



**Bakgrunn:** Nasjonale føringer tilsier at helse- og sosialarbeidere og lærere innen helsefag skal jobbe kunnskapsbasert. For å fremme bruken av nye forskningsresultater i praksis og i undervisning, opprettet Høgskolen i Bergen en videreutdanning i kunnskapsbasert praksis i 2004.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å kartlegge holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis hos personer som har fullført videreutdanning i kunnskapsbasert praksis.

**Metode:** En survey ble gjennomført blant 291 tidligere deltakere av videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» vinteren 2010/11. KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala ble sendt til deltakernes private adresser.

**Resultat:** Studien hadde en svarprosent på 75 prosent. Deltakerne av videreutdanningen hadde positive holdninger til kunnskapsbasert praksis, men utførte sjeldent aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis. Det var en positiv sammenheng mellom holdning og

atferd relatert til kunnskapsbasert praksis ( $r=0,47$   $p < 0,001$ ). Deltakere som rapporterte at de deltok i kunnskapsbaserte nettverk var mer positive ( $p=0,04$ ), og utførte oftere aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis ( $p < 0,001$ ) enn de som ikke deltok i kunnskapsbaserte nettverk.

**Konklusjon:** Tidligere deltakere av videreutdanningen i kunnskapsbasert praksis har positive holdninger til kunnskapsbasert praksis, selv om de sjeldent utfører aktiviteter relatert til kunnskapsbasert praksis.

### Attitude and behaviour related to evidence-based practice

**Background:** Norway's national policies require health and social care workers in clinical practice and health educators to work evidence-based. A postgraduate degree programme in evidence-based practice was established at Bergen University College in 2004 to encourage the use of evidence in clinical practice and teaching at university colleges.

**Aim:** To examine attitudes and behaviour related to evidence-based practice among former participants of a postgraduate degree pro-

gramme in evidence-based practice.

**Methods:** A survey, using the EBP Beliefs Scale and EBP Implementation Scale, was conducted among 291 former participants of a postgraduate degree programme in evidence-based practice winter 2010/2011.

**Results:** Response rate was 75 %. Participants reported strong beliefs in evidence-based practice, but seldom engaged in activities related to evidence-based practice. Attitudes and implementation were correlated ( $r=0,47$ ,  $p < 0,001$ ). Participants who reported taking part in evidence-

based network groups were more positive ( $p = 0,04$ ) and implemented evidence-based practice more often ( $p < 0,001$ ) than those who did not participate in evidence-based network groups.

**Conclusion:** Former participants in a postgraduate degree programme in evidence-based practice have positive attitudes towards evidence-based practice, although they seldom implement evidence-based practice.

**Key words:** Attitude, behaviour, evidence-based practice, postgraduate education

# » Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis

Forfattere: Anne Kristin Snibsøer, Nina Rydland Olsen, Birgitte Espehaug og Monica Wammen Nortvedt

## NØKKELORD

- Holdning
- Atferd
- Kunnskapsbasert praksis
- Etter- og videreutdanning

I løpet av det siste tiåret har kunnskapsbasert praksis (KBP) fått økende betydning i Norge. Kunnskapsbasert fagutøvelse og utdanning i helseprofesjonene er i dag forankret i nasjonale føringer. Ifølge nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ... *Og bedre skal det bli!* skal helse- og sosialarbeideres faglige avveininger og beslutninger bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring, og det skal tas hensyn til brukernes behov og ønsker når tjenester skal evalueres og forbedres (1). I tillegg påpeker strategiens veileder at alle virksomheter har «et ansvar for å følge med, dele, formidle og utnytte den beste forskningsbaserte kunnskap som finnes» (2). Det forventes med andre ord at helsepersonell holder seg faglig oppdatert (3).

KBP kan defineres som «å

ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (4). Hensikten med KBP er å basere helsefaglig praksis og anbefalinger på beste tilgjengelig kunnskap, og å hjelpe brukere til å ta en optimal beslutning i den aktuelle situasjonen brukeren befinner seg i.

I en organisasjon vil personer med ulike stillinger og ansvarsnivå ha behov for ulike ferdigheter innen KBP (5). Det vil være behov for utøvere som kan definere et forskningsspørsmål, søke etter oppdatert forskningslitteratur, kritisk vurdere forskningen og vurdere den opp mot egen erfaring samt brukers preferanser og verdier (6). I tillegg vil noen utøvere søke og bruke kvalitetsvurdert oppsummert forskning, mens andre kun vil benytte kunnskapsbaserte retningslinjer utarbeidet av andre (7). Disse ulike måtene å arbeide kunnskapsbasert på krever ulikt kunnskapsnivå og ulik bruk av tid. For å kunne utøve «beste praksis» trenger klinikere å forstå prinsippene for KBP, bruke kunnskapsbaserte retningslinjer og ha en kritisk holdning til egen praksis og

forskningslitteratur (5).

Som et ledd i satsingen på KBP utviklet Høgskolen i Bergen videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004. Ifølge fagplanen har videreutdanningen som mål «å fremme bruken av nye forskningsresultater i undervisning og i praksis. Studiet vil bidra til å gjøre ny

## Hva tilfører artikkelen?

Studien undersøker sammenheng mellom holdninger til bruk av kunnskapsbasert praksis hos parsoner som har fullført videreutdanning i kunnskapsbasert praksis, og ser en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP.

## Mer om forfatterne:

Anne Kristin Snibsøer er sykepleier og høgskolelektor. Nina Rydland Olsen er fysioterapeut og PhD-student. Birgitte Espehaug, er statistiker og professor. Monica Wammen Nortvedt er intensivsykepleier, professor og leder av Senter for kunnskapsbasert praksis. Samtlige er ansatt ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen. Kontakt: anne.kristin.snibsøer@hib.no

kunnskap mer tilgjengelig, og bidra med metoder som gjør implementering av ny kunnskap lettere» (8). Målgruppen for utdanningen er helsepersonell som ønsker å praktisere kunnskapsbasert, personer som jobber i fag- og forskningsstillinger, samt de som underviser innen helse- og sosialfagene (8).

Systematiske oversikter viser at etter- og videreutdanning i KBP kan ha effekt på deltakeres kunnskap om kritisk vurdering (9–11). Det er imidlertid ikke

## METODE

En spørreundersøkelse ble gjennomført blant tidligere deltakere av videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert» ved Høgskolen i Bergen vinteren 2010/11. Utvalget besto av alle som hadde bestått 15 studiepoengs eksamen i perioden 2004–2010 (n = 291).

## Videreutdanning

Videreutdanningen bygger på trinnene i KBP. Undervisningen

eller artikkelskrivegruppe. KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala er oversatt til norsk, i tråd med WHO's prinsipper om fram- og tilbakeoversettelse av skjema (15). Oversettelsen er utført av stipendiat Nina Rydland Olsen i samarbeid med forfatterne av de originale skjemaene EBP Beliefs Scale og EBP Implementation Scale. De engelske skjemaene er beskrevet med kriterierelatert validitet og begrepsvaliditet (13), og funnet reliable i flere internasjonale studier (13, 16–21).

KBP holdningsskala består av 16 påstander og etterspør selvrapporterte holdninger til KBP. På en skala fra en til fem, hvor én er «svært uenig» og fem er «svært enig», skal deltakere uttrykke i hvilken grad de er enig eller uenig i påstandene på spørreskjemaet. Totalskår for skjemaet kan variere fra 16 til 80. Høy skåre indikerer positive holdninger.

KBP implementeringsskala består av 18 utsagn og etterspør i hvilken grad aktiviteter forbundet med en kunnskapsbasert atferd utføres. På en fem punkts frekvensskala der null er «null ganger», én er «en–tre ganger», to er «fire–fem ganger», tre er «seks–åtte ganger» og fire er «> åtte ganger» skal deltakere angi hvor mange ganger de har utført aktiviteter forbundet med KBP de siste åtte ukene. Åtte av utsagnene handler om aktivitet knyttet til klinisk praksis. Totalskår for skjemaet kan variere fra 0 til 72.

## Datainnsamling

En postal spørreundersøkelse ble gjennomført fra oktober 2010 til januar 2011. Alle deltakere som hadde bestått 15 studiepoengs eksamen ved Høg-

” Få deltakere sa seg enig eller svært enig i at KBP var vanskelig og tok for mye tid.

nok å bare tilegne seg kunnskap for å kunne utøve KBP. For å nå målet med å integrere forskningsbasert kunnskap med klinisk erfaring og pasientens preferanser må helse- og sosialarbeidere også ha positive holdninger og utføre aktiviteter i forhold til KBP (12).

Hensikten med denne studien var å kartlegge selvrapportert holdning og atferd knyttet til KBP hos personer med videreutdanning i KBP, og å undersøke om det var en sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP. Holdninger handler i denne sammenheng om deltakernes tro på at KBP forbedrer kliniske resultater, samt deres tro på egen kunnskap og ferdigheter relatert til KBP (13). Atferd er her spesifikt knyttet til aktiviteter relatert til KBP, som deltakernes engasjement i å oppsøke og kritisk vurdere vitenskapelig forskning, formidle klinisk informasjon eller kunnskap fra ulike kilder til kollegaer eller pasienter, samle og evaluere pasientdata, samt bruke forskning for å endre praksis (13).

er lagt opp etter CASP-modellen (The Critical Appraisal Skills Programme), som er en metode for å undervise og lære KBP (14). En kombinasjon av tradisjonell kateterforelesning og interaktive undervisningsmetoder som smågruppearbeid, casediskusjoner og ferdighetstrening benyttes i undervisningen. Utdanningen blir arrangert med syv undervisningsdager fordelt over tre samlinger på ett semester. I tillegg til å delta på undervisningen må studentene utarbeide og gjennomføre to muntlige framlegg for medstudenter, avlegge en skriftlig hjemmeeksamen og holde en muntlig presentasjon av eksamensoppgaven for egen arbeidsplass (8).

## Måleinstrument

Studien benyttet spørreskjemaene KBP holdningsskala, KBP implementeringsskala og et bakgrunnskjema som etterspurte ulike demografiske variabler samt deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk som fagring, lesegruppe (journal club), retningslinjegruppe

skolen i Bergen siden videreutdanningen ble opprettet i 2004, fikk tilsendt spørreskjema i posten.

Et forvarsel om studien ble sendt til deltakernes private adresse i begynnelsen av oktober. To uker senere ble KBP holdningsskala, KBP implementeringsskala og bakgrunns-skjemaet sendt ut sammen med en forespørsel om deltakelse i studien og en frankert svarkonvolutt. Det ble sendt inntil to purringer. Deltakernes anonymitet ble ivaretatt ved at spørreskjemaene var nummererte. Det forelå en koplingsnøkkel, og forsker var blindet for hvem som deltok i undersøkelsen og for utsendelsen av purringene. Deltakere som deltok i studien var med i en trekning av 15 fagbøker.

### Analyse

For analyse av data ble det brukt SPSS (Statistical Package for Social Science), versjon 17. Før dataene ble analysert ble verdiene for de negativt formulerte spørsmålene på KBP holdningsskala reversert. Totalskår for KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala ble beregnet hvis respondenter hadde svart på mer enn 80 prosent av spørsmålene.

Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive dataene. Holdning til KBP ble beskrevet for alle deltakerne av videreutdanningen, mens aktivitet relatert til en kunnskapsbasert atferd kun ble beskrevet for deltakere som hadde en helsefaglig bakgrunn og jobbet i klinisk praksis. Kji-kvadrat test ble brukt for å undersøke forskjell i andel lærere og helse- og sosialarbeidere som skåret «enig» eller «svært enig» på holdningsskalaens 16 påstander. T-test

**TABELL 1:** Bakgrunnsvariabler for hele utvalget (n=218).

Bakgrunnsvariabler	n (%)	Gjennomsnitt (SD)
<b>Kjønn</b>		
Menn	15 (6,9)	
Kvinner	203 (93,1)	
<b>Alder</b>		45,7 (9,0)
<b>Antall år siden grunnutdanning</b>		20,7 (9,9)
<b>Helsefaglig bakgrunn</b>		
Sykepleier	165 (75,7)	
Fysioterapeut	19 (8,7)	
Radiograf	11 (5,0)	
Ergoterapeut	10 (4,6)	
Sosionom	3 (1,4)	
Vernepleier	3 (1,4)	
Bioingeniør	1 (0,5)	
Annen	6 (2,8)	
<b>Høyeste utdanningsnivå</b>		
Grunnutdanning	35 (16,1)	
Videreutdanning	124 (56,9)	
Mastergrad	56 (25,7)	
Doktorgrad	3 (1,4)	
<b>Antall år siden videreutdanning i KBP</b>		2,6 (1,6)
<b>Arbeidssted</b>		
Universitetssykehus	109 (50)	
Lokalsykehus	16 (7,3)	
Sykehjem	16 (7,3)	
Hjemmesykepleie	2 (0,9)	
Høyskole	56 (25,7)	
Universitet	1 (0,5)	
Annet arbeidssted	18 (8,3)	
<b>Type stilling</b>		
Vanlig klinisk stilling	49 (22,5)	
Ansvar fagutvikling	46 (21,1)	
Spesialsykepleier/spesialist	42 (19,3)	
Lærer høyskole/universitet	47 (21,6)	
Leder	9 (13,3)	
Annen stilling	35 (16,1)	
<b>Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk</b>		
Ja	75 (34,4)	
Nei	140 (64,2)	
Mangler	3 (1,4)	
<b>Type kunnskapsbasert nettverk</b>		
Fagring	12 (5,5)	
Lesegruppe	12 (5,5)	
Fagprosedyregruppe	28 (12,8)	
Artikkelskrivegruppe	8 (3,7)	
Annet nettverk	36 (16,5)	
<b>Antall år i nåværende jobb</b>		11,6 (8,5)

ble benyttet for å teste forskjell i gjennomsnittlig skåre mellom to uavhengige grupper. I tillegg ble lineær regresjon anvendt for justerte analyser. Regresjonsanalysen inkluderte variablene alder, utdanningsnivå, arbeidssted og deltakelse i

kunnskapsbasert nettverk. Pearsons korrelasjonskoeffisient ble brukt for å undersøke en mulig lineær samvariasjon mellom variabler på kontinuerlig nivå for holdnings- og atferdsskåre. For samtlige analyser ble signifikansnivået satt til 5 prosent.

**TABELL 2 :** Andel deltakere som har besvart «enig» eller «svært enig» på KBP holdningsskala for hele utvalget (n=218), helse- og sosialarbeidere i praksis (n=152) og lærere ved høyskoler (n=54).

KBP holdningsskala	Hele utvalget	Helse- og sosialarb. i praksis	Lærere høyskoler	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Jeg kjenner til trinnene i KBP	214 (98,2)	149 (99,3)	53 (100)	1,0
Jeg tror kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap er et viktig trinn i KBP	211 (96,8)	147 (98)	53 (98,1)	1,0
Jeg er sikker på at kliniske retningslinjer basert på forskning kan forbedre klinisk praksis.	201 (92,2)	142 (95,3)	49 (90,7)	0,4
Jeg tror KBP resulterer i at pasienter får den beste behandling	184 (84,4)	135 (90,6)	39 (73,6)	0,004
Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP	184 (84,4)	123 (82)	50 (94,3)	0,05
Jeg er sikker på at anvendelse av KBP vil forbedre behandlingen/tiltak jeg gir til mine pasienter	172 (78,9)	130 (86,7)	36 (70,6)	0,02
Jeg tror jeg kan overkomme barrierer i forhold til å anvende KBP	169 (77,5)	114 (76)	48 (90,6)	0,04
Jeg mener jeg kan søke etter den beste kunnskap fra ulike kilder for å besvare kliniske spørsmål på en tidseffektiv måte	126 (57,8)	74 (49,7)	44 (81,5)	<0,001
Jeg er trygg på min egen evne til å anvende KBP i mitt arbeid	124 (56,9)	72 (47,7)	42 (80,8)	<0,001
Jeg er sikker på at jeg har tilgang til de beste ressurser som trengs for å anvende KBP	114 (52,3)	67 (45,3)	42 (77,8)	<0,001
Jeg mener min praksis er kunnskapsbasert	113 (51,8)	64 (42,4)	43 (84,3)	<0,001
Jeg vet hvordan KBP effektivt kan anvendes for å få til endringer i praksis	108 (49,5)	77 (51,3)	26 (49,1)	0,9
Jeg er sikker på hvordan jeg kan måle effekt (utfall) av klinisk praksis	93 (42,7)	63 (42)	26 (50)	0,4
Jeg er sikker på at jeg kan anvende KBP på en tidseffektiv måte	93 (42,7)	57 (38,5)	31 (58,5)	0,02
Jeg tror KBP tar for mye tid	46 (21,1)	35 (23,6)	10 (18,9)	0,6
Jeg tror KBP er vanskelig	33 (15,1)	26 (17,2)	6 (11,1)	0,4

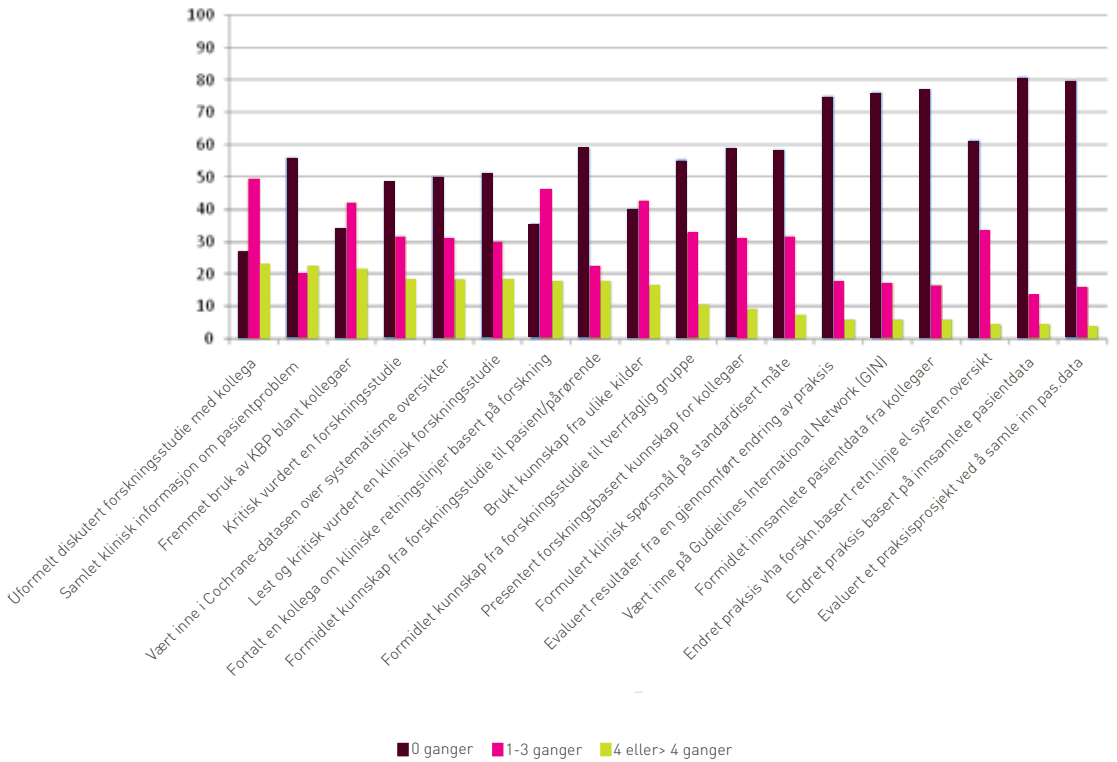
\*Forskjell mellom helse- og sosialarbeiderne og lærerne er analysert med Kji-kvadrattest.

**TABELL 3 :** Holdning og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk, utdanningsnivå og arbeidssted for hele utvalget (n=218).

Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk	KBP holdningsskala		Mean.diff (KI)	p*
	n	Gj.snitt (SD)		
Ja	74	62,9 (6,5)	2,8 (0,9 – 4,7)	0,04
Nei	138	60,1 (6,8)		
<b>Utdanningsnivå</b>				
Master – og doktorgrad	57	64,4 (6,4)	4,5 (2,5 – 6,5)	<0,001
Grunn- og videreutdanning	158	59,9 (6,6)		
<b>Arbeidssted</b>				
Lærere ved høyskoler	52	64,1 (6,5)	4,1 (1,9 – 6,2)	<0,001
Helse- og sosialarbeidere i praksis	151	60,0 (6,8)		

\*Forskjell mellom gruppene er analysert med t-test for uavhengige grupper

**FIGUR 1:** Prosentvis andel helse- og sosialarbeidere (n=152) som har svart at de har utført aktiviteter knyttet til KBP de siste åtte ukene.



**TABELL 4:** Atferd og deltakelse i kunnskapsbasert nettverk og utdanningsnivå for helse- og sosialarbeiderne som jobbet i praksis (n=152).

	KBP implementeringsskala		
	n	Gj.snitt (SD)	Mean.diff (KI)
<b>Deltakelse i kunnskapsbasert nettverk</b>			
Ja	51	16 (8,4)	
Nei	98	8,7 (8)	7,3 (4,6 – 10)
			<0,001
<b>Utdanningsnivå</b>			
Master- og doktorgrad	8	15,9 (8,1)	
Grunn- og videreutdanning	143	11 (8,8)	4,9 [-1,4 – 11,2]
			0,1

\*Forskjell mellom gruppene er analysert med t-test for uavhengige grupper



### Personvern og forskningsetikk

Undersøkelsen var frivillig og retur av spørreskjema var samtykke til deltakelse i studien. Alle opplysningene som framkom i studien ble behandlet konfidensielt. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD. Senter for KBP har initiert og finansiert prosjektet.

### Resultater

Av 291 utsendte spørreskjema ble 218 spørreskjema besvart og returnert. Dette utgjør en svarprosent på 75 prosent. Tabell 1 viser en oversikt over demografiske variabler samt deltakelse i kunnskapsbaserte nettverk. Cronbachs alfa ble i denne studien målt til 0,86 for KBP holdningsskala, og 0,87 for KBP implementeringsskala.

### Holdning

Gjennomsnittlig skåre på KBP holdningsskala for hele utvalget (n=218) var 61,1 (SD=6,8), med en spredning fra 35–77. Tabell 2 viser en oversikt over andel deltakere som har svart «enig» eller «svært enig» på de ulike påstandene på KBP hold-

ningsskala. Lærere (n=54) ved høyskoler hadde en signifikant høyere holdningsskåre (64,1 SD=6,5) enn helse- og sosialarbeidere (n=152) i klinisk praksis (60,0 SD=6,8), ( $p<0,001$ ) (tabell 3).

” I kunnskapsbasert nettverk arbeider man med kliniske problemstillinger etter prinsippene for KBP.

ningsskala. Lærere (n=54) ved høyskoler hadde en signifikant høyere holdningsskåre (64,1 SD=6,5) enn helse- og sosialarbeidere (n=152) i klinisk praksis (60,0 SD=6,8), ( $p<0,001$ ) (tabell 3).

Holdning til KBP var mer positiv blant deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk enn de som ikke deltok i slike nettverksgrupper. Delta-

### Atferd

Gjennomsnittlig skåre på KBP implementeringsskala for helse- og sosialarbeidere i praksis (n=152) var 11,1 (SD=8,7), med en spredning fra 0–45. Figur 1 viser hvor mange som har svart «ingen ganger», «en til tre ganger» og «fire eller mer enn fire ganger» på KBP implementeringsskala. T-test indikerte at deltakere som deltok i et kunnskapsbasert nettverk utførte aktiviteter relatert til en kunnskapsbasert atferd oftere enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk (tabell 4). Denne tendensen ble ikke endret ved justering for alder og utdanningsnivå.

### Sammenheng

Pearsons korrelasjon indikerte at det var en positiv korrelasjon mellom holdning og atferd relatert til KBP (n=150,  $r=0,47$

$p<0,001$ ) for helse- og sosialarbeidere som jobbet i klinisk praksis.

### Diskusjon

Resultatet viste at deltakerne av videreutdanningen var positive til KBP, men at de av deltakerne som arbeidet i klinisk praksis sjeldent utførte aktiviteter relatert til KBP. Deltakere som deltok i kunnskapsbaserte nettverk

rapporterte imidlertid høyere holdnings- og atferdsskåre enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk. Studien indikerte også at det var en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP.

Amerikanske studier som har benyttet samme måleinstrument etter opplæring i KBP har rapportert gjennomsnittlige holdningsskåre som varierer fra 53 til 64,1, og gjennomsnittlige atferdsskåre som varierer fra 11,4 til 40,9 (13, 16, 18–20). Holdningsskåren i vår studie er på samme nivå som disse studiene. Den lave atferdsskåren i vår studie kan imidlertid tyde på at vi ikke har kommet like langt med implementering av KBP i Norge. Om disse resultatene er sammenliknbare kan imidlertid diskuteres ettersom undervisningsintervensjonene i de amerikanske studiene varierer i form, innhold og varighet, og i flere tilfeller består utvalgene av håndplukkete sykepleiere tiltenkt roller som KBP-mentorer. I tillegg har USA en lengre tradisjon for KBP enn Norge.

Lavere atferdsskåre i vår studie kan ha sammenheng med organisatoriske forhold og tidligere rapporterte barrierer som mangel på tid, ressurser, kunnskap og autoritet (22–24). Resultater fra holdningsskalaen gir en indikasjon på dette. Få deltakere sa seg enig eller svært enig i at KBP var vanskelig og tok for mye tid, men likevel skåret de generelt lavere for påstander på holdningsskalaen som handlet om tid, ressurser og kunnskap. Dette kommer tydelig fram når holdningene til helse- og sosialarbeidere og lærerne sammenliknes. Klinikerne skårer generelt lavere enn lærerne, og muligens skyldes dette ulike organisatoriske

forhold. Lærere og helse- og sosialarbeidere jobber i to ulike settinger, har ulik tilgang til tid og ressurser, og møter ulike forventninger fra kollegaer og arbeidsgivere. Lærere ved høyskoler har tilgang til egen pc og internett, og en forutsigbar arbeidsdag med mulighet til å planlegge egen arbeidstid innenfor gitte rammer. Innen høyskolemiljøene er det også en kultur for å formidle resultater fra forskning (25). Helse- og sosialarbeidere arbeider derimot ofte i et åpent miljø med varierende tilgang på pc og internett, og blir stadig avbrutt av uforutsette hendelser. I tillegg kan det i klinisk praksis være en manglende kultur for å søke svar fra oppdatert forskningslitteratur ved spesifikke praksisnære spørsmål (26). Ut ifra vår studie er det ikke mulig å trekke slutninger om organisatoriske forhold, arbeidskultur eller miljø, men tendensen som sees i materialet er interessant.

Den lave atferdsskåren i vår studie kan tyde på at videreutdanningen ikke har gitt deltakerne den kompetansen de trenger for å kunne utøve KBP, og dette kan ha sammenheng med hvor undervisningen foregår. En systematisk oversikt har vist at undervisning i KBP som foregår i klasserom kan bedre kunnskap, mens undervisning som er integrert i klinisk praksis også kan bedre ferdigheter, holdning og atferd relatert til KBP (12). Undervisningen på videreutdanningen er praksisnær, men gjennomføres i en akademisk og ikke i en klinisk kontekst. Det er dermed mulig at deltakerne av videreutdanningen kunne fått et annet utbytte, og at resultatet i studien hadde vært annerledes om opplæring i kunnskapsbasert praksis hadde

foregått i helse- og sosialarbeidernes egen kontekst, i miljøet der de reelle kliniske spørsmålene og utfordringene knyttet til det å arbeide kunnskapsbasert faktisk oppstår.

Studien indikerte at helse- og sosialarbeidere i klinisk praksis som deltok i kunnskapsbaserte nettverk hadde en signifikant høyere holdnings- og atferdsskåre enn helse- og sosialarbeidere som ikke deltok i slike nettverk. I kunnskapsbasert nettverk arbeider man med kliniske problemstillinger etter prinsippene for KBP. Ved å arbeide sammen i grupper på denne måten kan kunnskaper og ferdigheter innen KBP læres og opprettholdes i praksis, slik man for eksempel gjør i fagringer eller lesegrupper. Positive holdninger og økt aktivitet relatert til KBP etter deltakelse

av flere kunnskapsbaserte nettverk i klinisk praksis kan muligens være hensiktsmessig for å øke aktiviteten relatert til KBP.

Resultatet i vår studie viste en stor spredning i deltakernes skåringer for både KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala. Det var likevel en tendens til at deltakere som rapporterte en høyere skåre for holdningsskalaen også hadde en høyere skåre for atferdsskalaen. Dette kan bety at helse- og sosialarbeidere som er mer positive til KBP også oftere utfører aktiviteter relatert til KBP. Tidligere studier har også funnet en positiv sammenheng mellom holdning og atferd relatert til KBP (13, 19, 20, 30–33), og det var ikke uventet å finne en tilsvarende sammenheng i denne studien.

Studien har kartlagt selvrapp-



Det vil være behov for utøvere som kan definere et forskningsspørsmål.

i fagring er tidligere beskrevet i en enkeltstudie (27). Det er også enkeltstudier som har beskrevet en bedret evne til å bruke forskning som beslutningsstøtte etter deltakelse i lesegrupper, men på grunn av metodologiske svakheter ved disse enkeltstudiene fant Harris med flere ingen holdepunkter for at lesegrupper var effektive som kunnskapsbasert beslutningsstøtte i praksis (28). Forskning på lesegrupper er begrenset og hovedsakelig basert på selvrappotering, men i en systematisk oversikt hevder imidlertid Honey og Baker at det er indikasjoner for at denne undervisningsformen kan øke kunnskap og selvtillit, slik at klinikere inkluderer nye ferdigheter og intervensjoner i klinisk praksis (29). Innføring

porterte holdninger og selvrappotert atferd relatert til KBP hos personer som har tatt videreutdanningen «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert». Når man tolker resultatet er det imidlertid viktig å ta i betraktning at KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala er endimensjonale skalaer som måler selvrappotert holdning og selvrappotert atferd. KBP implementeringsskala måler aktivitet relatert til klinisk praksis, og denne skalaen ble derfor kun analysert for helse- og sosialarbeidere som jobbet i klinisk praksis. Videre etterspør implementeringsskalaen aktivitet relatert til KBP de siste åtte ukene, og resultatet gjenspeiler dermed kun aktiviteter utført i et begrenset tidsrom. Skalaene



er oversatt fra amerikansk, og selv om skalaene er tilpasset norske forhold er det mulig at noen av spørsmålene ikke fanger opp norske helse- og sosialarbeideres aktiviteter godt nok.

En generell svakhet ved spørreskjemaundersøkelser er at deltakernes svar ikke gjenspeiler virkeligheten (34). Som for de fleste surveyundersøkelser er det mulig at det er de som er mest positive og de som har utført flest aktiviteter som har svart på spørreskjemaet. Det foreligger ingen opplysninger om de som ikke har svart, og frafallsanalyse er derfor ikke gjennomført. Studien har imidlertid en høy svarprosent og utvalget gjenspeiler målgruppen for videreutdanningen. Studien kan dermed gi en indikasjon på hvordan selvrapportert holdning og selvrapportert atferd målt ved

henholdsvis KBP holdningsskala og KBP implementeringsskala fordeler seg blant helsepersonell med videreutdanning i KBP.

### Konklusjon

Studien har undersøkt holdninger og atferd relatert til KBP hos personer som har tatt videreutdanning «Å arbeide og undervise kunnskapsbasert». Utvalget består av ulike faggrupper som arbeider i undervisning og i klinisk praksis og gjenspeiler målgruppen for videreutdanningen. Deltakerne var positive til KBP, selv om de som jobbet i klinisk praksis sjeldent utførte aktiviteter relatert til KBP. Deltakere som deltok i kunnskapsbaserte nettverk utførte imidlertid oftere aktiviteter relatert til KBP enn deltakere som ikke deltok i slike nettverk.

### Videre forskning

KBP implementeringsskala måler aktivitet relatert til KBP, og er validert for sykepleiere i klinisk praksis. For å undersøke læreres atferd relatert til KBP bør det utvikles bedre måleinstrument.

Denne tverrsnittstudien har undersøkt holdning og atferd relatert til KBP på et gitt tidspunkt, uavhengig av når deltakerne tok eksamen ved videreutdanningen. Studien kan dermed ikke si noe om videreutdanningen gir deltakerne den kompetansen de trenger for å kunne utøve KBP, eller i hvilken grad deltakernes holdning og atferd endres som en direkte følge av deltakelse i videreutdanning. For å undersøke dette må det gjennomføres randomiserte kontrollerte studier (RCT), eventuelt observasjonsstudier av deltakernes atferd i praksis.

### REFERANSER

1. Sosial- og helsedirektoratet. ... Og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015). 2005.
2. Sosial- og Helsedirektoratet. Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. 2007.
3. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2. juli 1999 nr. 64. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4>. [Nedlastet: 02.08.2010].
4. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart L. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe, Oslo. 2012.
5. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, Porzolt F, Burls A, Osborne J. Sicily statement on evidence-based practice. BMC Medical Education. 2005;5:1.
6. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence-based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. British Medical Journal. 2000;320: 954–5.
7. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-based medi-

8. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert [Fagplan]. Høgskolen i Bergen. 2011. Tilgjengelig fra: <http://student.hib.no/fagplaner/ahs/fagplan.asp?kode=B15KUNN>. [Nedlastet: 25.08.2011].
9. Parkes J, Hyde C, Deeks JJ, Milne R. Teaching critical appraisal skills in health care settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001 Issue 3.
10. Coomarasamy A, Taylor R, Khan KS. A systematic review of postgraduate teaching in evidence-based medicine and critical appraisal. Med Teach. 2003;25:77–81.
11. Flores-Mateo G, Argimin JM. Evidence-based practice in postgraduate health education: A systematic review. BMC Health Services Research. 2007;7:119.
12. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? BMJ. 2004;329:1017.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The Evidence-Based Practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New

- Instruments. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008;5:208–16.
14. Tuntland H, Nordheim L. Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis: presentasjon av CASP-modellen. Ergoterapeuten. 2009;9:22–5.
15. WHO. Process of translation and adaptation of instruments. 2011. [Internet]. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/). [Nedlastet: 02.11.2011].
16. Varnell G, Haas B, Duke G, Hudson K. Effect of an educational intervention on attitudes toward and implementation of evidence-based practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2008;5:172–81.
17. Estrada NA. Learning organizations and evidence-based practice by RNs [doktoravhandling]. The University of Arizona, Arizona. 2007. [Internet]. Tilgjengelig fra: [https://email.nursing.arizona.edu/Library/Estrada\\_N.pdf](https://email.nursing.arizona.edu/Library/Estrada_N.pdf). [Nedlastet 22.09.2010].
18. Melnyk BM, Bullock T, McGrath J, Jacobsen D, Kelly S, Baba L. Translating the Evidence-Based NICU COPE Program for Parents of Premature Infants Into Clinical Practice: Impact on Nurses' Evidence-Based Practice and Lessons Learned. Journal of Perinatal

& Neonatal Nursing. 2010;24:74–80.

19. **Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Giggelman M, Cruz R.** Correlates among cognitive beliefs, EBP implementation, organizational culture, cohesion and job satisfaction in evidence-based practice mentors from a community hospital system. *Nurs Outlook*. 2010;58:301–8.

20. **Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, Hastings C.** Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs*. 2010;66:2761–71.

21. **Levin RF, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Barnes M, Vetter MJ.** Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nurs Adm Q*. 2011;35:21–33.

22. **Kajermo KN, Boström AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L.** The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*. 2010;5:32.

23. **Schreiber J, Stern P.** A review of the literature on evidence-based practice in physical therapy. *The Internet Jour-*

*nal of Allied Health Sciences and Practice* 2005;3(4). [Internet]. Tilgjengelig fra: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol3num4/schreiber.pdf>. [Nedlastet: 25.08.2011].

24. **Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peeters G, Goedhuys J, Aertgeerts B.** Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *J Adv Nurs*. 2007;60:162–71.

25. **Hyllseth B.** Forskningsbasert undervisning. Norgesnettrådets rapport. 2001. [Internet]. Tilgjengelig fra: [http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk\\_utdanning/NNR-publikasjoner/forskn\\_basert\\_undv.pdf](http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/NNR-publikasjoner/forskn_basert_undv.pdf). [Nedlastet 04.19.2011].

26. **Estabrooks CA, Rutakumwa W, O'Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ, Scott-Findlay S.** Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*. 2005;15:460–76.

27. **Bratberg GH, Haugdahl HS.** Opp-læring i kunnskapshåndtering – nytter det? *Sykepleien Forsking*. 2010;5:192–9.

28. **Harris J, Kearley K, Heneghan C, Meats E, Roberts N, Perpera R, Kearley-Shiers K.** Are journal clubs effective in supporting evidence-based decision making? A systematic review. *BEME Guide No. 16. Medical Teacher*. 2011;33:9–23.

2011;33:9–23.

29. **Honey CP, Baker JA.** Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2011;31:825–31.

30. **Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fiscbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, Kraus R.** Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2004;1:185–93.

31. **Mariano KG, Caley LM, Eschberger L, Woloszyn A, Volker P, Leonard MS, Tung Y.** Building evidence-based practice with staff nurses through mentoring. *Journal of Neonatal Nursing*. 2009;15:81–7.

32. **Prior P, Wilkinson J, Neville S.** Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive study. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2010;26:14–25.

33. **Squires JE, Estabrooks CA, Gustavsson P, Wallin L.** Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*. 2011;6:1.

34. **Polit DF, Beck CT.** *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadel-