er X som påvirker Y (Bjørnnes, 2019). *Instrumentering* kan trekkes fram som en mulig trussel. Den omhandler faktorer ved måleinstrumentet eller prosedyren som kan gi falske ulikheter hos respondentene. I denne studien har det vært brukt et standardisert spørreskjema som var godt utprøvd og validert gjennom tidligere forskning. Alle respondentene mottok den samme informasjonen på e-post og det har ikke vært noe ansikt-til-ansikt-kontakt mellom forskeren og respondentene. Alt dette kan tenkes å minimalisere risikoen for instrumentering som trussel.

Frafall som trussel handler om bortfall av respondenter. Tilfeldig bortfall av personer er ingen

trussel mot den indre validiteten, men hvis det er mange personer med systematiske likhetstrekk, så vil det kunne påvirke resultatet. Av sykepleierne som deltok i spørreundersøkelsen var bare 31,7% over 40 år. Det var dermed en viss overvekt av yngre sykepleiere blant respondentene. Derfor kan frafall være en mulig trussel. Hva som var den reelle aldersfordelingen i populasjonen er samtidig uvisst, så i hvor stor grad frafallstrusselen er gjeldende vet vi heller ikke. Valget av metode for datainnsamlingen kan tenkes å være en mulig årsak til et eventuelt aldersfravall. Med bakgrunn i at det var en overvekt av yngre sykepleiere, er det nærliggende å tenke at eldre sykepleiere kan ha større barriere for å besvare et spørreskjema som er nettbasert, sammenlignet med spørreskjema på papir eller ansikt til ansikt.

3.7.5 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet, er en forutsetning for høy validitet, og er et svært viktig kriterium for å sikre at forskningen er av høy kvalitet. Reliabiliteten handler om i hvilken grad studiens informasjon er fri for målefeil (Polit & Beck, 2017). For å sikre reliabiliteten i størst mulig grad, ble spørreundersøkelsen distribuert på lik måte og med samme informasjon til alle de inviterte sykepleierne.

Av økonomiske og praktiske årsaker har det ikke vært mulig å utføre flere undersøkelser på valgt populasjon. Reliabiliteten ville vært høyere hvis det hadde vært gjennomført. På den andre siden er spørreundersøkelsen som er brukt i denne studien validert og godt utprøvd i tidligere forskning og måleinstrumentet er dermed av høy reliabilitet.

3.7.6 Statistisk validitet

Ifølge Lund (1996) er statistisk validitet avhengig av statistisk signifikans. Men denne validitetstypen forutsetter også at tendensen er sterk nok til å ha betydning på et praktisk eller teoretisk plan. De statistiske analysene i denne studien er forsøkt validert gjennom valg av variabler som har vist seg å ha statistisk signifikante sammenhenger i tidligere forskning. Valget av statistiske analyser er også nøye vurdert og gjennomgått av statistiker for å gjøre de mest hensiktsmessige og valide analysene.

3.8 Etske betraktninger

Studien er godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 192781. Studien er ikke meldepliktig til regional etisk komité da den ikke omhandler sensitive

personopplysninger og ikke dreier seg om å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Det er innhentet tillatelser til distribusjon av spørreundersøkelsen hos kommunalsjef for helse og omsorg, samt hos kommunalsjef for familie og velferd i gjeldende kommune. Anne Dalheim har også gitt tillatelse til bruk av hennes oversettelse av spørreskjemaet. Samtlige tillatelser er vedlagt i oppgaven.

Anonymiteten til informantene er som tidligere nevnt sikret gjennom bruk av Questback. På den måten er alle besvarelsene anonymisert slik at studieansvarlig ikke har hatt muligheten til å se hvem som har svart hva. Spørreundersøkelsen ble distribuert ut til informantenes epost-adresser. Avsender-adressen som mottakerne fikk se var låst til «feedback@questback.com». På den måten var alle besvarelser og informasjon trygt plassert hos Questback og studieansvarlig mottok ingen besvarelser til privat- eller student-epost.

Gjennom bruken av Questback er det benyttet EUs personvernforordnings (GDPR) krav til gjennomføring av spørreundersøkelser. Det var frivillig å delta og deltakerne fikk informasjon sammen med spørreskjemaet om samtykke og muligheten til å trekke seg fra studien. Det er heller ikke benyttet noen form for gaver eller premiering for å rekruttere informanter.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil resultatene fra studien bli presentert. Resultatene er delt opp i ulike underkapitler med hvert sitt tema. Først gis det en oversikt over demografiske data. Deretter presenteres frekvensanalysene i tabeller som er forsøkt gjøres så lettleselig som mulig. Alle tallene fra frekvensanalysene er derfor oppgitt som prosenttall.

4.1 Respondenter og demografiske data

Det var 73 inviterte sykepleiere til studien, og 41 som besvarte spørreskjemaet (N=41). Det utgjorde en responsrate på 56%.

Tabell 1: Demografiske data

	Frekvens	Prosent	Gjennomsnittsverdi
ALDERSGRUPPER			37,61 år
21-29 ÅR	10	24,4	
30-39 ÅR	15	36,6	
40-49 ÅR	6	14,6	
50 ÅR >	7	17,1	
ANSIENNITET			11,10 år
0-5 ÅR	13	31,7	
6-10 ÅR	11	26,8	
11-20 ÅR	8	19,5	
21-30 ÅR	4	9,8	
31-40 ÅR	2	4,9	
STILLINGSPROSENT			Median: 100%
100%	22	53,7	
70-99%	18	43,9	
40-69%	1	2,4	
40%<	0	0	
UTDANNING			Median: Bachelorgrad
GRUNNUTDANNING	1	2,4	
BACHELORGRAD	23	56,1	
VIDEREUTDANNING	17	41,5	
MASTERGRAD	0	0	
DOKTORGRAD	0	0	

Alder: Gjennomsnittlig alder var 37,6 år, med spredning fra 25 til 63 år.

Ansiennitet: Tabellen viser at gjennomsnittlig ansiennitet var 11,1 år, med spredning fra 0 til 37 år.

Stillingsprosent: Medianverdien for stillingsprosenten er 100%. Spredningen var fra svaralternativ «40-69%» til «100%». Ingen svarte at de hadde under 40% stilling.

Utdanning: Fordelingen viser at 2,4% hadde grunnutdanning i sykepleie, 56% hadde bachelorgrad og 41,5% hadde en videreutdanning. Ingen av respondentene hadde master- eller doktorgrad. Medianverdien var bachelorgrad.

4.2 Bruken av ulike kunnskapskilder

Nedenfor presenteres resultatene fra spørsmål 1-22 i spørreskjemaet (vedlegg 1). Samtlige tabeller viser respondentenes svarprosent i synkende rekkefølge, slik at vi i følgende tabell får den kunnskapskilden flest sykepleiere har svart ofte eller alltid på øverst.

Tabell 2: Kunnskapskilder		Ofte/ Alltid	Noen ganger	Aldri/ Sjeld en
(N=41)		%	%	%
1	Det jeg lærte i min utdanning	90.2	9.8	
2	Den informasjonen jeg får om hver enkelt pasient	85.4	9.8	4.9
3	Min personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid	85.4	14.6	
4	Informasjon som sykepleiere med spesialutdanning deler med meg	70.7	29.3	
5	Informasjon jeg får fra nasjonale føringer og retningslinjer	70.7	26.8	2.4
6	Det som leger diskuterer med meg	70.7	26.8	2.4
7	Det jeg lærer ved å delta på interne kurs/konferanser	63.4	34.1	2.4
8	Ny behandling og nye medikamenter jeg lærer om når legene ordinerer dette til pasienten	63.4	26.8	9.8
9	Informasjon som sykepleiere med lang erfaring deler med meg	61.0	36.6	2.4
10	Skriftlig produktinformasjon	53.7	29.3	17.1
11	Informasjon mine kollegaer deler	51.2	41.5	7.3
12	Lærebøker	51.2	34.1	14.6
13	Informasjon via internett	46.3	46.3	7.3
14	Informasjon jeg får fra kommunens retningslinjer og prosedyrer	43.9	48.8	7.3
15	Artikler publisert i sykepleietidsskrifter	34.1	46.3	19.5
16	Det som har fungert for meg over lang tid	29.3	58.5	12.2
17	Min intuisjon om hva som synes å være "det rette" for pasienten	29.3	53.7	17.1
18	Artikler publisert i medisinske tidsskrifter	29.3	43.9	26.8
19	Informasjon om medikamenter og behandlinger jeg får fra representanter fra legemiddelfirma eller utstyrsleverandører	29.3	22.0	48.8
20	Artikler publisert i andre helsefaglige forskningstidsskrifter	26.8	46.3	26.8
21	Måten jeg alltid har gjort det på	14.6	56.1	29.3
22	Informasjon via media (f.eks magasiner, TV)	2.4	24.4	73.2

Tabell nr. 2 viser at den mest brukte kunnskapskilden blant sykepleierne med 90,2% var det som de hadde lært under sin utdanning. 85,4% av respondentene svarte at de alltid eller ofte brukte den informasjonen de fikk om hver enkelt pasient, samt deres personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid. 70,7% av sykepleierne benyttet ofte eller alltid informasjon som sykepleiere med spesialutdanning delte, nasjonale føringer og retningslinjer, i tillegg til det som leger diskuterte med dem.

Det var 73,2% av sykepleierne som svarte at de aldri eller sjelden brukte informasjon via media som for eksempel TV og magasiner. Det var dermed den minst brukte kunnskapskilden. Forskningsartikler publisert i sykepleietidsskrifter, medisinske tidsskrifter og andre helsefaglige tidsskrifter var blant de åtte minst brukte kunnskapskildene.

Tabell 3: Bruken av forskningsbasert kunnskap

N=41		Ofte/ Alltid %	Noen ganger %	Aldri/ Sjelden %
1	Informasjon jeg får fra nasjonale føringer og retningslinjer	70.7	26.8	2.4
2	Artikler publisert i sykepleietidsskrifter	34.1	46.3	19.5
3	Artikler publisert i medisinske tidsskrifter	29.3	43.9	26.8
4	Artikler publisert i andre helsefaglige forskningstidsskrifter	26.8	46.3	26.8

Tabell nr. 3 viser at den mest brukte forskningsbaserte kunnskapen var informasjon fra nasjonale føringer og retningslinjer. Der svarte hele 70,7% av alle sykepleierne at de alltid eller ofte brukte det som støtte, og det var dermed den 5. mest brukte kunnskapskilden i tabell 2. Deretter var det betydelig mindre bruk av forskning fra tidsskriftene. Bare 34,1% svarte at de ofte eller alltid brukte artikler publisert i sykepleietidsskrifter, og hele 26,8% svarte at de aldri eller sjelden brukte artikler fra medisinske tidsskrifter og andre helsefaglige forskningstidsskrifter.

4.3 Barrierer og forutsetninger for KBP

Følgende tabell vil vise hvilke barrierer sykepleierne rapporterte som størst for å søke og vurdere forskningsbasert kunnskap. Dette gjelder spørsmålene 23-33 i spørreskjemaet (vedlegg 1). Her presenteres også funnene fra innholdsanalysen.

Tabell 4: Barrierer for søke og vurdere forskningsbasert kunnskap

N=41		Helt enig/ Enig %	Verken enig eller uenig %	Uenig/ Helt Uenig %
1	Jeg har ikke tilstrekkelig tid på jobb til å finne forskningsartikler	82.9	9.8	7.3
2	Jeg har ikke tilstrekkelig tid på jobb til å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer	73.2	14.6	12.2
3	Jeg synes det er vanskelig å forstå engelskspråklige forskningsartikler spesielt	61.0	17.1	22.0
4	Jeg føler meg ikke sikker på hvordan jeg skal bedømme kvaliteten på forskningsartikler	56.1	22.0	22.0
5	Forskningsartikler er ikke lette å finne	34.1	39.0	26.8
6	Nasjonale og internasjonale retningslinjer er ikke lette å finne	29.3	22.0	48.8
7	Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for min praksis	26.8	43.9	29.3
8	Jeg synes det er vanskelig å forstå forskningsartikler	22.0	43.9	34.1
9	Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning retningslinjer, nasjonale og internasjonale, har for min praksis	12.2	24.4	63.4
10	Jeg vet ikke hvordan jeg finner relevante forskningsartikler	9.8	26.8	63.4
11	Jeg vet ikke hvordan jeg finner nasjonale og internasjonale retningslinjer	9.8	24.4	65.9

I tabell nr. 4 kan vi se at den største barrieren for å søke og vurdere forskningsbasert kunnskap er at sykepleierne ikke har tilstrekkelig tid på jobb til å søke forskningsartikler. Hele 82,9% er enig eller helt enig i det. Videre er de største barrierene at sykepleierne ikke har tid til å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer, har vanskeligheter med å forstå engelskspråklige artikler og er usikker på hvordan de skal bedømme kvaliteten på forskningsartiklene.

De to minste barrierene er hvordan man fremskaffer relevante forskningsartikler og nasjonale og internasjonale retningslinjer.

Spørsmål 43 i spørreskjemaet (vedlegg 1) er et åpent spørsmål som har blitt analysert

gjennom konvensjonell innholdsanalyse. Her ble det spurt om sykepleieren kunne nevne noen andre faktorer som hindrer dem i å utøve kunnskapsbasert sykepleie. Det utformet seg 11 ulike kategorier (ikke vist i tabell), hvor mangel på tid, lite støtte og kunnskap fra ledelsen, samt kultur på arbeidsplassen var de tre største kategoriene.

Spørsmål 44 spurte om sykepleieren kunne nevne tre faktorer som kunne gjøre det mulig å utøve kunnskapsbasert sykepleie. Også her var tid, ledelse og kultur de største kategoriene som dukket opp. Behovet for økt kunnskap var også en faktor som ble nevnt blant de fire største kategoriene. De aller fleste svarene ble oppgitt i stikkordsform, og en systematisk kondensering av teksten var derfor ikke nødvendig.

4.4 Barrierer og forutsetninger for endring i praksis

Tabell 5 vil vise barrierer for å endre praksis basert på beste kunnskap og funnene i tabell 6 viser til i hvor stor grad sykepleierne opplevde at de får støtte fra de forskjellige kollegaene til å endre praksis. Dette er resultatene fra spørsmål 34-38 og spørsmål 39-42 i spørreskjemaet (vedlegg 1). Deretter presenteres faktorer som kan påvirke sykepleiers bruk av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis i tabell 7.

Tabell 5: Barrierer for å endre praksis basert på beste kunnskap

N=41		Helt enig/ enig %	Verken enig eller uenig %	Uenig/ Helt uenig %
1	Det er ikke nok tid på jobb til å iverksette endringer i praksis	61.0	17.1	22.0
2	Det er ikke nok ressurser (f.eks. utstyr) til å endre praksis	43.9	39.0	17.1
3	Kulturen på min post er ikke mottakelig for å endre praksis	29.3	26.8	43.9
4	Jeg mangler autoritet på arbeidsplassen for å endre praksis	24.4	29.3	46.3
5	Jeg føler meg ikke sikker på å begynne å endre min praksis	7.3	26.8	65.9

Tabell 5 viser at de to største barrierene for å endre praksis basert på beste kunnskap var at det ikke var nok tid på jobb og ikke nok ressurser til å iverksette endringene i praksis. Det var et flertall som var uenig eller helt uenig i at kulturen, mangel på autoritet og usikkerhet var barrierer for endring av praksis.

Tabell 6: Støtte fra kollegaer

N=41		Alltid/ Ofte %	Noen ganger %	Sjelden/ Aldri %
1	Fagsykepleier er støttende til at jeg endrer praksis	53.7	17.1	4.9
2	Avdelingsleder er støttende til at jeg endrer praksis	46.3	36.6	9.8
3	Sykepleiekollegaer er støttende til at jeg endrer praksis	39.0	48.8	7.3
4	Leger som jeg arbeider sammen med er støttende til at jeg endrer praksis	26.8	51.2	4.9

I tabell 6 ser vi at sykepleierne oppga å få mest støtte hos fagsykepleier med tanke på endring av praksis. Der svarte hele 53,7% av respondentene at de ofte eller alltid fikk støtte. Bare 4,9% var uenig i det. 46,3% svarte at de hadde støtte fra avdelingsleder, og 39% opplevde støtte fra sykepleiekollegaer. Sykepleierne opplevde minst støtte fra samarbeidende leger.

4.5 Ferdigheter

Her presenteres resultatene i tabell 7 om hvordan sykepleierne vurderer sine ferdigheter i å finne, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap. Dette er spørsmål 45-51 i spørreskjemaet (vedlegg 1).

Tabell 7: Ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap

N=41		Kompetent/ Ekspert %	Ganske god %	Fullstendig nybegynner/ Novise %
1	Bruke internett for å søke informasjon	61.0	31.7	7.3
2	Finne nasjonale og internasjonale retningslinjer	31.7	31.7	36.6
3	Finne forskningsbasert kunnskap	19.5	48.8	31.7
4	Vurdering av nasjonale og internasjonale retningslinjer	19.5	43.9	36.6
5	Bruke nasjonale og internasjonale retningslinjer for å endre praksis	14.6	39.0	46.3
6	Vurdering av forskningsbasert kunnskap	9.8	46.3	43.9
7	Bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis	7.3	43.9	48.8

Tabell 7 viser oss at å bruke internett for å søke etter informasjon er det sykepleierne desidert oftest vurderer seg som kompetent eller ekspert til. Dette er også den eneste ferdigheten flertallet av sykepleierne vurderer seg som kompetent/ekspert i forhold til fullstendig

nybegynner/novise. Deretter er det å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer, samt å finne forskningsbasert kunnskap som henholdsvis 31,7% og 19,5% av sykepleierne vurderer seg som kompetent eller ekspert til. Som vi ser i tabell 7 er det et flertall av sykepleiere som vurderer seg som fullstendig nybegynner eller novise på alle variablene, utenom nr. 1. Aller sist kommer sykepleiernes egne ferdigheter i å bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Her var det bare 7,3% av sykepleierne som vurderte seg som kompetent/ekspert.

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel vil de viktigste funnene oppsummeres og drøftes med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

5.1 Kunnskapskilder

- Hvilken kunnskapskilde bruker sykepleierne i kommunehelsetjenesten?

Funnene fra studien viser at den kunnskapskilden som sykepleierne benyttet mest i praksis var det de lærte i sin utdanning. Sett i lys av tidligere forskning er ikke resultatet overraskende. Denne kunnskapskilden virker til å være blant de mest brukte kunnskapskildene ifølge både nasjonal og internasjonal forskning (Berland et al., 2012; Hamaideh, 2017; Phillips & Neumeier, 2018). En kanadisk studie om kunnskapskilder blant sykepleiere viste en tendens til at jo høyere ansiennitet sykepleieren hadde, jo mindre sannsynlig var det at de brukte kunnskap fra sykepleierutdanningen sin. Det samme gjaldt også kunnskap fra prosedyrer og retningslinjer. Studien forklarte at de eldre sykepleierne oftere benyttet seg av interne kurs og undervisninger på arbeidsplassen og i større grad brukte personlig erfaring som primærkilde for kunnskap i praksis (Phillips & Neumeier, 2018). Det kan være mulig at den samme tendensen finnes blant respondentene i denne studien. Av sykepleierne som oppga alder var bare 31% over 40 år. Det er dermed en overvekt av sykepleiere under 40 år, og hvis den samme tendensen var tilstede er det jo naturlig at kunnskap fra utdanningen var den største kunnskapskilden. Men dette er det altså ikke gjort noen analyser på i denne studien. P. Benner (1995) forklarer at ekspert-sykepleieren ikke har behov for regler og retningslinjer i praksis for å handle meningsfullt ut fra sin forståelse av situasjonen. Ekspertsykepleieren har med sin enorme erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om enhver situasjon og kan konsentrere seg om den nøyaktige problemstillingen uten å kaste bort tid på uhensiktsmessige, alternative diagnoser og løsninger. Erfaring som kunnskapskilde står dermed sentralt i beskrivelsen av ekspertsykepleieren.

De tre påfølgende største kunnskapskildene som sykepleierne i denne studien oppga som støtte i praksis var informasjon de får fra den enkelte pasient, personlig erfaring og informasjon fra sykepleiere med spesialutdanning. Disse kildene, altså kilder fra egen og andres erfaring, er også kunnskapskilder som scorer høyt i tidligere studier (Al-Ghabeesh,

Abu-Moghli, Salsali & Saleh, 2013; Garland Baird & Miller, 2015). En norsk studie om hvilke kunnskapskilder som ble brukt av sykepleiere i primærhelsetjenesten viste at egen kunnskap, kunnskap fra kollegaer, kunnskap fra bachelorutdanningen, sykepleielitteratur og veiledning fra eksperter var de viktigste kildene. Gjennom fokusgruppeintervjuene kom det fram at det var viktig og nyttig for sykepleierne å konsultere, diskutere og reflektere med sine kollegaer rundt avgjørelser angående pasientene (Berland et al., 2012).

Patricia Benner, Tanner og Chesla (2009) skriver om styrken i å innhente flere perspektiver. De mener at vi tilegner oss kunnskap både bevisst og ubevisst, og at vi ikke skaper ny kunnskap alene, men gjennom dialog med andre som innehar ulike forforståelser og perspektiver. Forfatterne beskriver flere ulike eksempler på hvordan de mindre erfarne sykepleierne kan innhente kunnskap fra de med mer erfaring, men også hvordan sykepleiere med tilnærmet lik erfaringsbakgrunn kan heve kvaliteten på sykepleien gjennom erfaringsutveksling og deling av egne observasjoner og kunnskaper. Når vi ser hvor viktig kunnskap fra kollegaer er som informasjonskilde, kan det tenkes at det er av betydning hvilken kunnskap og erfaring kollegaer har i en veiledningssituasjon. Ifølge P. Benner (1995) og hennes forklaring av Dreyfusmodellen er ikke den kompetente sykepleieren utlært i å gjøre vurderinger av hva som krever oppmerksomhet og hva man kan ignorere. Dersom den kompetente sykepleieren da skal veilede den avanserte nybegynneren, risikerer man at mangelfull erfaringskunnskap blir videreført. Dette bekrefter også Kirkevold og Nordli (1996) som forklarer at erfaring også kan bidra til forvrengt, sneversynt og fordomsfull oppfatning av et fenomen, samt føre til praktiske ferdigheter som er både ukorrekte og uforsvarlige.

En av de mest brukte kunnskapskildene var som nevnt også den informasjonen sykepleierne fikk om hver enkelt pasient. Denne kunnskapskilden representerer brukermedvirkning i modellen for kunnskapsbasert praksis (figur 1). For å oppnå god effekt av helsehjelpen som blir gitt, er det viktig med et godt samarbeid mellom helsepersonellet og pasienten. Pasienten kan være en stor kunnskapsressurs for sykepleieren når det skal vurderes hvilken helsehjelp som skal gis. Det gjelder spesielt hos pasienter med kroniske sykdommer (NOU 2005:3, 2005). Dette er det også i tidligere forskning stor enighet om; kunnskap fra pasienten er en høyt rangert kunnskapskilde hos sykepleiere i alle land og sektorer. P. Benner (1995) legger stor vekt på sykepleierens rolle i å støtte pasientens evner til å oppnå bedre helse og mestring i eget liv. Hun mener det er like viktig som «teknisk pleie». Det krever at sykepleieren evner å lytte og forstå hvordan sykdommen erfares for pasienten, hva sykdommen har kostet

pasienten og hva helbredelse vil innebære.

- I hvilken grad bruker sykepleierne forskningsbasert kunnskap?

Resultatene tyder på at sykepleierne i liten grad vektlegger forskning som kunnskapskilde. Den forskningsbaserte kunnskapen som sykepleierne var mest trygge på å ta i bruk i praksis var informasjon fra nasjonale føringer og retningslinjer. Her oppga 70,7% av sykepleierne at de alltid eller ofte benyttet denne kunnskapskilden i praksis, og den lå dermed langt over de andre forskningsbaserte kunnskapskildene. Nasjonale retningslinjer er basert på kunnskapsoppsummeringer, og vil i faglige avgjørelser oftere være mer til å stole på enn enkeltstudier. Retningslinjene skal likevel kritisk vurderes da de noen ganger er flere år gamle og derfor ikke oppdatert på nyere forskning. I tidligere studier som også har brukt Gerrish et al. (2007) sitt spørreskjema er derimot nasjonale retningslinjer ikke rapportert som en hyppig brukt kunnskapskilde (Dalheim et al., 2012; Garland Baird & Miller, 2015). Unntaket er Weum et al. (2018) som undersøkte norske helsesøstres bruk av kunnskapskilder. Forfatterne begrunner det med at helsesøstre i forhold til andre sykepleiere i kommunehelsetjenesten oftere må forholde seg direkte til føringer fra nasjonale retningslinjer.

Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at øvrige kilder til forskning sjeldent blir tatt i bruk i praksis. Tidligere studier som er gjort på dette området er også unisone i sine funn – sykepleiere vektlegger ikke forskning som kunnskapskilde (Phillips & Neumeier, 2018; Shifaza & Hamiduzzaman, 2019; Tuppal et al., 2019). P. E. Benner, Hooper-Kyriakidis, Stannard og Benner (2011) skriver at vitenskap er avgjørende for å gjøre gode kliniske vurderinger. De beste sykepleierne evner å nyttegjøre seg av oppdatert forskning i sitt arbeide, og kan i tillegg bidra til utvikling av vitenskapelig kunnskap gjennom funn som er gjort i praksis. Forfatterne skriver videre at forskning alene ikke er tilstrekkelig. I klinisk praksis er forskningskunnskapen nødt til å kombineres med erfaringskunnskap, samt at sykepleieren hele tiden må være opptatt av å jobbe for pasientens beste. P. E. Benner et al. (2011) skriver altså helt i tråd med teorien om kunnskapsbasert praksis.

Hvis vi ser disse funnene i lys av kunnskapsbasert praksis som metode, kan det tyde på at KBP i liten grad blir brukt blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Forskning blir i liten grad brukt som kunnskapskilde, og studien tyder på at sykepleiernes kunnskapskilder er basert på egne, kollegaers og pasientens erfaringer.

5.2 Barrierer og forutsetninger for KBP

- Hvilke barrierer og forutsetninger finnes det for KBP? Og opplever sykepleierne støtte til å endre praksis?

Kunnskap fra forskning ser altså ut til å i liten grad bli benyttet av informantene i denne studien. Forskning viser at tiden fra ny vitenskap blir utviklet til det benyttes i praksis er lang. Kirkevold og Nordli (1996) skriver at forklaringer på dette blant annet kan være at sykepleierne ikke har interesse eller kunnskap og vilje til å benytte seg av forskningskunnskaper, eller at forskningen er lite relevant for praksis. Det kan også være at forholdene i praksis ikke er tilrettelagt for å ta i bruk ny kunnskap. Sistnevnte gjenspeiler best funnene fra denne studien.

Resultatene i denne studien tyder på at den største barrieren for å finne og vurdere forskningsbasert kunnskap var mangel på tid til å søke forskning. Det samsvarer med funnene i mange andre tilsvarende studier (Al-Yateem et al., 2019; Garland Baird & Miller, 2015; Røkholt, Davidsen, Johnsen & Hilli, 2017; Weum et al., 2018). Tid var også rapportert som den største barrieren for å endre praksis basert på beste kunnskap. KBP som metode er omfattende og krever at sykepleieren har tilstrekkelig tid til å innhente tilgjengelig kunnskap fra alle tre inndelingene i modellen (figur 1). Dalheim et al. (2012) skriver i sin studie at opplevelsen av mangel på tid var en større barriere for KBP hos yngre sykepleiere og sykepleiere med kortere ansiennitet. Hun skriver at det muligens kan ses i sammenheng med mangel på egenskaper som erfaring og trygghet, og hvordan sykepleieren løser oppgaver i en kompleks organisasjon. P. Benner (1995) skriver også om hvordan ekspertsykepleieren har en intuitiv forståelse av situasjonen og evner å identifisere problemet uten å kaste bort tid på å overveie ulike alternative diagnoser og løsninger.

I spørreskjemaets åpne spørsmål om barrierer for KBP kom det frem at den største barrieren var mangel på tid. Deretter var lite støtte og kunnskap fra ledelsen, samt kultur på arbeidsplassen de viktigste barrierene. Kultur og tilstrekkelig tid ble også nevnt som to av de viktigste forutsetningene for KBP. Lederen har en helt sentral rolle som «kulturutvikler», og hvordan han utøver sin rolle er avgjørende for om han hemmer eller fremmer fagutvikling på

arbeidsplassen (Bjørk & Solhaug, 2008). Nyere forskning tyder på at organisasjonskulturen, i form av struktur, ledelse og tilgjengeligheten av menneskelige ressurser er avgjørende for helsepersonellens kapasitet til å integrere ny forskning i sin kliniske praksis (Solbakken, 2017). Bondas (2006) gjorde en interessant studie som undersøkte hvordan sykepleiere ble rekruttert til lederjobber, og hvordan det påvirker lederens engasjement og utøvelse av lederjobben. Studien viste at 54,4% av sykepleierne ble ledere ved tilfeldigheter, 2% hadde valgt ledelse som karrierevei, 5% var såkalte idealister som var mest opptatt av hva de kunne tilføre organisasjonen og 9% var midlertidige vikarer i lederstillinger. Den gruppen som hadde fått jobben ved tilfeldigheter hadde oftest lavest kompetanse, altså ingen utdanning innenfor ledelse eller sykepleiefaglig videreutdanning. De hadde også en likegyldig holdning og manglet engasjement for ledelse. De så på ledelse som en «oppgave som måtte gjøres», uten at de følte behov for å ta ansvar. Ut fra studien til Bondas (2006) kan det tenkes at rekrutteringen av de rette lederne er av stor betydning for å skape en kultur på arbeidsplassen som legger til rette for KBP. Det bekreftes også i en studie som undersøkte faktorer av betydning for implementeringen av KBP på et sykehus i Norge. Resultatene viste at for å lykkes var det viktig at sykepleierne hadde en leder med positiv holdning, og som motiverte ansatte og var i stand til å skape forutsetninger for utviklingsarbeid. I tillegg var det avgjørende med ildsjeler med kompetanse og interesse for KBP (Røkholt et al., 2017).

Viktigheten av kultur som verdsetter bruk av forskning i praksis blir støttet av flere studier (Røkholt et al., 2017; Shifaza & Hamiduzzaman, 2019). Kultur og mangel på tid kan også ses i sammenheng med hverandre. Thompson et al. (2008) studerte forholdet mellom begrepene «ikke tilstrekkelig tid» og «bruken av forskning». De fant ut at når sykepleierne snakket om mangel på tid, refererte de mer til den mentale tiden og energien som kreves for å nyttiggjøre seg av forskning og til kulturen for travelhet, mer enn til den faktiske klokketiden som kreves av arbeidsoppgavene. Sykepleierne og deres kollegaer opprettholdt en kultur som verdsatte travelhet. Det kan tenkes at en slik kultur ikke verdsetter en sykepleier som setter seg ned og søker etter og kritisk vurderer forskning, men heller verdsetter sykepleieren som haster ved sykesengen. En kultur på arbeidsplassen som derimot støtter og belønner bruken av forskningskunnskap i kliniske avgjørelser, bidrar i stor grad til at sykepleierne benytter seg av KBP (Shifaza & Hamiduzzaman, 2019). Thompson et al. (2008) skriver at støtte fra ledelsen kan være en viktigere forutsetning for bruken av forskning enn mangel på tid på grunn av høyt arbeidstempo. De skriver videre at sykepleierens bruk av forskning i praksis forutsetter støtte fra både ledelse og kollegaer. Sykepleierne fra vår studie ble spurt om i hvilken grad de

opplevde støtte fra ulike kollegaer til å endre praksis basert på beste kunnskap. De fleste opplevde å ofte få støtte fra fagsykepleier og avdelingsleder, mens flertallet svarte «noen ganger» på om de opplevde støtte fra sykepleiekollegaer.

5.3 Ferdigheter

- Hvordan vurderer sykepleierne egne ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike skriftlige kilder for kunnskap?

Resultatene viser at sykepleierne vurderer seg som aller best i å bruke internett for å søke informasjon. Et flertall vurderer seg som ganske god til å søke forskningsbasert kunnskap. «Ganske god» betyr at sykepleieren har plassert seg midt på en 5 punkts likert-skala. Deltakerne følte seg minst trygge på å bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Garland Baird og Miller (2015) gjorde en tilsvarende studie i Canada som viste at sykepleierne fra kommunehelsetjenesten vurderte seg til å ha best ferdigheter i å søke etter kliniske retningslinjer. Flertallet av sykepleierne vurderte seg også som dyktige til å bruke internett for å søke informasjon og til å søke etter forskning som støttet deres kliniske praksis. Studien antydte at sykepleiere med mastergrad rapporterte bedre ferdigheter i å søke, vurdere og bruke de ulike kunnskapskildene, sammenlignet med sykepleiere med bachelorgrad.

Dalheim et al. (2012) benyttet samme spørreskjema som er brukt i denne studien, på sykepleiere fra to store norske sykehus. Studien viste i likhet med denne studien at sykepleierne rapporterte seg som mest kompetent i å bruke internett for å søke informasjon. Deretter vurderte over 50% av sykepleierne at de var «fullstendig nybegynner/novise» i alle 6 variablene. Til sammenligning har 30-40% av sykepleierne fra vår studie vurdert seg som «fullstendig nybegynner/novise» i de samme variablene. En mulig årsak til det kan være at Dalheim et al. (2012) utførte studien for flere år siden, og 1 år før samhandlingsreformen trådte i kraft. Det har vært mye fokus på KBP siden den gang, både i utdanningene og i praksis. Utvalget i denne studien er også betydelig mindre, slik at det kan ha en effekt på validiteten til resultatene. En annen årsak til at sykepleiere fra vår studie vurderte sine ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kunnskapskilder til å være bedre kan være at flertallet av utvalget var sykepleiere under 40 år. Dalheim et al. (2012) skriver at det var en signifikant trend for at desto lengre tid siden siste helsefaglige eksamen, jo lavere vurderte sykepleierne egne ferdigheter i å finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap. Det er

dermed nærliggende å anta at eldre sykepleiere vurderer sine ferdigheter til å være lavere enn de yngre sykepleierne. Nyere forskning viser også at alder, samt mastergrad signifikant påvirker rapportert kompetanse i KBP (Melnyk et al., 2018). Kirkevold og Nordli (1996) forklarer at ordet ferdighet er nært tilknyttet ordet kompetanse, som betyr «evnen til å gjøre noe». Sykepleierne kan utvikle kompetansen gjennom øvelse, hvor konkrete ferdigheter og kunnskap blir kombinert med målrettet handling i gitte situasjoner. Kompetanse i å benytte vitenskapelig kunnskap forutsetter to typer ferdigheter; vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse. Vurderingskompetanse innebærer evnen til å forstå og vurdere tilgjengelig vitenskapelig kunnskap, mens anvendelseskompetansen knyttes til evnen til å integrere vitenskapelig kunnskap i utøvelsen av sykepleie. Forutsetninger for å kunne utvikle disse ferdighetene er en kultur som fremmer fornuftig bruk av vitenskapelig kunnskap, samt nødvendig tid, støtte og muligheter til å vurdere og bruke vitenskapelig viten (Kirkevold & Nordli, 1996).

5.4 Styrker og svakheter ved studien

Studien reflekterer sykepleiernes rapporterte svar, og ikke hva som faktisk blir gjort i praksis. Metodevalget er av kvantitativ art og kan derfor ikke gi en dypere innsikt og svar på underliggende årsaker til resultatene. Siden dette er en tverrsnittstudie gjenspeiler resultatene bare situasjonen slik den er akkurat når studien blir gjennomført, og kan derfor ikke si noe om status over tid. Utvalget for studien har med fordel kunne vært større med hensikt å styrke den ytre validiteten og dermed gjort resultatene mer generaliserbare. Utvalget besto i tillegg av en overvekt av sykepleiere under 40 år.

Statistiker har bidratt med veiledning på valg av analysemetoder og gjennomgått resultatene (se forord). Spørreskjemaet (vedlegg 1) som ble tatt i bruk er som tidligere nevnt, et godt utprøvd og validert spørreskjema. Derfor ble det ikke gjort noen store endringer i spørsmålene med hensyn til spørreundersøkelsens innholdsvaliditet. Med bakgrunn i at KBP tar utgangspunkt i 3 ulike kunnskapskilder som alle er like betydningsfulle, kan det likevel sies at det var en betydelig overvekt av spørsmål som angikk forskning som kunnskapskilde. Spesielt ble brukermedvirkning som kunnskapskilde lite representert i spørsmålene. Dette anses som en mulig svakhet ved studien som kunne påvirket resultatet noe.

6.0 KONKLUSJON

Studiens funn tyder på sykepleierne i liten grad benytter seg av KBP i kommunehelsetjenesten. Det tolkes i hovedsak ut fra liten bruk av forskningskunnskap. Sykepleiernes kunnskapskilder oppgis å baseres på egne og kollegaers erfaringer, samt informasjon fra pasienten. Kunnskapen som benyttes kan derfor se ut til å være basert på erfaring og brukermedvirkning.

Sykepleiernes største rapporterte barriere for å arbeide kunnskapsbasert var mangel på tid. Deretter var det faktorer som lite støtte og kunnskap fra ledelsen, samt kultur på arbeidsplassen som ble rapportert som barrierer for KBP.

Resultatene tyder på at de største barrierene for å søke og vurdere forskningsbasert kunnskap var mangel på tid til å søke forskningsartikler, samt ikke tilstrekkelig tid på jobb til å søke nasjonale og internasjonale retningslinjer. Vanskeligheter med å forstå engelskspråklige artikler ble også rapportert som en barriere av mange.

Angående sykepleiernes egne ferdigheter i å søke, vurdere og bruke ulike kilder for kunnskap, rapporterte sykepleierne seg som best i å bruke internett for å søke informasjon. De oppga å være ganske god på å søke forskningsbasert kunnskap. Studien pekte på at sykepleierne var minst trygge på å bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis.

Resultatene fra studien antyder at den kunnskapskilden som sykepleiere i kommunehelsetjenesten først og fremst benytter seg av var kunnskap fra sin utdanning. Deretter ble de største kunnskapskildene rapportert som informasjon de får fra den enkelte pasient, personlig erfaring og informasjon fra sykepleiere med spesialutdanning.

6.1 Implikasjoner for sykepleie og videre forskning

Det vil være hensiktsmessig å replisere studien i flere kommuner for å styrke resultatenes reliabilitet. Av samme grunn kan det også være nyttig å undersøke samme problemstilling med ulike måleinstrumenter og metoder. Det er behov for mer forskning innen kommunehelsetjenesten, som foreløpig ligger et stykke bak spesialisthelsetjenesten i både produksjon og bruk av forskning i praksis.

Resultatene fra studien vil muligens være nyttig som grunnlag for videre arbeid med implementering av KBP i denne kommunen. Det kan bidra til å styrke kvaliteten i praksis. Siden studien antyder at organisatoriske forhold som tilstrekkelig tid, ledelse og kultur på arbeidsplassen var store barrierer for KBP, kan det tenkes at et stort ansvar for oppnåelsen av KBP må ligge hos kommunen som arbeidsgiver, og ikke bare hos den enkelte sykepleier som utøver faget.

LITTERATURLISTE

- Al-Ghabeesh, S. H., Abu-Moghli, F., Salsali, M. & Saleh, M. (2013). Exploring sources of knowledge utilized in practice among Jordanian registered nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 889-894. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01869.x>
- Al-Yateem, N., Griffiths, J., McCreddie, M., Robertson-Malt, S., Kuzemski, D., Mathew Anthony, J., ... Jean Williams, J. (2019). A National Scoping Study on Barriers to Conducting and Using Research Among Nurses in the United Arab Emirates. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 20(4), 216-227. <https://doi.org/10.1177/1527154419876264>
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0104>
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. [København]: I samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice, Second Edition : Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. New York, UNITED STATES: Springer Publishing Company.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L., Stannard, D. & Benner, P. E. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.. utg.). New York: New York : Springer.
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.002>
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørnnes, A. K., Gjevjon, E. R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode - et innblikk. Hentet 31.10.2019 fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/kvalitet-i-kvantitativ-metode-et-innblikk>
- Bondas, T. (2006). Paths to Nursing Leadership. *Journal Of Nursing Management*, 13(5), 1-8.
- Boström, A.-M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P. & Wallin, L. (2013). Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 165-165. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-165>
- brukerrettighetsloven, P. o. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. & Nortvedt, M. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12, 367. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367>
- Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS : en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utg. utg.). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis : snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* (bd. 2/2002). Tromsø: Høgskolen i Tromsø Eureka forl.

- Forskningsråd., N. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*.
- Garland Baird, L. M. & Miller, T. (2015). Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), 233-242. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.5.233>
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S. & McNeilly, E. (2007). Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 328-338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04112.x>
- Hamaideh, S. H. (2017). Sources of Knowledge and Barriers of Implementing Evidence-Based Practice Among Mental Health Nurses in Saudi Arabia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), 190-198. <https://doi.org/10.1111/ppc.12156>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester*. (Stortingsmelding 10 (2012-2013)). Oslo 2012. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre Folkehelse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld.St. 6 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* (Meld.St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec3?q=kunnskapsbasert%20praksis#kap3-3-1>
- Helsebiblioteket. (2016a). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 22. oktober 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2016b). *Modell for kunnskapsbasert praksis. I*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.
- Henderson, V., Mellbye, S. & Munkeby, A.-M. (1998). *Sykepleiens natur : en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforl.
- Hernes, G. (1981). *Forskning, informasjon og handling*. Bergen: Industriøkonomisk institutt.
- Hernes, G. (1991). *Universitetet - søylene og arkitraven*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kirkeveld, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kirkeveld, M. & Nordli, T. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lund, T. (1996). *Metoder i kausal samfunnsforskning : en kortfattet og enkel innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T. & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient

- Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16-25.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Norsk Pasientskadeerstatning. (2019, 20. desember 2019). 877 pasienter døde i helsetjenesten - pårørende fikk erstatning. Hentet 9.april 2020 fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/877-pasienter-dode-i-helsetjenesten--parørende-fikk-erstatning/>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/?q=kunnskapsressurs&ch=1>
- Pericas-Beltran, J., Gonzalez-Torrente, S., De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J. M. & Bannasar-Veny, M. (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: a qualitative study. *International Nursing Review*, 61(1), 90-98. <https://doi.org/10.1111/inr.12075>
- Phillips, L. & Neumeier, M. (2018). Building Capacity for Evidence-Based Practice: Understanding How Licensed Practical Nurses (LPNs) Source Knowledge. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(4), 290-295. <https://doi.org/10.1111/wvn.12284>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Popper, K. R., Døderlein, J. M. & Døderlein, J. M. (1981). *Fornuft og rimelighet som tenkemåte : utvalgte essays* (bd. 68). Oslo: Dreyer.
- Ringdal, K. (2018). Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. I Vitenskapssirkelen (Red.).
- 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. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03> E
- Shifaza, F. & Hamiduzzaman, M. (2019). System Factors Influencing the Australian Nurses' Evidence-based Clinical Decision Making: A Systematic Review of Recent Studies. *Journal of Evidence-based Care*, 9(2), 16-30. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2019.40598.2068>
- Solbakken, R. (2017). Behov for endrede lederroller. *Sykepleien Ledelse*, 01, 12-17. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/le_2017_1.pdf
- Thiel, L. M., Ko, A. & Turner, J. A. (2019). Home Healthcare Nurses' Attitudes, Confidence, and Engagement in Evidence-Based Practice. *Home Healthcare Now*, 37(2), 79-87. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000723>
- Thompson, D. S., O' Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O' Brien-Pallas, L. & Estabrooks, C. A. (2008). The relationship between busyness and research utilization: it is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539-548. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01981.x>
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tuppal, C. P., Vega, P. D., Ninobla, M. M. G., Reñosa, M. D., Al-Battashi, A., Arquiza, G. & Baua, E. P. (2019). Revisiting the Barriers to and Facilitators of Research Utilization in Nursing: A Systematic Review. *Nurse Media Journal of Nursing*, 9(1), 90-102. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v9i1.20827>

Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2018). How public health nurses use sources of knowledge. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1-23.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64242>

Faktorer som påvirker sykepleieres kompetanse i å bruke og vurdere forskningsbasert kunnskap i kommunehelsetjenesten, en tverrsnittstudie

Hanne Lilleng

Hanne Lilleng, sykepleier, masterstudent i klinisk sykepleie, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord Universitet, Bodø, hannelilleng@hotmail.com

Abstract

Factors influencing nurses competence in utilization and assessment of research evidence in community health care, a cross-sectional study

To achieve quality of care and patient safety it is important that nurses make use of research evidence in practice. Recent research indicates that nurses feel they don't have the necessary competencies to implement research evidence in practice. This study aims to examine factors influencing nurses competence in assessing and appraise research evidence in community health care. Cross-sectional data was collected from 41 nurses during the period May 8 to August 8, 2019, using the Norwegian version of Developing Evidence-based Practice questionnaire (DEBP). The results suggests that nurses with full employment are more likely to use research evidence to change practice. Younger nurses with less than 10 years of experience reported higher competence in appraising research evidence.

Nøkkelord

*Forskningsbasert kunnskap; kommunehelsetjenesten; kompetanse
Research evidence; community health care; competence*

Referee*

Ref.nr fra NSD: 192781

Antall ord: 4076 (ekskludert abstrakt)

Antall tabeller: 3

<http://doi.org/10.7557>



©Year The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Bakgrunn

Kvalitet og pasientsikkerhet er sentrale innsatsområder i helsetjenesten og det stilles stadig høyere krav til sykepleiernes kunnskap. Kommunehelsetjenesten har endret seg betydelig de senere årene og tjenestene som utføres er preget av betydelig flere komplekse arbeidsoppgaver og nye pasientgrupper. Samhandlingsreformen i 2012 bidro til en overføring av oppgaver fra stat til kommune. Det innebar blant annet at pasienter fikk kortere liggetid i sykehus og tidligere overføring til kommunal helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen bidro også til å øke presset på hjemmesykepleien gjennom økt tidspres og ansvarsområde. Det ble et enda større behov for økt kompetanse hos sykepleierne (Saeterstrand, Holm & Brinchmann, 2015).

Prosedyrer som ikke baseres på oppdatert kunnskap kan føre til feilbehandling og pasientskader (Helsebiblioteket, 2016). Derfor finnes det en rekke nasjonale føringer som omtaler kunnskapsbasert praksis som et mål for helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, 2016, 2017-2018). Vi vet likevel at mange avgjørelser i helsetjenesten blir basert på utdatert kunnskap eller mangel på kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Ifølge tall fra Norsk Pasientskadeerstatning (2019) ble det i perioden 2012-2018 tilkjent erstatning i 877 saker hvor pasienter døde som følge av feilbehandling. Og bare i 2019 var det 1449 rapporterte tilfeller av pasientskader som fikk medhold om erstatning.

Sykepleiere utgjør den største yrkesprofesjonen i helsetjenesten, og har derfor påvirkning på pasientresultater og system. Det er dermed ikke uten betydning hvilken kompetanse sykepleiere har og evnen de har til stadig å tilegne seg ny kunnskap i takt med ny forskning og utvikling i samfunnet.

Å arbeide kunnskapsbasert innebærer å systematisk innhente forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens kunnskap og behov i kliniske avgjørelser (Helsebiblioteket, 2016). Forskning viser at implementering av forskningskunnskap i praksis kan forbedre pasientsikkerheten og det er mange studier som viser til at bruken av kunnskapsbasert praksis øker kvaliteten, pasientsikkerheten og reduserer kostnadene av helsetjenestene (Mazurek Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford & Kaplan, 2012; Middleton et al., 2011). Studier viser også at sykepleiere har stor tro på effekten av kunnskapsbasert praksis, men at de mangler kompetanse til å nyttegjøre seg av forskning i kliniske avgjørelser (Garland Baird & Miller, 2015; Melnyk et al., 2018; Shifaza & Hamiduzzaman, 2019). Forskningsbasert praksis og fagutvikling bidrar til et attraktivt fag- og arbeidsmiljø, og kan også være en viktig faktor for å styrke rekrutteringen til kommunehelsetjenesten (Senter for omsorgsforskning, 2014).

Spesialisthelsetjenesten har i mange år satset mer på forskning sammenlignet med kommunehelsetjenesten. En av grunnene har vært en stor skjevfordeling i FoU-midler. Hvor spesialisthelsetjenesten har mottatt 90% av helse- og omsorgssektorens forskningsmidler, har primærhelsetjenesten med 428 kommuner mottatt 10% av midlene. Dette til tross for at tjenestenivåene har like store kostnader (KSF, 2019). Samtidig har forskning vært en av spesialisthelsetjenestenes lovpålagte hovedoppgaver, mens det i kommunene har vært et lovpålagt medvirkningsansvar (Senter for omsorgsforskning, 2014).

Det er foreløpig et begrenset antall nasjonale studier som har forsket på sykepleiere i distriktskommuner. Det er betydelig mer internasjonal forskning, også på sykepleiers bruk av forskningskunnskap i rurale områder, men mange av studiene er flere år gamle, og ikke nødvendigvis generaliserbar til en norsk kontekst. Denne studien fokuserer på sykepleiere i en norsk distriktskommune. Smedt og Mehus (2017) har forsket på sykepleie i rurale områder i Norge. De fant at sykepleiere i norske rurale områder ofte jobber alene og er uten tverrfaglige ressurser. I tillegg befinner de seg ofte i situasjoner som ikke finnes i byområder. Det kan dreie seg om flere timers lang avstand til nærmeste sykehus og større klimautfordringer i form av uvær, flom eller ras som kan gi stengte veier og kortbaneflyplasser. Samtidig som befolkningen stadig blir eldre, blir det i distriktene vanskeligere å rekruttere generalist- og spesialistkompetanse, og dette bidrar til å øke utfordringene ytterligere. Sykepleierne i distriktet har derfor behov for faglig støtte og må tilbys faglige og kliniske utviklingsmuligheter for å sikre høy kvalitet i behandlingen (Smedt & Mehus, 2017; Weinhold & Gurtner, 2014).

Denne studiens hensikt er å kartlegge faktorer som influerer på sykepleieres kompetanse i å bruke og vurdere forskningsbasert kunnskap i kommunehelsetjenesten ved å se på;

- a.) Hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers egenrapporterte ferdigheter i å vurdere forskningsbasert kunnskap

- b.) Hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiers bruk av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis

Metode

Design og utvalg

Studien er kvantitativ med tverrsnittstudie som design. Det ble benyttet et ikke-sannsynlighetsutvalg. Inklusjonskriteriene var yrkesaktive sykepleiere i kommunehelsetjenesten i en mellomstor norsk distriktskommune (N = 73). Sykepleiere i lederstillinger ble ekskludert fra spørreundersøkelsen da studien retter seg mot sykepleiere som har direkte pasientomsorg.

Måleinstrumenter

Det ble benyttet et selvutfyllingsskjema som ble distribuert gjennom Questback. Skjemaet besto av 60 spørsmål i hovedsak i form av lukkede spørsmål med likert-format med 5-6 graderinger. Spørreskjemaet er opprinnelig laget av Gerrish et al. (2007) og deretter validert og oversatt til norsk etter Verdens helseorganisasjons prosedyre for oversettelse (Dalheim, Harthug, Nilsen & Nortvedt, 2012). Den norske oversettelsen heter «Kartlegging av faktorer som influerer på utvikling av kunnskapsbasert praksis». Spørreskjemaet er godt utprøvd i nasjonal og internasjonal forskning. Det ble gjort noen små tilpasninger på spørreskjemaet med hensyn til populasjonen. Det var et spørsmål om bruken av bibliotek på arbeidsplassen som ble fjernet på grunn av at informantene ikke har bibliotek på arbeidsplassen tilgjengelig. Noe tidligere forskning antyder at stillingsprosenten kan være utslagsgivende for hvordan sykepleiere benytter seg av kunnskapsbasert praksis (Weum, Bragstad & Glavin, 2018), og det ble derfor lagt til et spørsmål om stillingsprosent. I spørsmål nr. 40 ble også avdelingssykepleier endret til avdelingsleder. Det ble også lagt til et ekstra svaralternativ i form av «ikke relevant» på fire av spørsmålene, hvor respondentene skulle gradere hvor mye ulike personer støttet dem i å endre praksis basert på beste tilgjengelige kunnskap. Det ble endret på grunn av at ikke alle sykepleierne som ble invitert til spørreundersøkelsen hadde et relevant samarbeid med fagsykepleier eller lege. Av hensyn til spørreskjemaets validitet ble det ikke gjort noen større endringer ut over det.

Prosedyre

Framgangsmåten for gjennomføringen av spørreundersøkelsen startet med innhenting av tillatelse hos de aktuelle kommunalsjefene. De mottok forespørsel per mail med infoskriv om undersøkelsen. Deretter ble de aktuelle avdelingslederne på hver enkelt arbeidsplass kontaktet og informert om studien, samt forespurt om mailadresser til deres sykepleiere.

Sykepleierne mottok en mail fra Questback med informasjon om studien hvor de aktivt måtte avgi svar om at de hadde lest informasjonen og samtykket til å delta i studien. Det var også mulig å oppgi at de ikke ønsket å delta i studien. Questback sikret full anonymitet gjennom at ingen personopplysninger ble tilgjengelige.

Spørreundersøkelsen pågikk fra 8.mai til og med 8. august 2019. Undersøkelsen lå ute så lenge som 3 måneder for å unngå frafall i forbindelse med ferieavvikling. Det ble i løpet av den tiden spørreundersøkelsen var tilgjengelig på internett sendt ut 4 påminnelser til sykepleierne, unntatt dem som allerede hadde besvart og de som hadde bekreftet at de ikke ønsket å delta i studien.

Statistiske analyser

SPSS for Mac versjon 26 ble brukt for statistiske analyser av data. Deskriptiv statistikk er benyttet for å beskrive utvalget og for å få en oversikt over variablenes fordeling i undersøkelsen. Det er benyttet logistisk regresjonsanalyse for å undersøke hvilke faktorer som har betydning for sykepleierens egne vurderinger av forskningsbasert kunnskap, samt faktorer som påvirker sykepleierens bruk av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Variablene fra den logistiske regresjonen er dikotomisert. Signifikansnivået er satt til 0,05 og konfidensintervallet er 95%. P-verdien er tatt med i tabellene på tross av at konfidensintervallet også er inkludert. Det er gjort for å øke lesbarheten for dem som ikke er så godt kjent med å lese resultatene ut fra konfidensintervall. Resultatene som ikke var signifikante vil også bli kommentert.

Etiske hensyn

Studien er godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 192781. Studien er ikke meldepliktig til regional etisk komité. Anonymiteten til informantene er sikret gjennom bruk av Questback og det er benyttet EUs personvernforordnings (GDPR) krav til gjennomføring av spørreundersøkelser. Det var frivillig å delta og sykepleierne fikk informasjon sammen med spørreskjemaet om samtykke og muligheten til å trekke seg fra studien. Det er heller ikke benyttet noe form for gaver eller premiering for å rekruttere informanter. Det er innhentet tillatelse hos Anne Dalheim til å benytte hennes oversettelse av spørreskjemaet.

Resultat

Denne vitenskapelige artikkelen presenterer bare noen av funnene fra spørreundersøkelsen, da artikkelen er en del av en større masteroppgave. 41 sykepleiere besvarte spørreskjemaet. Det utgjorde en responsrate på 56%. Gjennomsnittsalder var 37,6 år, med spredning fra 25 til 63 år. Gjennomsnittlig ansiennitet var 11 år, med spredning fra 0 til 37 år. Medianverdien for stillingsprosent var 100%. Fordelingen viste at 2,4% hadde grunnutdanning i sykepleie, 56% hadde bachelorgrad og 41,5% hadde en videreutdanning. Ingen av respondentene hadde master- eller doktorgrad. Medianverdien var bachelorgrad.

Tabell 1: Demografiske data

	Frekvens	Prosent	Gjennomsnittsverdi
Aldersgrupper			37,61 år
21-29 år	10	24,4	
30-39 år	15	36,6	
40-49 år	6	14,6	
50 år >	7	17,1	
Kjønn			Median: Kvinne
Kvinner	40	97,6	
Menn	1	2,4	
Ansiennitet			11,10 år
0-5 år	13	31,7	
6-10 år	11	26,8	
11-20 år	8	19,5	
21-30 år	4	9,8	
31-40 år	2	4,9	
Stillingsprosent			Median: 100%
100%	22	53,7	
70-99%	18	43,9	
40-69%	1	2,4	
40%<	0	0	
Utdanning			Median: Bachelorgrad
Grunnutdanning	1	2,4	
Bachelorgrad	23	56,1	
Videreutdanning	17	41,5	
Mastergrad	0	0	
Doktorgrad	0	0	

Tabell 2 viser i hvor stor grad ulike faktorer influerer på sykepleieres bruk av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Variablene er presentert i synkende rekkefølge med høyest oddsratio (OR) øverst.

Faktoren med høyest effektmål var sykepleierens stillingsprosent. Hvis sykepleieren hadde 100% stilling var det 4,64 ganger høyere odds for at de vurderte seg som god til å bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Denne faktoren hadde i tillegg en sterk statistisk signifikans med p-verdi 0,02, som tyder på at resultatet ikke skyldes tilfeldigheter.

Sykepleiere med under 10 års arbeidserfaring og sykepleiere under 39 år hadde henholdsvis 3,5 og 3,38 ganger høyere odds for å bruke forskningsbasert

kunnskap for å endre praksis. De som opplevde støtte fra avdelingsleder hadde 2,48 ganger høyere odds for å benytte seg av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis, sammenlignet med dem som ikke opplevde støtte fra avdelingsleder. Videreutdanning eller master var de variablene som hadde minst effekt på avhengig variabel.

Tabell 2: Faktorer som kan påvirke sykepleiers bruk av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis*

	Oddsratio	95% Nedre	konfidensintervall Øvre	P-verdi
Stillingsprosent (1= 100%)	4,64	1,24	17,37	0,02
Arbeidserfaring < 10 år	3,50	0,85	14,41	0,08
Alder < 39 år	3,38	0,81	14,02	0,09
Støtte fra avdelingsleder	2,48	0,07	8,74	0,16
Videreutdanning	0,75	0,22	2,61	0,65

*Avhengig variabel: Bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis (0= fullstendig nybegynner/novise, 1=ganske god/kompetent/ekspert)

I tabell 3 presenteres faktorer som kan påvirke sykepleierens egenrapporterte ferdigheter i å vurdere forskningsbasert kunnskap. Også her er variablene med høyest oddsratio (OR) er rangert øverst i tabellen, i synkende rekkefølge. Dermed ser vi at sykepleierne med arbeidserfaring under 10 år hadde 4,37 ganger høyere odds for å vurdere seg som god til å vurdere forskningsbasert kunnskap i forhold til sykepleierne som hadde arbeidserfaring fra 11 år og oppover. Den samme tendensen ses også på sykepleiernes alder. Sykepleiere under 39 år hadde 4 ganger høyere odds for å vurdere seg som god til å vurdere forskningsbasert kunnskap, sammenlignet med sykepleiere over 40 år. Disse to variablene viste en sterk trend med et signifikansnivå med henholdsvis 0,04 og 0,06 i p-verdi. De som opplevde støtte fra avdelingsleder til å endre praksis basert på beste kunnskap hadde 2,6 ganger høyere odds for å oppgi seg til å være god til å vurdere forskningsbasert kunnskap, sammenlignet med dem som ikke opplevde støtte. Også variablene om videreutdanning og full stillingsprosent resulterte i noe høyere odds for den avhengige variabelen. P-verdien for disse variablene er noe svakere, men tallene kan likevel presentere valide tendenser.

Tabell 3: Faktorer som kan påvirke sykepleiers egenrapporterte ferdigheter i å vurdere forskningsbasert kunnskap*

	Oddsratio	95% Nedre	konfidensintervall Øvre	P-verdi
Arbeidserfaring < 10 år	4,37	1,07	17,8	0,04
Alder < 39 år	4,0	0,95	16,77	0,06
Støtte fra avdelingsleder	2,60	0,72	9,36	0,14
Videreutdanning	1,83	0,51	6,57	0,35
Stillingsprosent (1= 100%)	1,30	0,38	4,49	0,68

*Avhengig variabel: Vurdering av forskningsbasert kunnskap (0= fullstendig nybegynner/novise, 1=ganske god/kompetent/ekspert)

Diskusjon

Studiens funn tyder på at det er flere ulike faktorer som kan påvirke sykepleieres bruk av forskningskunnskap for å endre praksis. Den faktoren som viste seg å ha størst påvirkning var om sykepleieren hadde full stilling. Sykepleiere med 100% stilling hadde 4,64 ganger høyere odds for å bruke forskningskunnskap for å endre praksis, sammenlignet med sykepleiere med redusert stillingsprosent. Resultatet hadde en sterk signifikans med p-verdi 0,02. Hellier og Cline (2016) benyttet i sin studie en kunnskapsbasert praksis-score bestående av 5 faktorer, hvorav bruk av forskning for å endre praksis var én av faktorene som sykepleierne ble målt på i spørreundersøkelsen. Det viste seg at den kunnskapsbaserte praksis-scoren korrelerte positivt med antall arbeidstimer per uke, og understøtter dermed funnet fra vår studie. Litteratursøk på dette temaet tyder likevel på at det er begrenset med studier som har sett på sammenhengen mellom stillingsprosent og bruken av forskningskunnskap for å endre praksis. Det kan være nærliggende å anta at stillingsprosenten er av betydning på grunn av tidsfaktoren. Det er mye forskning som viser til at ikke tilstrekkelig tid på jobb til å søke etter forskning er én av de største barrierene for at sykepleierne skal benytte seg av forskningskunnskap (Shifaza & Hamiduzzaman, 2019; Soguel, Vaucher, Bengough, Burnand & Desroches, 2019). En sykepleier i deltidsstilling kan muligens oppleve å ha enda mindre tid til å sette seg ned for å lete etter forskning sammenlignet med en sykepleier i fulltidsstilling. Å endre praksis er også en tidkrevende oppgave det ikke nødvendigvis er rom for i en deltidsstilling. Her er det behov for mer forskning for å understøtte teoriene. Dette kan likevel være et viktig funn i argumentasjonen for økt bruk av heltidsstillinger i helsesektoren.

Resultatene fra vår studie tyder på at sykepleiernes arbeidserfaring og alder influerer med egenrapportert kompetanse i å vurdere forskningsbasert kunnskap. Sykepleierne som hadde mindre enn 10 års arbeidserfaring hadde 4,37 ganger høyere odds for å rapportere seg som gode til å vurdere forskning, sammenlignet med sykepleierne med mer arbeidserfaring. Den samme tendensen viste seg hos sykepleiere under 39 år. Disse sykepleierne hadde 4 ganger høyere odds for å anse seg som gode til å vurdere forskning sammenlignet med eldre sykepleiere. Disse funnene er også blitt bekreftet av flere tidligere studier (Melnik et al., 2018).

Det er nærliggende å tro at dette kan ha sammenheng med at det i de senere år har vært økt fokus i utdanningene på bruken av forskningsbasert kunnskap. I den nye Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning (2019) står det at kandidaten skal kunne bruke relevante resultater fra forsknings- og utviklingsarbeid i teoretiske og praktiske problemstillinger, samt å ta avgjørelser i tråd med kunnskapsbasert praksis. Det legges også fokus på at kandidatene skal ha kunnskap om innovasjon, teknologi og digital kompetanse. Sykepleierne som har gjennomgått den seneste bachelorutdanningen vil dermed inneha kompetanse på dette området, og vurdering av forskningskunnskap i praksis vil muligens ikke være ukjent for dem.

En annen mulig årsak til den lave oddsen for at sykepleiere over 39 år og de med over 10 års arbeidserfaring rapporterer seg som god til å vurdere forskningsbasert kunnskap kan være at disse sykepleierne har mer erfaring å nyttiggjøre seg av og dermed anvender erfaringskunnskap i større grad. Flere tidligere studier viser til at økt alder og ansiennitet hos sykepleieren øker sannsynligheten for erfaringskunnskap som primærkilde i praksis (Phillips & Neumeier, 2018).

Det som skiller seg noe ut fra tidligere forskning er hvor lite videreutdanning har påvirket sykepleiernes egenrapporterte kompetanse i å vurdere forskning. Det var ingen av sykepleierne i utvalget som hadde mastergrad, men over 41% av utvalget hadde en eller annen form for videreutdanning. Med tanke på hvor mange studier som viser til viktigheten av mastergrad for å påvirke sykepleiernes kompetanse i bruk av forskning og kunnskapsbasert praksis (Garland Baird & Miller, 2015; Melnik et al., 2018), kunne det tenkes at videreutdanning blant sykepleierne også kunne ha en større effekt sammenlignet med sykepleiere med bachelorgrad. P-verdien av videreutdanning som sammenheng var 0,35 og dermed en svak statistisk signifikans. Men resultatet kan likevel vise en tendens som er av klinisk signifikans. Det kan tenkes at de fleste videreutdanninger i mindre grad fokuserer på bruk av forskningskunnskap sammenlignet med en mastergrad, hvor metodefag og masteroppgaven er en naturlig del av studieplanen. Funnet kan i lys av tidligere forskning tydeliggjøre viktigheten av at også sykepleiere i distriktene får muligheten til å ta mastergrad og dermed kan

være en viktig ressurs for å bidra til anvendelse av forskning i kommunehelsetjenesten. Tidligere studier peker også på behovet for spesialistkompetanse hos sykepleiere i distriktene på grunn av at rurale områder gir store variasjoner i arbeidsoppgavene og krever derfor avansert kunnskap på mange kliniske områder (Smedt & Mehus, 2017).

Resultatene fra studien vår tyder på at de sykepleierne som opplevde å få støtte hos avdelingsleder til å endre praksis hadde 2,6 ganger høyere odds for å vurdere seg som god til å vurdere forskningsbasert kunnskap og 2,48 ganger høyere odds for å bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis. Disse resultatene er ikke statistisk signifikante, men likevel helt i tråd med funn fra tidligere forskning og signifikansnivået kan derfor ha sammenheng med lav utvalgsstørrelse. Vi vet nemlig at lederne har en helt sentral rolle som «kulturutvikler», og hvordan lederen utøver sin rolle er avgjørende for om fagutvikling hemmes eller fremmes på arbeidsplassen (Bjørk & Solhaug, 2008). Forskning viser også til at organisasjonskulturen i form av struktur, ledelse og tilgjengeligheten av menneskelige ressurser er avgjørende for sykepleierens kapasitet til å integrere ny forskning i sin kliniske praksis. En leder med positiv holdning og som evner å motivere de ansatte er betydningsfulle faktorer for implementeringen av kunnskapsbasert praksis (Røkholt, Davidsen, Johnsen & Hilli, 2017; Solbakken, 2017).

Styrker og svakheter

Studien har både metodiske styrker og noen svakheter. Resultatene reflekterer sykepleiernes rapporterte svar, og ikke hva som faktisk blir gjort i praksis. Siden dette er en tverrsnittstudie gjenspeiler resultatene situasjonen slik den er akkurat når studien blir gjennomført, og kan derfor ikke si noe om status over tid. Spørreskjemaet som er benyttet er et godt utprøvd og validert spørreskjema. Det ble derfor ikke gjort store endringer i spørsmålene, med unntak av tidligere nevnte justeringer, med hensyn til spørreundersøkelsens innholdsvaliditet.

Utvalget for studien kunne med fordel vært større med hensikt å styrke den ytre validiteten og på den måten gjort resultatene mer generaliserbare. Utvalget besto i tillegg av en overvekt av sykepleiere under 40 år. Det er uvisst om alderen i utvalget gjenspeiler aldersfordelingen i populasjonen, eller om det er flere av de yngre sykepleierne som valgte å besvare spørreskjemaet som ble distribuert på internett. Det kan tenkes at et flertall av de yngre sykepleierne er komfortable med å besvare et nettbasert spørreskjema, og at det derfor hadde vært nyttig å distribuere spørreundersøkelsen på papir i tillegg til nettvversjonen.

Det vil være hensiktsmessig å replisere studien i flere kommuner for å øke resultatenes reliabilitet. Av samme årsak kan det også være nyttig å studere samme problemstilling med ulike måleinstrumenter og metodededesign.

Konklusjon

Studien tyder på at faktorer som influerer på sykepleieres bruk av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis i størst grad er sykepleierens stillingsprosent. Sykepleierne i fulltidsstilling hadde betydelig større odds for å bruke forskningsbasert kunnskap for praksisendring. Sykepleiere med mindre enn 10 års arbeidserfaring og sykepleiere under 39 år viste seg også som faktorer som økte sjansen for bruken av forskningsbasert kunnskap for å endre praksis.

Studiens resultater tyder på at faktorer som influerer på sykepleieres kompetanse i å vurdere forskningsbasert kunnskap i størst grad er sykepleierens arbeidserfaring og alder. Yngre sykepleiere med mindre enn 10 års arbeidserfaring ser ut til å ha betydelig større sjanse for å vurdere seg som kompetent til å vurdere forskningsbasert kunnskap sammenlignet med eldre sykepleiere med mer ansiennitet.

Undersøkelsen viser at det er nødvendig med ytterligere forskning på dette området innenfor distriktskommuner. Det er foreløpig lite eller ingen nasjonal forskning, og det er mye som er uvisst med tanke på hvilke barrierer som er størst i rurale områder med hensyn til bruk av forskningsbasert kunnskap blant sykepleiere.

Det kan tenkes å være ulikheter på hvordan sykepleiere i distriktene jobber sammenlignet med sykepleiere i større kommuner. Forskjellene kan vise seg i større fagmiljøer, flere ressurser og kultur som kan være avgjørende for tilgjengeligheten til og bruken av forskning i praksis.

Litteratur

- Bjork, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. & Nortvedt, M. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12, 367. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleieutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_4
- Garland Baird, L. M. & Miller, T. (2015). Factors influencing evidence-based practice for community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), 233-242. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.5.233>
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., Bailey, J., Cooke, J., Kendall, S. & McNeilly, E. (2007). Factors influencing the development of evidence-based practice: a research tool. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 328-338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04112.x>

- Hellier, S. & Cline, T. (2016). Factors that affect nurse practitioners' implementation of evidence-based practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(11), 612-621. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12394>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre Folkehelse.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld.St. 6 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld.St. 11 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/sec2?q=kunnskap#kap3-2-1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* (Meld.St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec3?q=kunnskapsbasert%20praksis#kap3-3-1>
- Helsebiblioteket. (2016). Kunnskapsbasert praksis. Hentet 22. oktober 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- KSF. (2019). *Sluttrapport februar 2019 til HelseOmsorg21-rådet, fra Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF).* Hentet fra <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>
- Mazurek Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L. (2012). The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T. & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16-25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J., Dale, S., D'Este, C., ... Levi, C. (2011). Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9804), 1699-1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)

- Norsk Pasientskadeerstatning. (2019, 20. desember). 877 pasienter døde i helsetjenesten - pårørende fikk erstatning. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/877-pasienter-dode-i-helsetjenesten--parorende-fikk-erstatning/>
- Phillips, L. & Neumeier, M. (2018). Building Capacity for Evidence-Based Practice: Understanding How Licensed Practical Nurses (LPNs) Source Knowledge. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(4), 290-295. <https://doi.org/10.1111/wvn.12284>
- 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. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03> E
- Saeterstrand, T., Holm, S. & Brinchmann, B. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje* 29[1], 4-16. 2015. *Klinisk sygepleje*, 29, 4-16.
- Senter for omsorgsforskning. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning*. Oslo. Hentet fra https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2438302/forskningshandbok_240414.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Shifaza, F. & Hamiduzzaman, M. (2019). System Factors Influencing the Australian Nurses' Evidence-based Clinical Decision Making: A Systematic Review of Recent Studies. *Journal of Evidence-based Care*, 9(2), 16-30. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2019.40598.2068>
- Smedt, S. D. & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge ; en scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2), 21-42. <https://doi.org/10.7557/14.4238>
- Soguel, L., Vaucher, C., Bengough, T., Burnand, B. & Desroches, S. (2019). Knowledge Translation and Evidence-Based Practice: A Qualitative Study on Clinical Dietitians' Perceptions and Practices in Switzerland. *J Acad Nutr Diet*, 119(11), 1882-1889. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.04.017>
- Solbakken, R. (2017). Behov for endrede lederroller. *Sykepleien Ledelse*, 01, 12-17. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/default/files/le_2017_1.pdf
- Weinhold, I. & Gurtner, S. (2014). *Understanding shortages of sufficient health care in rural areas*. Amsterdam [Netherlands] :.
- Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2018). How public health nurses use sources of knowledge. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1-23. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64242>

Hvor henter sykepleiere i kommunehelsetjenesten sin kunnskap fra?

Din identitet vil holdes skjult.

Når skjult identitet brukes i undersøkelser, vil ingen identifiserbar informasjon, som f.eks. nettlesertype og -versjon, IP-adresse, operativsystem eller e-postadresse, bli lagret med svaret. Dette er for å beskytte respondentens identitet.

Innledningsvis ønsker vi å spørre om i hvilken grad du benytter deg av de ulike kunnskapskildene i praksis.

Kryss av i den ruten som best beskriver din erfaring.

Kunnskap jeg bruker i praksis er basert på:

1) * den informasjonen jeg får om hver enkelt pasient

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

2) * min intuisjon om hva som synes å være "det rette" for pasienten

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

3) * min personlige erfaring ved å utøve sykepleie til pasienter over tid

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

Kunnskap jeg bruker i praksis er basert på:

4) * det som har fungert for meg over lang tid

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

5) * måten jeg alltid har gjort det på

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

6) * informasjon mine kollegaer deler

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

7) * informasjon som sykepleiere med lang erfaring deler med meg

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

8) * informasjon som sykepleiere med spesialutdanning deler med meg

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

9) * det som leger diskuterer med meg

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

Kunnskap jeg bruker i praksis er basert på:

10) * ny behandling og nye medikamenter jeg lærer om når legene ordinerer dette til pasienten

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

11) * informasjon om medikamenter og behandlinger jeg får fra representanter fra legemiddelfirma eller utstyrsleverandører

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

12) * skriftlig produktinformasjon

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid



Kunnskap jeg bruker i praksis er basert på:

13) * det jeg lærte i min utdanning

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

14) * det jeg lærer ved å delta på interne kurs/konferanser

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

15) * informasjon jeg får fra kommunens retningslinjer og prosedyrer

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

16) * informasjon jeg får fra nasjonale føringer og retningslinjer

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

17) * artikler publisert i medisinske tidsskrifter

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

18) * artikler publisert i sykepleietidsskrifter

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

19) * artikler publisert i andre helsefaglige forskningstidsskrifter

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

20) * lærebøker

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

21) * informasjon via internett

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid

22) * informasjon via media (f.eks magasiner, TV)

Aldri Sjelden Noen ganger Ofte Alltid



De neste 16 spørsmålene undersøker hvor sikker du føler deg med tanke på å overvinne hindringer for å oppnå en kunnskapsbasert praksis. I første del spørres det etter hindringer for å finne og vurdere forskningsartikler.

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

Hindringer for å finne og vurdere forskningsartikler og nasjonale og internasjonale retningslinjer:

23) * Jeg vet ikke hvordan jeg finner relevante forskningsartikler

Helt enig Enig Hverken enig eller uenig Uenig Helt uenig

24) * Jeg vet ikke hvordan jeg finner nasjonale og internasjonale retningslinjer

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

25) * Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne forskningsartikler

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

26) * Jeg har ikke tilstrekkelig tid til å finne nasjonale og internasjonale retningslinjer

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

27) * Forskningsartikler er ikke lette å finne

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

28) * Nasjonale og internasjonale retningslinjer er ikke lette å finne

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

29) * Jeg synes det er vanskelig å forstå forskningsartikler

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

30) * Jeg synes det er vanskelig å forstå engelskspråklige forskningsartikler spesielt

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

31) * Jeg føler meg ikke sikker på hvordan jeg skal bedømme kvaliteten på forskningsartikler

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

32) * Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning funn fra forskning har for min praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

33) * Jeg synes det er vanskelig å vurdere hvilken betydning retningslinjer, nasjonale og internasjonale, har for min praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig



Den andre gruppen av hindringer refererer til endring av praksis basert på "beste" kunnskap.

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

Hindringer for å endre praksis på grunnlag av "beste" kunnskap:

34) * Jeg føler meg ikke sikker på å begynne å endre min praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

35) * Kulturen på min post er ikke mottaglig for å endre praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

36) * Jeg mangler autoritet på arbeidsplassen for å endre praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

37) * Det er ikke nok ressurser (f.eks utstyr) til å endre praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig

38) * Det er ikke nok tid på jobb til å iverksette endringer i praksis

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Helt uenig



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

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

39) * Sykepleiekollegaer er støttende til at jeg endrer praksis

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri Ikke relevant

40) * Avdelingsleder er støttende til at jeg endrer praksis

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri Ikke relevant

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

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri Ikke relevant

42) * Fagsykepleier er støttende til at jeg endrer praksis

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri Ikke relevant

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

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



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

Vurdering av ferdigheter.

45) * Finne forskningsbasert kunnskap

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert

46) * Finne nasjonale og internasjonale retningslinjer

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert

47) * Bruke internett for å søke informasjon

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert

48) * Vurdering av forskningsbasert kunnskap

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert

49) * Vurdering av nasjonale og internasjonale retningslinjer

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert

50) * Bruke forskningsbasert kunnskap for å endre praksis

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert

51) * Bruke nasjonale og internasjonale retningslinjer for å endre praksis

Fullstendig nybegynner Novise Ganske god Kompetent Ekspert



Helt til slutt stiller vi noen spørsmål om din bakgrunn:

52) * Er du

Kvinne Mann

53) Skriv inn din alder i år

54) * På hvilket nivå er din høyeste utdanning

Grunnutdanning sykepleie Bachelorgrad i sykepleie Videreutdanning sykepleie
 Mastergrad Doktorgrad

55) * På hvilket år fikk du godkjenning som sykepleier?

56) * Hva er din siste helsefaglige utdanning?

57) * Hvilket år avla du eksamen for siste helsefaglige utdanning?

58) * Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier?

59) * Hvilken stillingsprosent har du?

100% 70-99% 40-69% Under 40%

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

[Send]

100 % fullført

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Vedlegg 2

Informasjonsmail til deltakerne



NORD universitet

Tusen takk for at du vil ta deg tid til å besvare denne undersøkelsen. Det vil ta ca 10 minutter.

Informasjon om databehandling

Alle besvarelser er helt anonyme og kan ikke spores tilbake. Dette er sikret gjennom bruk av Questback. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personregelverket.

De som vil ha tilgang til opplysningene er Hanne Lilleng og Lisbeth Østgaard Rygg.

Hvordan kontakte oss

Hanne Lilleng, Nord universitet.

Adr: Ole Bergs vei 3, 8373 Ballstad.

Telefon: 975 38 920

Email: Hanne.k.lilleng@student.nord.no

Dersom du ønsker mer informasjon om behandlingen av dine personopplysninger, klikk [her](#)

Jeg godtar behandlingen av mine personopplysninger i henhold til informasjonen gitt her.

Jeg ønsker ikke å delta

Neste

Informasjon om databehandling

×

• **Hvor lenge vil personopplysninger behandles**

2 År

• **Hvilke typer personopplysninger vil bli samlet inn og brukt**

Kjønn, alder, utdanning, antall år ansiennitet i gjeldende yrke.

• **Hvilke særlige kategorier av personopplysninger vil bli innsamlet og brukt**

Ingen

• **Rettslig grunnlag for behandling av dine personopplysninger**

- Behandlingen er basert på informantens samtykke.
- Behandlingen er basert på juridisk forpliktelse behandlingsansvarlig er underlagt
- Behandlingen beskytter vitale interesser for registrerte eller annen person

• **Hvem vil ha tilgang til dine personopplysninger**

Hanne Lilleng og Lisbeth Østgaard Rygg ved Nord universitet.

• **Overførsel av data til land eller institusjoner utenfor EØS, og sikkerhetstiltak (hvis aktuelt)**

Nei

• **Automatisert beslutningstaking**

Det er satt en automatisk e-post-påminnelse etter 1 uke.

• **Dine individuelle rettigheter**

- Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
 - å få rettet personopplysninger om deg,
 - få slettet personopplysninger om deg,
 - få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

• **Din rett til å tilbaketrekke samtykke**

Det er frivillig å delta i denne spørreundersøkelsen. Samtykke ansees som gitt, når spørreskjemaet er besvart. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger er anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

• **Tilsynsmyndighet**

Du kan sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Vedlegg 4

Tillatelse fra Anne Dalheim

Skjermdump fra Research Gate



Hanne Lilleng

May 1, 2019

Hei Anne!

Jeg studerer en master i klinisk sykepleie ved Nord Universitet og holder nå på med min masteroppgave. Jeg ønsker å kartlegge bruken av kunnskapskilder i kommunehelsetjenesten. Gjennom mine litteratursøk kom jeg over din masteroppgave om kunnskapsbasert praksis. Den har vært svært inspirerende for meg i mitt arbeid så langt, og ønsker å be deg om tillatelse til å benytte spørreskjemaet som du har oversatt til norsk?

Vennlig hilsen

Hanne Lilleng

Mail: hanne.k.lilleng@student.nord.no



Anne Dalheim to you

May 2, 2019

Hei

Du må bare bnytte spørreskjemaet som jeg oversatte til norsk. Jeg gjør oppmerksom på at skjemaet ikke ble testet /retestet før bruk. Jeg hadde planer om å gjøre dette og å validere skjemaet på en grundige metode, men dette ble det av ulike årsaker ikke noe av. sender deg oversettelsen og masteroppgaven min. Har du ytterligere spørsmål, så ta kontakt. Lykke til!
Anne

 Masteroppgave Anne Dalheim.pdf

 Spørreskjema Anne Dalheim.pdf

Inbox

Sent

Archive

Vedlegg 5 Tillatelse fra kommunalsjefer

Fra: [Redacted] ✉
Emne: SV: Studie om kunnskapskilder i kommunehelsetjenesten, Nord Universitet
Dato: 8. april 2019 kl. 11:34
Til: Hanne Kristin Lilleng hanne.k.lilleng@student.nord.no



Hei,

Forespørselen om deltagelse i spørreundersøkelse er helt uproblematisk, og godkjennes naturligvis.

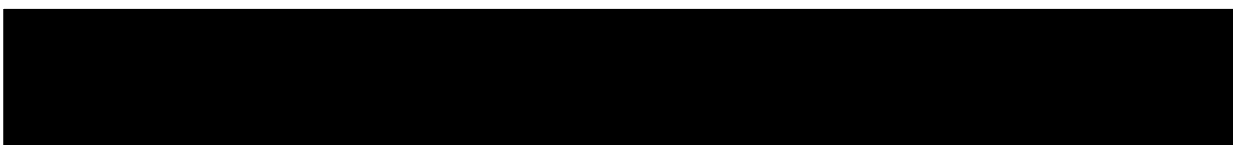
I tillegg er dette et interessant tema som jeg ser frem til å se resultatet av.

Kommunehelsetjenesten har i for lang tid hatt for lite fokus på evidensbasert forskning sammenlignet med spesialisthelsetjenesten, samtidig som pasientene mottar behandling i større grad nettopp i kommunehelsetjenesten.

Med vennlig hilsen



Kommunalsjef Omsorg



This communication is intended for the person(s) named above only.
It contains information that is confidential and legally privileged. If received in error, please delete this e-mail and notify the sender.

Fra: Hanne Kristin Lilleng [mailto:hanne.k.lilleng@student.nord.no]

Sendt: søndag 7. april 2019 22:21

Til: [Redacted]

Emne: Studie om kunnskapskilder i kommunehelsetjenesten, Nord Universitet

Hei!

I forbindelse med min master i klinisk sykepleie ønsker jeg å gjøre en spørreundersøkelse blant sykepleierne i kommunen. Legger ved et dokument med mere informasjon. Håper på positiv tilbakemelding!

Mvh
Hanne Lilleng

Fra: [REDACTED]
Emne: SV: Studie om kunnskapskilder i kommunehelsetjenesten
Dato: 15. april 2019 kl. 11:57
Til: Hanne Kristin Lilleng hanne.k.lilleng@student.nord.no



Heia,

Det er helt ok at du distribuere spørreundersøkelsen til spl. på IKL/KAD. Kontakt [REDACTED] på legevakta for å få navn og e-postadresser. Hun har e-postadresse: [REDACTED]

Lykke til med masteroppgaven☺

Ha ei super påske☺

Med vennlig hilsen

[REDACTED]
*Kommunalsjef
Familie og velferd*

Fra: Hanne Kristin Lilleng [mailto:hanne.k.lilleng@student.nord.no]

Sendt: 12. april 2019 11:12

Til [REDACTED]

Emne: Studie om kunnskapskilder i kommunehelsetjenesten

Hei!

Mitt navn er Hanne Lilleng. Jeg er ansatt som sykepleier [REDACTED] er også student ved Nord Universitet og jobber nå med min masteroppgave. I den forbindelse håper jeg du vil hjelpe meg litt. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke kunnskapskilder sykepleiere i kommunehelsetjenesten benytter seg av.

Det er allerede innhentet tillatelse til å distribuere spørreundersøkelsen i [REDACTED]. Håper på positiv respons hos deg for å få distribuere samme undersøkelse hos sykepleierne på legevakta.

Hvis jeg får tillatelse hos deg til å distribuere spørreskjemaet trenger jeg navn og mailadresse til alle sykepleierne som jobber på legevakta. På de andre arbeidsplassene har jeg henvendt meg til de aktuelle avdelingslederne for å få svar på dette spørsmålet, men jeg forstår det slik at per tiden er du deres nærmeste leder? Har du tilgang på deres mailadresser, eller vet du hvem jeg kan henvende meg til for å innhente det?

Legger ved et dokument som sier noe mer om studien hvis det skulle være spørsmål om det.

Hvis du ønsker ytterligere informasjon eller når du ønsker å gi meg tilbakemelding kan du ta kontakt med meg per e-post eller telefon.

Spørreundersøkelsen planlegges til mai 2019.
Veileder i prosjektet er førsteamanuensis Lisbeth Østgaard Rygg.

Vennlig hilsen
Hanne Lilleng
Nord Universitet

Mob: 975 38 920
Mail: Hanne.k.lilleng@student.nord.no

Forfattererklæring

Manuskriptets tittel

«Faktorer som påvirker sykepleieres kompetanse i å bruke og vurdere forskningsbasert kunnskap i kommunehelsetjenesten, en tverrsnittstudie.»

Korrespondanseansvarlig forfatter

Navn: Hanne Lilleng

Adresse: Ole Bergs vei 3, 8373 Ballstad

E-mail: Hannelilleng@hotmail.com

Telefon: 975 38 920

Det erklæres herved:

- At manuskriptet eller deler av manuskriptet ikke er publisert andre steder.
- At manuskriptet ikke er under vurdering i annet tidsskrift eller siteres/publiseres i annet tidsskrift under vurderingen.
- At gjeldende vitenskapelige og etiske retningslinjer er fulgt.
- At det ikke eksisterer interessekonflikter med hensyn til innholdet i manuskriptet.
- At krav med hensyn til opphavsrett er fulgt.
- At nødvendige tillatelser for publisering er innhentet.
- At personer og institusjoner som nevnes i manuskriptet har akseptert dette.
- At alle forfatterne oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.
- At referanser er oppgitt også for sekundære publikasjoner.

Tidsskrift: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Publikasjonsår/vol./side: Foreløpig ukjent

