

«Forskningsbasert kunnskap blir litt for langt unna...»

Lederes erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis i tjenester til utviklingshemmede

Dinora Kaso



Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15.05.2018

«Forskningsbasert kunnskap blir litt for langt unna...»

Lederes erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis i tjenester til utviklingshemmede.

Dinora Kaso

Masteroppgave i interdisiplinær helseforskning
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15.05.2018

© Dinora Kaso

År: 2018

Tittel: «*Forskningsbasert kunnskap blir litt for langt unna...*»

Lederes erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis i tjenester til utviklingshemmede.

Forfatter: Dinora Kaso

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Dagens helsetjenester er i stadig utvikling, samt preget av et økende fokus på kvalitetssikring, fagutvikling og pasientsikkerhet. For å muliggjøre dette, har ledelsen en nøkkelrolle i å tilrettelegge arbeidsforholdene, slik at både utformingen og utøvingen av tjenestene er kunnskapsbasert. Nasjonale føringer pålegger helsepersonell kontinuerlig oppdatering, og det forventes at kunnskapsbasert praksis ligger til grunn for deres praksisnære beslutningsprosesser for å kunne utøve gode faglige forsvarlige tjenester. Hvordan dette ivaretas innenfor tjenester til utviklingshemmede vet vi lite om.

Hensikt: Denne studien har til hensikt å få innsikt om hvilke erfaringer ledere har med anvendelse av kunnskapsbasert praksis, utfordringer de møter i dette arbeidet, samt deres forståelse og holdning til denne arbeidsmodellen.

Metode: Kvalitativ metode er benyttet for å belyse studiens problemstilling. Datainnsamlingen ble generert fra 9 individuelle dybdeintervju med førstelinjeledere fra 9 omsorgsboliger for mennesker med psykisk utviklingshemming, i 4 ulike geografiske områder i en kommune. Studien er basert på et sosialkonstruktivistisk perspektiv.

Resultater: Ledere fremhevet at de ikke hadde et bevisst forhold til kunnskapsbasert praksis, og forskningsbasert kunnskap var den kunnskapskilden som ble brukt minst for å svare på praksisnære spørsmål. Både erfaringsbasert- og brukerkunnskap fikk mer oppmerksomhet i deres arbeidshverdag. De beskrev at knapphet på faglærte og tid utgjorde en stor utfordring for tilrettelegging av en kunnskapsbasert praksisform. Det ble også poengtert at det var viktig for dem «å være lite leder» fordi de ønsket å fokusere på en god relasjon med de ansatte.

Konklusjon: Denne studien viser at førstelinjeledere erfarer omsetningen av forskningsfunn til praksishverdagen som krevende og utfordrende. Funnene antyder at dette kan sees i sammenheng med manglende kunnskap om både innhenting og anvendelse av forskning i arbeidshverdagen, men også en skeptisk holdning til kunnskapsbasert praksis, og manglende engasjement. Sykdomsprestisje ble sett av betydning for utfordringer ved anvendelse av kunnskapsbasert praksis, og dette ble blant annet knyttet til lite tilgjengelig forskning om brukernes diagnoser, samt deres livsvarige behandlingstype. Det viser seg at for å kunne praktisere en kunnskapsbasert arbeidsform, kreves en støttende organisatorisk struktur og kultur, motivert ledelse, og kompetanseoppbygging for å kunne lese, forstå og se nytten av forskningen i praksis.

Abstract

Background: Today's healthcare services are constantly evolving, and are affected by an increasing focus on ensuring quality, professional development, and patients' safety. To allow for this, managers have a key role in providing for the right working conditions, so that both the structuring and execution of the services are evidence based. National guidelines oblige healthcare personnel to stay up to date, and it is expected that evidence based practice is the basis for their decision making with regards to exercising professionally justifiable services. We know very little about how this is ensured within services for the disabled.

Aims: The aim of this study is to gain insight into managers' experiences with the application of evidence based practice, challenges they face within this work, and their understanding of and attitude towards this working model.

Methods: Qualitative methods have been used to address this study's research question. The data collection was generated from 9 individual interviews with front line managers from 9 nursing homes for people with disabilities, in 4 different geographic areas within a municipality. The study is based on a social constructivism perspective.

Results: Managers emphasized that they did not have a conscious relation to evidence based practice, and research based knowledge was the source of knowledge that was utilized the least to answer clinical practice questions. Both clinical experience and patients' knowledge were devoted more attention in their clinical practice. They explained that scarcity of qualified staff and time posed a significant challenge with regards to providing for evidence based practice. It was also emphasized that «*not leading too much*» was important to them, because they wish to focus on a good relationship with their employees.

Conclusion: This study shows that front line managers experience the application of research in their clinical practice as demanding and challenging. The findings imply that this can be related to a lack of knowledge about gathering and application of research in their clinical practice, a skeptical attitude towards evidence based practice, and a lack of enthusiasm. The prestige of diseases was seen as a significant challenge in applying evidence based practice, and this was related to scarcity of available research on patients' diagnosis, and their lifelong clinical treatment. It is evident that utilizing an evidence based work method, demands a supportive organizational structure and culture, motivated leadership, and skill development to allow for reading, understanding and seeing the benefit of research in clinical practice.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende, lærerik og til tider krevende prosess. Gjennom dette har jeg lært mye om forskningsprosessen, samt temaene jeg virkelig brenner for. En stor takknemmelighet går til alle informantene, som har stilt opp og gjort denne studien mulig.

Det har vært flere mennesker som har bidratt til det endelige resultatet i løpet av denne masterstudien/oppgaven, og en stor takk går til hver enkelt av dem. Først ønsker jeg å takke min dyktige og engasjerte veileder, Cecilie Varsi. Tusen takk for lærerike samtaler, gode innspill, tålmodighet og konstruktive tilbakemeldinger. Med din kunnskap, profesjonalitet og personlighet, har du vært en inspirasjonskilde for meg. En spesiell takk går også til alle forelesere ved Universitetet i Oslo, avdeling for helsefag, som har vært gode og motiverende medspillere rundt meg gjennom hele studieløpet.

Dette arbeidet hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten støtte av familie, venner og kolleger. En varm takk retter jeg til mine foreldre, samboerens foreldre, søsken og tantebarn for moralsk støtte og avslappende samtaler. Min dypeste respekt og takknemlighet går til min Jone for oppmuntringer, tålmodighet og omsorg. Takk for at du har vist forståelse og uendelig støtte for mine prioriteringer, men mest av alt: Takk for at du hele tiden har tro på meg!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for studien	1
1.2	Hensikt og problemstilling	2
1.3	Oppgavens oppbygging	3
1.4	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk forankring.....	5
2.1	Evidensbevegelsen.....	5
2.2	Kunnskapsbasert praksis.....	5
2.2.1	Forskning-, erfaring- og brukerkunnskap.....	7
2.2.2	Hvordan anvende kunnskapsbasert praksis?	8
2.3	Ledelse.....	10
2.3.1	Lederroller.....	10
2.3.2	Lederstil.....	11
2.3.3	Organisasjonskultur.....	12
2.4	Landsomfattende tilsyn: “Det gjelder livet”	12
2.5	Lovverk.....	13
2.5.1	Helsepersonelloven	13
2.5.2	Pasientrettighetsloven.....	14
2.6	Forskningsstatus på feltet	14
2.6.1	Kildesøk	15
2.6.2	Sentrale kilder	15
2.7	Teoretisk posisjon.....	17
3	Metode.....	19
3.1	Semistrukturert intervju	19
3.2	Utarbeiding av intervjuguide	19
3.3	Utvelgelse og presentasjon av informanter.....	21
3.4	Gjennomføring av intervju	22
3.5	Transkribering	23
3.6	Tematisk analyse	23
3.6.1	Koding.....	24
3.6.2	Kategorier og hovedtemaer	25
3.7	Etiske betraktninger	27
3.7.1	Informert samtykke	27
3.7.2	Konfidensialitet	27

3.8	Forskningens kvalitet.....	28
3.8.1	Pålitelighet (reliabilitet).....	28
3.8.2	Gyldighet (validitet).....	29
3.8.3	Generaliserbarhet.....	29
3.9	Sterke og svake sider ved metoden.....	30
3.10	Forforståelse.....	31
4	Resultater.....	33
4.1	Lederens forståelse av begrepet KBP	33
4.2	Tjenestesteders kunnskapsanvendelse	34
4.2.1	Brukermedvirkning: høyt på agendaen	35
4.2.2	Høy forekomst av erfaringsbasert kunnskap	37
4.2.3	Forskningsbasert kunnskap: litt for langt unna	39
4.3	Utfordringer med anvendelse av KBP	43
4.3.1	Ressursmangel.....	43
4.3.2	Kultur: <i>fort gjort å bli seg selv nok</i>	48
4.4	Lederens ansvar og rolle	50
4.5	Medarbeidernes engasjement og motivasjon.....	53
5	Drøfting av funn	55
5.1	Lite bevissthet rundt forskningsbasert kunnskap.....	55
5.1.1	Reelle eller ønskelige brukerorienterte tjenester?	59
5.2	Skeptisk holdning til kunnskapsbasert praksis	61
5.2.1	Betydning av lederrollen for KBP.....	63
5.2.2	Hvordan oppnå resultater i retning KBP?	65
5.3	Sykdomsprestisje	66
6	Konklusjon	69
6.1	Betydning for praksis.....	69
6.2	Videre forskning	70
	Litteraturliste	71
	Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	84
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene.....	87
	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	89
	Vedlegg 4: Bakgrunns spørsmål	91
	Vedlegg 5: Forespørsel om tillatelse fra enhetsledere i geografisk område X.....	92

1 Innledning

Dagens helsetjenester er preget av et stadig økende fokus på kvalitetssikring, fagutvikling og pasientsikkerhet. Disse utgjør de mest prioriterte områdene i helsetjenesten, og for å kunne oppnå dette, forventes det at oppdatert kunnskap ligger til grunn for beslutninger i klinisk praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 98). I denne strømmen har kunnskapsbasert praksis fått økende betydning i Norge i løpet av det siste tiåret. Det foreligger nasjonale føringer og lovverk om at helsepersonell skal utøve kunnskapsbaserte og brukerorienterte tjenester (Helsepersonelloven, 1999, §2; Pasientrettighetsloven, 1999, §3; HelseOmsorg21, 2014, s. 29). Hensikten med dette er å bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og sikkerhet for pasienter. Fokuset rettes mot både utøvere og ledere, som utgjør kjernen av pasientnær praksis, samt spiller en betydelig rolle i både utforming og utøving av tjenestene.

Selv om kunnskapsbasert praksis vektlegges av både fagfolk og myndigheter, utgjør denne arbeidsformen et omdiskutert tema (Ekeli 2002, s. 36; Martinsen 2009, s. 81; Nordtvedt & Jamdvedt 2009, s. 64, Grimen 2009, s. 191). Mye av diskusjonen går på problematikk med henhold til fremskaffing av viten som er til å stole på, og hva kunnskapsbasert praksis kan gjøre med det faglige skjønnet og brukerens medvirkning (ibid). I tillegg diskuteres det ulemper med denne arbeidsmetoden, hvor det kastes lys over uhåndterlig kunnskapsmengde, og risikovurdering (Grennhalgh, Howick & Maskrey 2014; Haynes & Haines 1998). En del kritikk er også løftet frem av flere, hvor noen av dem understreker at denne arbeidsformen passer best for personer som er opptatt av en instrumentell praksis (Hofstad 2009, Ekeland 2008, Martinsen 2009, s. 84).

1.1 Bakgrunn for studien

Til tross for økt oppmerksomhet rundt kunnskapsbasert praksis på et overordnet nivå, er det lite fokus på hvordan det jobbes med dette i tjenestene til utviklingshemmede. Forskning viser at spesialisthelsetjenesten har kommet langt med å anvende forskningsfunn i praksis, selv om dette beskrives som komplekst og utfordrende (Røkholt et al., 2017; Aakhus et al., 2012; Berland et al, 2012; Aasekjær et al., 2016; Snibsøer et al., 2012; Hjelen & Sagbakken 2018).

Lovmessig er helsepersonell pålagt å holde seg oppdaterte, for å sikre at pasientene får den beste behandlingen. Med helsepersonell, menes blant annet personell med og uten

autorisasjon som yter helsehjelp til befolkningen. Denne loven gjelder alle helsepersonell og virksomheter i riket (Helsepersonelloven, 1999 §3; Helsedirektoratet 2012, s. 8). Sagt med andre ord, gjelder dette blant annet helsepersonell som jobber i tjenester til utviklingshemmede. I likhet med andre helsetjenester, stilles det samme krav om at disse tjenestene skal være kunnskapsbaserte. Samtidig pålegges helsetjenestene å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ved å gi pasientene og brukere medvirkningsmuligheter overfor helse- og omsorgstjeneste. Dette gjelder alle som oppholder seg i riket, blant annet mennesker med psykisk utviklingshemming (Pasientrettighetsloven, 1999, §1-2). På bakgrunn av disse nasjonale forventningene, er det viktig å forholde seg til disse føringene, for å kunne ivareta kvalitet og sikkerhet ved at pasientene får behandling ut fra den best tilgjengelige kunnskapen.

Det landsomfattende tilsynet i 2016 med helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming, avdekket at tjenestene i mange av kommunene var preget av svak styring og høyt risikonivå. Svikt med potensielt alvorlige konsekvenser for brukernes livskvalitet og helse, ble også avdekket under dette tilsynet. Tjenesteytingen i noen av kommunene fremstår som tilfeldig, og ledelse følger ikke godt nok med på om brukere får nødvendige tjenester, og etterspør heller ikke informasjon om hvorvidt tjenestene fungerer som forutsatt (Helsetilsynet 2017). Forekomsten av slike resultater bør anses som en nasjonal utfordring, som bør vies mer oppmerksomhet i forskningssammenheng.

Tilsynsrapporter, lovverkets krav, helsepersonellens samt ledelsens ansvar, og de nasjonale forventningene, fanger min interesse mot temaet kunnskapsbasert praksis i tjenestene til utviklingshemmede. Min egen erfaring som både vernepleier og fagkonsulent i disse tjenestene, samt inspirasjonen jeg har fått av undervisning innenfor temaet i løpet av masterstudieløpet, har også vært et utgangspunkt for denne studien.

1.2 Hensikt og problemstilling

Ledere er ansvarlige for å legge til rette for faglige forsvarlige tjenester, og for at dette skal kunne oppnås, forutsettes god ledelse. De har også et særlig ansvar for å sørge for at det anvendes arbeidsmetoder som sikrer at den nyeste og beste kunnskapen anvendes i praksis. For å oppnå god tjenestekvalitet og pasientsikkerhet i praksis, som innebærer bruk av ny forskningskunnskap, kan det være hensiktsmessig å få kunnskap om hvilken forståelse ledere har om dette i praksis, og hva retter de fokuset på.

Denne studien bygger på et formål om å utvikle ny kunnskap om hvorvidt dagens praksis i tjenestene til utviklingshemmede er kunnskapsbasert, samt få innsikt om hvilke erfaringer ledere har med dette. Jeg ønsket også å vite mer om hvordan de tilrettelegger for kunnskapsbaserte helsetjenester sett i lys av deres ansvar og rolle. I tillegg ønsket jeg å vite om hvilke utfordringer de møter i dette arbeidet. Sagt med andre ord, ønsket jeg å undersøke hva lederne gjør, og hva de tenker om det de gjør. På bakgrunn av dette fant jeg ut at det var hensiktsmessig å intervju dem, slik at jeg kunne få mye informasjon om temaet. Jeg formulerte følgende problemstilling, og studien har til hensikt å besvare dette:

«Hvilke erfaringer har ledere med anvendelse av kunnskapsbasert praksis i tjenester til utviklingshemmede?».

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks kapitler, hvorav bakgrunn for studien er gjort rede for i dette første kapitlet, og oppgavens problemstilling har blitt presentert og begrunnet. I kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske forankring. Innledningsvis gjør jeg rede for begrepet kunnskapsbasert praksis, og de ulike trinnene for anvendelse av en kunnskapsbasert praksisform. Heretter har jeg gjort rede for ledelse, samt beskrevet relevant teori om dette. Videre har jeg presentert en kort beskrivelse om organisasjonskultur, og om tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Avslutningsvis redegjør jeg for både tidligere forskning på feltet, og det vitenskapelige perspektivet. I kapittel 3 har jeg gjort rede for metodiske og analytiske valg i denne studien. Her beskriver jeg forskningsprosessen fra begynnelse til slutt, samt begrunnelse for valg av forskningsmetode. I tillegg trekker jeg frem etiske aspekter og ulike kriterier for studiens kvalitet. I kapittel 4 legger jeg frem resultatene fra intervjuene, og dette kapitlet blir delt i fem hovedtemaer. I kapittel 5 drøfter jeg resultatene i lys av teori og relevant forskning. I kapittel 6 oppsummerer jeg oppgavens hovedmomenter, og komme med noen avsluttende refleksjoner.

1.4 Begrepsavklaring

1. *Ledelse*: en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd (Jacobsen & Thorsvik 2016, s. 416).

2. *Leder*: ledelse utføres på ulike nivåer i organisasjoner, og det er vanlig å referere til topp-, mellom- og førstelinjeledere. I denne oppgaven intervjuer jeg ledere nederst i hierarkiet; førstelinjeledere. Med førstelinjeleder, menes alle som har et definert ansvarsområde, og er ledere for en gruppe ansatte, men ikke har noen leder under seg (Høst 2015).
3. *Kunnskapsbasert praksis*: å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Folkehelseinstituttet 2018).
4. *Tjenester til utviklingshemmede*: mennesker med utviklingshemming får ulike tjenester som eksempelvis er knyttet til arbeid, skole, aktiviteter, bolig og lignende. I denne studien referer jeg begrepet «tjenester til utviklingshemmede» til døgnbemannede boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Ledere som ble intervjuet i denne studien, jobber i slike boliger, hvor brukere hadde sin egne leiligheter, og mottok offentlige tjenester. I litteraturen er omsorgsboliger definert som alt fra selvstendige boliger, bofellesskap til enheter i bokollektiv (Breivik & Høyland 2007, s. 57).
5. *Psykisk utviklingshemming*: tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser, og klassifiseres i lett-, moderat-, alvorlig- og dyp grad (ICD-10, 2018).
6. *Pasient/bruker/beboer*: disse begrepene brukes litt om hverandre i denne oppgaven, avhengig av informantenes sitater og litteratur. Definisjonen jeg referer til her er: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasientrettighetsloven 1999, §1-3).
7. *Helse- og omsorgstjenesten*: omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere til av helse- og omsorgstjenester. Dette begrepet omfatter hele sektoren, mens «den kommunale helse- og omsorgstjenesten» omfatter de kommunale tjenestene. I denne oppgaven har jeg referert til begge begrepene (Helsedirektoratet 2015, s. 16).

2 Teoretisk forankring

I dette kapitlet vil jeg presentere teorien og det vitenskapsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for denne studien. Først vil jeg legge frem en kort innføring i evidensbevegelsen, og deretter gjøre rede for kunnskapsbasert praksis og ledelsesteorier. Videre presenterer jeg et landsomfattende helsetilsyn, lovverk og relevant forskning på feltet. Til slutt kommer en kort oppsummering av det sosialkonstruktivistiske perspektivet, inspirert av Berger og Luckman.

2.1 Evidensbevegelsen

Noen hevder at evidensbevegelses røtter kan føres tilbake til 1700 tallet, og et viktig fundament i evidensbevegelsen finner man i 1930 og '40 årene, da man begynte å eksperimentere med kontrollerte forsøk. Denne bevegelsen ble først institusjonalisert som en organisert virksomhet med etableringen av Cochrane samarbeidet i 1993. Dette samarbeidet var basert på et internasjonalt samarbeid forankret ved Oxford-universitet (Hansen & Rieper 2009, s. 22).

Archibald Cochrane (1909-1988) regnes som faren av *evidence-based medicine*, og fant ut at klinikerne i liten grad baserte sine beslutninger på forskningsbasert kunnskap (Stavrou et al., 2014, s.121; Harvey & Kitson, 2015, s. 3). Han hevdet at det meste av diagnostikk og behandling i medisinsk praksis, manglet et pålitelig forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, med potensial for å gjøre mer skade enn gagn for pasientene (Vandvik, 2009, s. 113).

Det er mer enn 20 år siden en arbeidsgruppe for evidensbasert medisin annonserte et «nytt paradigme» for undervisning og praktisering av klinisk medisin. Det betydde at tradisjoner og den teoretiske begrunnelse fra grunnvitenskap, ville bli erstattet av evidens fra høykvalitets randomiserte kontrollforsøk og observasjonsstudier, i kombinasjon med kliniske erfaringer og pasientens behov og ønsker (Grennhalgh et al., 2014, s. 1). I Europa karakteriseres England som en pioner i utviklingen av evidensbevegelsen (Hansen & Rieper 2009, s. 25).

2.2 Kunnskapsbasert praksis

Sett ut fra det historiske blikket, har denne evidensbevegelsen fått innflytelse i Norge i de senere år, og opprettelsen av Kunnskapssenteret i 2004 kan sees som et resultat av dette. (Hansen & Rieper 2009, s. 25). Arbeidsmodellen kunnskapsbasert praksis, presenteres i Norge blant annet gjennom dette senterets nettsted (kunnskapsbasertpraksis.no). Et eget

bibliotek på internett for kunnskapsinformasjon rettet mot helsepersonell, har vært i drift i dette landet siden 2006 (Strand, 2012). Definisjonen som jeg har forholdt meg til i denne studien er: «*Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen*» (Folkehelseinstituttet 2018).

Denne norske definisjonen er utledet av den engelske definisjonen, som beskriver kunnskapsbasert praksis som en tilnærming til beslutningstaking som kombinerer klinisk ekspertise, forskningsbasert kunnskap, og pasientpreferanser, for å oppnå optimale behandlingsbeslutninger (Guyatt, Cook & Haynes, 2004, s. 991). Kunnskapsbasert praksisbegrepet brukes for *evidence-based practice* i den norske litteraturen, og har lik betydning.

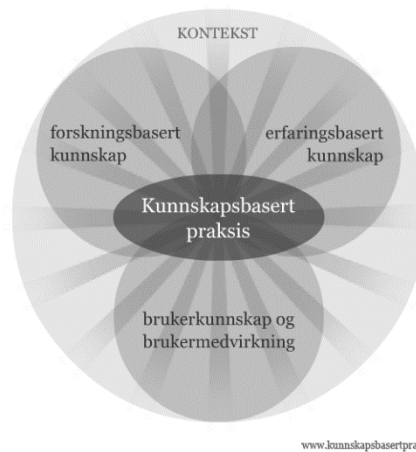
Forskningsbasert kunnskap sees som den viktigste kunnskapskilden i beslutningstakingen, men dette betyr ikke at forskningsresultater skal erstatte profesjonell ekspertise og erfaring, eller stå i veien for pasientens valg. Forskningsresultater må sees i sammenheng med praksisbasert kunnskap og pasientpreferanser før det kan anvendes i praksis (Kornør & Bradley 2008, s. 425).

To sentrale prinsipper som kan utdype hvilken verdi forskningsbasert kunnskap bør tillegges, og hvordan de tre komponentene (forskningsbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap) bør samspille ved kliniske beslutninger er: *evidenshierarkiet* og at *evidens alene aldri er tilstrekkelig ved kliniske beslutninger* (Vandvik 2009, s. 114). Det betyr at det første prinsippet vektlegger forskning av høyeste kvalitet, og det andre setter fokus på integrering av klinikerens erfaringer og pasienters ønsker i beslutningsprosessen.

For å kunne svare på spørsmålet om hvorvidt praksis er kunnskapsbasert, kan en gå gjennom en sjekkliste som består av seks elementer. På den ene siden handler disse om å være oppdatert ved å bruke gode kilder til forskning, og å vurdere evidens og dens relevans for pasienten. På den andre siden dreier de seg om å ta hensyn til pasientens perspektiv, hvor klinikerne forklarer fordeler og ulemper med ulike typer behandlinger, og om å komme frem til en beslutning hvor pasientens ønsker tas i betraktning (Greengahl 1996, s. 2). I tillegg bør klinikerne jobbe tverrfaglig, slik at det kan oppnås bredere kunnskap sett fra ulike profesjonsvinkler, som kan forsikre at pasienten får den beste behandlingen (Holland & Rees 2010, s. 8).

2.2.1 Forskning-, erfaring- og brukerkunnskap

I denne studien har jeg som nevnt ovenfor forholdt meg til den norske definisjonen av kunnskapsbasert praksis, som blir visualisert i følgende arbeidsmodell:



Figur 1: Kunnskapsbasert praksis (kunnskapsbasertpraksis.no, 2018)

Figur 1 illustrerer tre viktige komponenter som inngår i begrepet kunnskapsbasert praksis, og som må kombineres innenfor konteksten hvor vi jobber for å treffe gode beslutninger. Innslaget av forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap, og brukerens ønsker i disse beslutningene, vil og skal variere, avhengig av brukeren foran oss, lidelsene/sykdommene vi møter, og rammebetingelsene for vår praksis (Vandvik 2009, s. 114). Her vil jeg gå litt nærmere inn på hva disse tre kunnskapsformene innebærer, og på hvilken måte kan dette komme til anvendelse.

Forskning defineres som « *kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap*» (Nordtvedt et al., 2008, s. 15). Grunnforskning og anvendt forskning er de to hovedkategoriene forskningen deles i, hvor grunnforskning innebærer å søke systematisk etter kunnskap, uten å ha en bestemt anvendelse som formål. Anvendt forskning innebærer å søke systematisk etter ny kunnskap, med en bestemt anvendelse i tankene (Senter for omsorgsforskning 2014, s. 37). I kunnskapsbasert forskning, får anvendt forskning en sentral rolle, og det vil si at dette er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser (Nordtvedt et al., 2008, s. 16). I praksisnære situasjoner hvor helsepersonell sitter med spørsmål angående ulike problemstillinger, vil forskningslitteratur bidra til å belyse disse, samt gi en oversikt over hva som har fungert eller ikke i lignende situasjoner. I tillegg kan dette føre til at beslutningene baseres på dokumentert og validert kunnskap, samt at mulighetene for feil behandling reduseres.

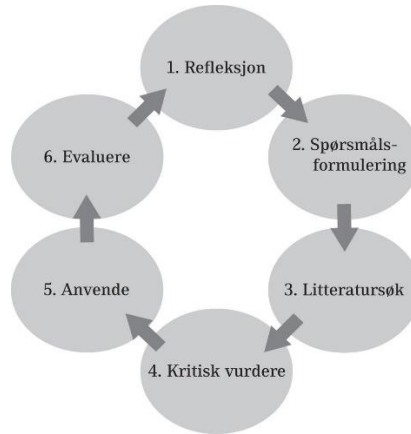
Erfaringsbasert kunnskap er den kunnskapen man tilegner seg som resultat av erfaringer. Denne kunnskapsformen innebærer de generelle grunnleggende ferdighetene en har, samt den enkelte praksisutøverens opplevelser (Haynes, Devereaux & Guyatt 2002, s. 37). På bakgrunn av disse opplevelsene, kan denne kunnskapsformen bidra til nyttig kunnskap knyttet til elementer som bør tas hensyn til i gitte situasjoner. Personalmøter med fokus på erfaringsutveksling, veiledning og lignende, kan være eksempler for innhenting av slik kunnskap.

Brukerkunnskap er den formen for kunnskap som setter brukeren i sentrum, og er dermed personsentrert. Dette anses som en viktig ressurs for kunnskapsbasert praksis, hvor fokuset rettes opp mot følgende spørsmål: *«hva er det beste handlingsforløpet for denne pasienten, under disse omstendighetene, på dette tidspunktet i deres sykdom eller tilstand?»* (Greenhalgh et al., 2014, s. 3). I praksis vil dette bety at helsepersonell inviterer brukerne til å bidra med sin kunnskap og sine preferanser i valg av tjenester (Nordtvedt et al., 2008, s. 17). Dette utgjør en viktig kunnskapskilde, som kan bidra til at utforming av tjenestene, samt behandlingen, blir individuelt tilpasset.

Disse tre kunnskapsformene omslutes av kontekst som er knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og politikk (ibid). Sagt med andre ord, påvirker slike forhold alle elementene i modellen.

2.2.2 Hvordan anvende kunnskapsbasert praksis?

I denne oppgaven er anvendelse av en kunnskapsbasert praksisform forstått som å sette de tre kunnskapsformene sammen i praksis i møte med brukerne i en gitt kontekst (Nordtvedt et al., 2008, s. 17). Det vil si at helsepersonell vil jobbe systematisk med dette for å kunne kvalitetssikre tjenestene de yter. En måte å gjøre det på, som jeg har forholdt meg til i denne oppgaven, er gjennomgangen av en prosess i 6 trinn som vist i figur nr.2.



Figur 2: Trinnene i kunnskapsbasert praksis (kunnskapssenteret.no)

Jeg har tatt utgangspunkt i denne figuren som er presentert av kunnskapssenteret, og trinnene som Newell og Burnard (2006) legger frem i sin bok. Det første trinnet er lagt til som et ekstra start-trinn i den norske modellen for å fremheve at kunnskapsbasert praksis initieres ved at man reflekterer over sin egen praksis, og erkjenner informasjonsbehov (Nordtvedt et al., 2008, s. 18). Dette trinnet finnes ikke i den opprinnelige modellen (Sheldon, Guyatt & Haines 1988).

Spørsmålsformulering er det andre trinnet, hvor helsepersonell kommer frem til et konkret spørsmål. Spørsmålet må være tilstrekkelig spesifikt for å veilede oss gjennom de ulike aspektene av personenes vanskeligheter. Klinikerer oppnår dette ved å ta i betraktning PICO, som er en forkortelse for: Population/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Newell & Burnard 2006, s. 204; Hartzell et al., 2015, s. 40). Dette er et verktøy som hjelper med å formulere et tydelig og presist spørsmål, og dermed bidrar til at helsepersonell finner de svarene de leter etter (Folkehelseinstituttet, 2016; Nylenna 2012).

I litteratursøket søker klinikerer opp aktuell forskning for å svare på spørsmålet ved å bruke databaser. Det betyr at i dette steget skal klinikerer kunne sette opp en søkestrategi, og gjennomføre det i databaser (Nordtvedt et al., 2008, s. 47). Her anbefales det å bruke et forskningshierarki som går fra den mest pålitelige til mindre pålitelige forskningen (Newell & Burnard 2006, s. 204). I trinn fire skal klinikerer kritisk vurdere artikkelene som er innhentet fra det forrige trinnet, ved å skille ut de som er verdt å lese (Bjørndal, Flottorp & Klovning 2013, s. 61). Dette steget krever kunnskap om de ulike forskningsmetodene og vitenskapelige perspektivene (Nordtvedt et al., 2008, s. 68).

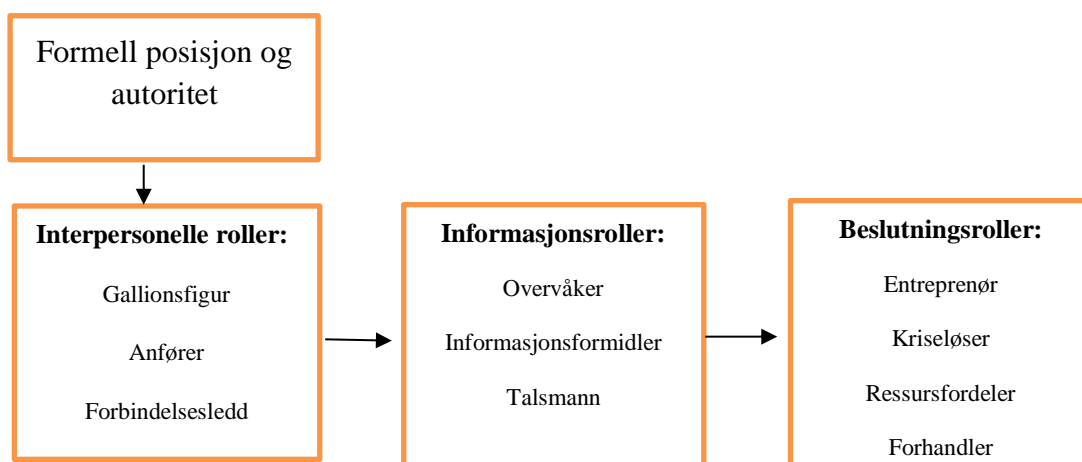
Anvendelse av kunnskap er avhengig av en kombinasjon av klinikerens erfaringer, pasientens kunnskap, og kontekst, før tiltak iverksettes (Newell & Burnard 2006, Bjørndal et al., 2013 & Nordtvedt et al., 2008). Det siste trinnet av prosessen er evaluering av egen praksis sett i lys av hvorvidt klinikerne har jobbet kunnskapsbasert, ved å se gjennom alle stegene (Newell & Burnard 2006, Nordtvedt et al., 2008).

2.3 Ledelse

Det finnes i dag mange definisjoner på ledelse, og mye teori som belyser hva som bidrar til god ledelse, og hvilke egenskaper en leder bør ha for å lykkes. I denne studien har jeg valgt å støtte meg til Jacobsen og Thorsvik sin definisjon om at *ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd*. Det betyr at hensikten med ledelse innenfor rammen av en organisasjon, er å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer, og å få dem til å trives i arbeidet (2016, s. 416). Ledelsen har da til hensikt å påvirke innsatsvilje og samarbeid mot et felles mål (Arnulf 2012, s. 9). En god leder er en leder som makter å utvikle en god ledelsesprosess innenfor sitt ansvarsområde (Busch & Vanebo 2000, s. 247).

2.3.1 Lederroller

Henry Mintzberg kategoriserer lederens ulike roller i tre hovedkategorier: *interpersonelle roller, informasjonsroller og beslutningsroller*.



Figur 3: Lederroller klassifisert av Mintzberg.

Jacobsen og Thorsvik har beskrevet Mintzbergs teori, og skriver at interpersonelle roller er roller som dreier seg om kontakt med andre mennesker, både i og utenfor organisasjonen (2016, s. 421). Det handler ikke bare om verbal kontakt, men også om hvordan lederen fremstår som en symbolfigur for mennesker i og utenfor organisasjonen (Kaufmann & Kaufmann 2015, s. 454). Lederen er den som potensielt har tilgang på mest informasjon, og derfor er behandling av informasjon (informasjonsrolle) en sentral lederoppgave. Beslutningsrollen dreier seg om at lederen står sentralt i enhver beslutningssituasjon, fordi den har høyest formell autoritet. Til sammen utgjør disse tre rollene en helhet, og de er knyttet til funksjoner som gode ledere forventes å utføre (Jacobsen & Thorsvik 2016, s. 424).

2.3.2 Lederstil

Lederstil dreier seg om hvordan lederne opptrer, hva de er opptatt av, og hvordan de forholder seg til sine medarbeidere. De første teoriene om lederstil antok at det fantes en lederstil som vil gi de beste resultatene, uavhengig av hva som kjennetegner situasjonen. Fokuset var begrenset på relasjonen mellom leder og medarbeiderne, hvor de to grunnleggende lederstilene er: *demokratisk eller relasjonsorientert ledelse* og *autoritær eller oppgaveorientert ledelse*. Den første legger vekt på gode relasjoner med sine ansatte, og deres involvering i beslutninger knyttet til arbeidet (Kaufman & Kaufman 2015, s. 460). Den andre preges av produksjon og effektivitet, og det vil si at lederne som benytter denne stilen tar relativt selvstendige beslutninger, uten å trekke med medarbeidere (Thorsvik & Jacobsen 2016, s. 433).

Situasjonsbetinget ledelsesteori har fokus på at ulike situasjoner krever forskjellige lederstiler for at resultatet skal være effektivt. Fiedler har utviklet en modell som legger fokus på tre trekk ved situasjonen, som er antatt å være av betydning for lederens rolle og mulighet til å påvirke de ansatte: *forholdet mellom leder og medarbeider, oppgavestruktur og stillingsmakt* (Kufman & Kaufman 2015; Jacobsen & Thorsvik 2016). Ifølge Fiedler vil oppgaveorienterte ledere fungere best i situasjoner som enten er svært gunstige eller ugunstige for ledere, mens relasjonsorienterte ledere vil fungere best i situasjoner som er delvis gunstig eller delvis ugunstig (ibid). I denne studien går jeg mer i dybden på både lederrolle- og lederstilteorien i diskusjonskapitlet.

2.3.3 Organisasjonskultur

I denne oppgaven har jeg fokusert på hvordan ledere legger til rette for anvendelse av kunnskapsbasert praksis. I denne sammenhengen er både den formelle og uformelle samhandlingen mellom ledere og de ansatte viktig for å forstå hvordan ledere beskriver hva de opplever som rett å gjøre i arbeidet, og hvordan de konstruerer mening i det de gjør. Dette kan knyttes til både den synlige og usynlige kulturen. Busch, Vanebo og Dehlin, beskriver Schein sin forklaring på kulturbegrepet, hvor han vektlegger skillet mellom det som er synlig i en kultur, som for eksempel organisatorisk struktur, strategier og mål, og det som er usynlig, eksempelvis tanker, følelser og «tatt for gitt oppfatninger». Kulturen som skapes på arbeidsplassen kan påvirke, samt styre, ledernes- og medarbeidernes atferd eller handling (2016, s. 216).

En organisasjonskultur er et mønster på hvordan man tenker, føler og reagerer. Den er preget av et fellesskap og en akseptert forståelse av hvordan man skal forholde seg til omgivelsene, og at dette er en forståelse som kan læres videre til nye medlemmer (Sætre 2009, s. 87). En populær definisjon av organisasjonskultur er «*måten vi gjør tingene på her hos oss*». Her legges det vekt på verdier og normer som binder en gruppe sammen (Kaufmann & Kaufmann 2015, s. 369).

Kulturen i en institusjon skapes av noen, og den forsvinner ikke så raskt når den først er etablert. Lederne og medarbeiderne utgjør nemlig de to elementene som bidrar til at en kultur skapes og vedlikeholdes. For det første har lederne en viktig rolle i å utvikle organisasjonskulturen, og det betyr at hvis deres verdier aksepteres og opprettholdes, vil medarbeiderne identifisere seg med dem. For det andre oppstår en kultur også gjennom felles erfaring og forståelse, som medarbeiderne får ved regelmessig samvær på jobben (Kaufmann & Kaufmann 2015, s. 371).

2.4 Landsomfattende tilsyn: “Det gjelder livet”

«*Det gjelder livet*» er en rapport som kom på bakgrunn av et landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i 2016. Dette ble gjennomført med 57 kommuner, hvor fylkesmennene intervjuet mer enn 200 brukere og cirka 70 representanter for brukere som ikke selv kunne formidle sine erfaringer. De undersøkte om kommunene gjennom systematisk styring og ledelse sikrer at mennesker over 18 år med

utviklingshemming, som bor i boliger, får forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I tillegg ble det undersøkt om kommuner legger til rette for personlig assistanse i form av tilsyn og bistand til å ivareta egenomsorg, bistand til aktivisering, og opplæring til dagliglivets gjøremål. Fylkesmennene undersøkte videre om kommunen legger til rette for at mennesker med utviklingshemming får helsetjenester i hjemmet, og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling. I undersøkelsen inngikk det også om kommunene legger til rette for at brukerne får medvirke, og for samhandling internt og med fastlege og spesialisthelsetjenesten. I 12 kommuner fant fylkesmennene ingen lovbrudd, og i 45 kommuner fant de til dels alvorlig svikt i tjenestetilbudet. I flere kommuner ble det avdekket svikt med potensielt alvorlige konsekvenser for brukerens livskvalitet og helse (Helsetilsynet 2017). I diskusjonskapitlet går jeg mer i dybden av disse funnene.

2.5 Lovverk

Ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som jobber med bistand til mennesker med utviklingshemming, må forholde seg til en del lover og retningslinjer. Dette setter krav og forventninger til både helsepersonell, og virksomhetene for utforming av tjenestene. I dette kapitlet vil jeg presentere kort lovverket som regulerer tjenesten.

2.5.1 Helsepersonelloven

Formålet med helsepersonelloven er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven 1999, §1). Loven regulerer de plikter og ansvar helsepersonell har i sitt arbeid. Den stiller krav om *faglig forsvarlighet*, og i dette begrepet ligger krav om en faglig standard for hvordan de skal utøve sitt yrke i ulike situasjoner. Forsvarlighetskravet pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer faglig forsvarlige helsetjenester. Helsepersonell må holde seg oppdatert, og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at de kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Bakgrunnen for kravet om faglig oppdatering, er at den enkelte helsepersonell skal kunne gjøre oppgaver som forventes av dem, og det innebærer kontinuerlig oppdatering og fagutvikling (Helsedirektoratet 2018). Forholdet mellom helsepersonelloven §4 og §16 får frem helsepersonellet sitt individuelle ansvar, og arbeidsgivers ansvar for å organisere driften på en slik måte at de kan oppfylle sine plikter (1999). For å kunne oppfylle kravet om faglig

forsvarlighet, må helsepersonell jobbe med både innhenting og anvendelse av ny kunnskap i den kliniske virksomheten, slik at pasientene skal kunne få en kunnskapsbasert behandling. I tillegg bidrar en kunnskapsbasert arbeidsform til at profesjonsutøvere holder seg faglig oppdatert, gjennom å utføre litteratursøk relatert til praksisnære spørsmål.

2.5.2 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av *god kvalitet*, ved å gi pasienter og brukere *rett til å medvirke* ved gjennomføring av helsetjenester. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det er pålagt at dersom pasientene ikke har samtykkekompetanse, har pasientens pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten (Pasientrettighetsloven, 1999, §3).

Helsepersonell har derfor en plikt til å informere og involvere pasienten når det ytes helsehjelp, jf. §10 i helsepersonelloven. Det betyr at samspeilet mellom pasient og helsepersonell får en betydelig rolle for at bestemmelsen om medvirkning skal bli en realitet. Som nevnt ovenfor (se kapittel 2.2.1), utgjør brukerkunnskap en betydelig kunnskapskilde i kunnskapsbasert praksis. Det betyr at denne arbeidsmodellen vil kunne bidra til at det tas høyde for pasientenes og brukernes innflytelse over sitt eget personlige hjelpetilbud, ved at helsepersonell lytter til deres erfaringer.

På et overordnet nivå er kommunene pålagt å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Loven stiller krav om *kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og forsvarlighet* (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011). Kunnskapsbasert praksis blir viktig for å kunne oppfylle kravene i dette lovverket, sett i lys av at en slik arbeidsform legger vekt på disse kravene gjennom bruk av både forsknings-, erfarings- og brukerkunnskap.

2.6 Forskningsstatus på feltet

Tidligere forskning på feltet ble studert under hele forskningsprosessen, og dette utgjør et viktig grunnlag for å belyse denne studiens funn. Her vil jeg først presentere kort søkeprosessen, og deretter et utvalg av studier som er relevante for temaene i masteroppgaven. Det dreier seg om både nasjonal og internasjonal forskning.

2.6.1 Kildesøk

For å finne frem til aktuell forskning, brukte jeg følgende søkeord på både norsk og engelsk, avhengig av hvilken database jeg benyttet: kunnskapsbasert praksis, ledelse, implementering av kunnskapsbasert praksis, primærhelsetjenesten, lederes og helsepersonellens erfaringer, omsorgsboliger, psykisk utviklingshemming, forskningsbasert kunnskap, og brukermedvirkning. Søk med bibliotekar ble også gjennomført, og mitt litteratursøk resulterte i et stort antall treff, så jeg valgte ut artikler som kunne være relevante for å besvare min problemstilling. Databasene som jeg benyttet er: PubMed, Oria, Ovid, Medline, CINAHL, Idunn, Helsedirektoratet, og Psycinfo. Litteraturlisten i de forskjellige artiklene, har også vært en god kilde til litteratur.

2.6.2 Sentrale kilder

Det er skrevet mye om kunnskapsbasert praksis i både internasjonale- og norske sammenhenger, men det er vanskelig å finne forskning der fokuset er lederens erfaringer med anvendelse av dette. I mine søk har jeg funnet mye forskning innenfor sykepleie- og legefeltet primært relatert til spesialisthelsetjenesten, og en del fra primærhelsetjenesten, blant annet sykehjem. Så langt jeg vet er det ikke gjort forskning i Norge på dette feltet som retter fokuset mot tjenestene til utviklingshemmede. Nedenfor har jeg oppsummert noe av forskningslitteraturen jeg fant gjennom litteratursøket.

Flere studier viser at for å lykkes med implementering av kunnskapsbasert praksis, er det viktig å ha en leder som tilrettelegger for dette, samt motiverer og engasjerer de ansatte til utviklingsarbeid. Lederes rolle i denne prosessen har en sentral betydning for tjenestenes kvalitet, og for ivaretagelse av pasientsikkerhet. Det viser seg at anvendelse av en kunnskapsbasert arbeidsform, er tilnærmet umulig å oppnå dersom dette ikke forankres hos ledelsen, og ledere ikke engasjerer seg i dette arbeidet (Aasekjær et al., 2016; Flottorp & Aakhus 2013; Røkholt et al., 2017; Dannapfel, Peolsson & Nilsen 2013; Stetler et al., 2009; Aarons et al., 2015; Birken, Lee & Weiner 2012; Stetler et al., 2014; Aarons & Sommerfeld 2012; Sørli et al., 2010; Råholm 2009). I tillegg fører en tydelig og engasjert ledelse til økt arbeidsevne hos ansatte (Fjeldbraaten & Torp 2013). I en forskningsoppsummering av Powell, Rushmer og Davies, viser det seg at det er fem forhold som omtales som nødvendige forutsetninger for vellykket implementering og forbedring i helsetjenesten: helsepersonellet har et aktivt engasjement til kunnskapen som skal anvendes, kunnskapen tilpasses den lokale

konteksten, den nye kunnskapen er i samsvar med institusjonens mål, ledelsen er aktivt støttende og deltakende i implementeringen, og implementeringsarbeidet er integrert i organisasjonen (2009).

I studier om hvilke type lederstil som kan fremme lederes forhold til kunnskapsbasert praksis, ble det funnet at transformasjonsledelse med fokus på utvikling og innovasjon, hadde en positiv betydning (Stetler et al., 2014; Aarons & Sommerfeld 2012). Lederroller og funksjon av ulike ledelsesnivå, kan også ha betydning for suksessfull institusjonalisering av kunnskapsbasert praksis i institusjonen. Rolle-modellering, strategisk tenkning, og å fremkalle inspirasjon og en støttende kultur for KBP, var sentrale ledelsesegenskaper for dette (Stetler, et al., 2014). I den samme studien kom det frem at kunnskapsbasert praksis kan utvikles, forbedres og opprettholdes med utgangspunkt i lederes egenskaper. Studien viste at ledere med strategiske egenskaper etablerte og vedlikeholdt normative og kulturelle forventninger, og kulturelle artefakta som for eksempel dokumentasjon om KBP rolle, journal clubs, og KBP-språket. Lederne med funksjonelle egenskaper var rettet mot å aktivere og engasjere andre i KBP, ved å organisere aktiviteter som hadde fokus på KBP (ibid).

Både organisatoriske og individuelle faktorer, ser også ut til å være avgjørende for vellykket anvendelse av kunnskapsbasert praksis. Blant annet organisasjonskulturen og individenes holdninger og atferd mot denne arbeidsmodellen, er eksempler på dette. Et miljø som er åpent for bruk av forskning i praksis, og hvor de ansatte har en positiv holdning til å ta i bruk ny praksis, viser seg å ha en viktig betydning for anvendt kunnskapsbasert praksis (Snibsøer et al., 2012; Røkholt et al., 2017; Aarons & Sommerfeld 2012; Aarons et al., 2015; Stetler et al., 2009; Dannapfel et al., 2013; Aasekjær et al., 2016).

Det fremheves i flere studier, at for å sikre en kunnskapsbasert praksis, anbefales det at helsepersonell bør ha basiskompetanse innen for eksempel litteratursøk og kritisk vurdering av forskning. Å ha en fellesforståelse og kunnskap for hva kunnskapsbasert praksis innebærer, er viktig for å kunne skape en kultur for praksisendring med denne modellen som arbeidsform. Det må bygges kapasitet og kompetanse i alle ledd fra ledere til profesjonsutøvere. (Squires et al., 2011; Flottorp & Aakhus 2013; Dannapfel et al., 2013; Røkholt et al., 2017; Aakhus, Flottorp & Oxman 2012). Eksempelvis viser en studie som er gjort blant helsepersonell med videreutdanning i kunnskapsbasert praksis i Bergen, at de var motiverte til å formidle informasjonen videre til kollegaer, og få dem til å se betydningen med KBP. Noen av metodene som ble brukt, var å utvikle, samt å integrere, kliniske protokoller ved å få frem verdien av å jobbe kunnskapsbasert i helsetjenesten. Danningen av kliniske

grupper som jobbet systematisk med prinsippene av KBP, og strukturering av en arbeidsplan med fokus på dette, var også en nyttig metode (Aasekjær et al, 2016).

En rekke studier har belyst at det å ta i bruk forskningsresultater i klinisk praksis, er utfordrende. Barrierer som mangel på tid, tilgjengelig forskning, og kompetanse, utgjør hovedutfordringer for å innføre en praksis som er kunnskapsbasert (Forsetlund & Bjørndal 2002; Retsas 2000; Florzak 2016; Røkholt et al., 2017; Aakhus et al., 2012; Dannapfel et al., 2013, De Smedt, Buyl & Nyssen 2006). Lav tro på verdien av forskningsbasert kunnskap i praksis, viser seg å være en stor hindring for forskningsanvendelse (ibid).

Forskingsbasert kunnskap er den kunnskapsformen som blir minst brukt i praksis. Det helsepersonell benytter seg mest av i arbeidshverdagen, er hverandres erfaringer og pasientens ønsker. En forklaring på det, kan være at de var lite familiarisert med forskning, og at kunnskapsbasert praksis kan være lett å akseptere teoretisk, men vanskelig å anvende i praksis (Berland, Gundersen & Bentsen 2012; De Smedt et al., 2006; Røkholt et al., 2017).

2.7 Teoretisk posisjon

Fokuset for denne studien, er hvordan ledere forstår og anvender kunnskapsbasert praksis, sagt med andre ord deres erfaringer med dette. Jeg ser på sosial konstruktivisme som en egnet tilnærming, da studiens mål er rettet mot hvordan kunnskapsbasert praksis anvendes gjennom sosial samhandling og språk i en gitt kultur. Forståelse og viten er så grunnleggende bestemt av vår plassering innenfor historien, av kulturell og sosial tilhørighet, av samfunnsstrukturer, livsformer og praksiser, at det er vanskelig å snakke om «sannhet» som noe universalt (Thomassen, 2006, s. 117).

Det konstruktivistiske vitenskapsteoretiske perspektivet oppfatter kunnskap som konstruert av dem som deltar i bestemte sosiale sammenhenger. Det fremhever at vi forstår omverden gjennom de kategorier vi gir uttrykk for, og at vår forståelse er preget av den kultur vi lever i. (Thagaard 2013, s. 44). Et sentralt begrep i sosialkonstruktivismen, er at det dreier seg om prosessen som konstruerer kunnskap, og denne tilnærmingen setter fokus på hvordan personer snakker om verden og erfaringer.

I denne studien ble jeg inspirert av Berger og Luckman, og deres definisjon på «*virkelighet*» og «*kunnskap*». Virkelighet blir definert som «*en kvalitet som er knyttet til fenomener som vi erkjenner har en eksistens uavhengig av vår egen vilje*» og kunnskap som «*vissheten om at fenomener er virkelige og at de er i besittelse av disse karakteristika*» (Berger & Luckman,

2000, s. 24). Det vil si at virkelighet blir skapt i et samfunn, og dette er forskjellig fra samfunn til samfunn, og at kunnskap er forskjellig fra person til person.

Hverdagsvirkeligheten innebærer den kunnskapen som styrer vår atferd i hverdagen. På den ene siden påpeker de at bevisstheten alltid er målrettet. Det vil si at den alltid har intensjoner, eller er rettet mot et objekt. Ulike objekter fremstiller seg for bevisstheten som bestanddeler av ulike virkelighetsområder. Det betyr at disse objektene skaper helt forskjellige spenninger i vår bevissthet, og oppmerksomheten vår er rettet mot dem på to forskjellige måter (2000, s. 41). I min studie vil dette være med på å belyse ledernes erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis med utgangspunkt i rammer eller retningslinjer som regulerer dette. På den andre siden mener Berger og Luckman at hverdagsvirkeligheten fremstiller seg som en verden vi deler med andre, kalt en intersubjektiv verden. Vi kan ikke eksistere i hverdagslivet uten en kontinuerlig interaksjon og kommunikasjon med andre (2000, s. 43). Dette kan belyse hvordan ledere samarbeider med de ansatte eller andre partnere for å kunne anvende kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsbasert praksis har blitt en del av helsevesenets virkelighet i de siste årene. Ledere har et stort ansvar for å legge til rette for dette på institusjonsnivå. Det betyr at de skal forholde seg til den «nye» praksisformen i deres hverdagsvirkelighet, enklere sagt i deres arbeidshverdag. Samtidig konstrueres forståelsen for begrepet kunnskapsbasert praksis, og ikke minst forholdet til det i fellesskap på arbeidsplassene. Kulturen i de ulike arbeidsplassene kan ha en betydning for hva slags kunnskap som skapes. Jeg er opptatt av å se på disse forholdene, og derfor ser jeg på det sosialkonstruktivistiske perspektivet som en tilnærming som kan bidra med å belyse studiens problemstilling.

3 Metode

Denne studien har et beskrivende design med kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode eger seg best her, siden jeg vil få vite mer om lederes tanker, holdninger, motiver og erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis. I tillegg er denne metoden egnet til å belyse min problemstilling, fordi jeg ønsker å forstå informantenes perspektiver, og utforske hvilke meninger de legger i fenomener (Malterud, 2011, s. 27; Green & Thorogood, 2014, s. 40; Silverman 2015, s. 169; Holloway & Galvin, 2017, s. 3).

3.1 Semistrukturert intervju

I denne studien har jeg benyttet semistrukturert intervju for å belyse min problemstilling, fordi denne formen for innhenting av empiri søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Mitt mål var å få frem betydningen av informantenes erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 20). Denne metoden vil gi meg muligheten til å gå i dybden med hver informant, og å forstå sider ved deres beskrivelse fra deres eget perspektiv (Thagaard, 2013, s. 13; Holloway & Galvin, 2017, s. 90). Bakgrunnen for valg av semistrukturert intervju som metode, var også at jeg på forhånd kunne velge hvilke temaer samtalen skulle handle om (Dalen, 2011, s. 26). På denne måten vil forskningsspørsmålet drive intervjuet, samt at jeg får muligheten til å høre informantene snakke om deres erfaringer (Willing, 2013, s. 29). Ved å ha ferdig formulerte spørsmål å støtte meg til, sørget jeg for å ikke ende opp med lite eller i verste fall ubrukelig datamateriale. Det at informantene svarte på de samme spørsmålene, ville gjøre det lettere for meg å sammenligne intervjuene med hverandre, og ikke minst avdekke likheter og ulikheter i disse. Samtidig kunne jeg forfølge andre interessante temaer jeg ikke kunne vite om på forhånd, altså grunnet et ikke fullt strukturert intervju

3.2 Utarbeiding av intervjuguide

Før igangsettelse med utvelgelse av informanter og gjennomføring av intervjuene, utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 3). Dette omfattet sentrale temaer og spørsmål som skulle tas opp i intervjuet, og rekkefølgen de skulle ha, og hensikten var å strukturere intervjuene (Tjora 2012, s. 134). Oppfølgingsspørsmål ville det være mulig å stille der dette falt naturlig og nødvendig (Kvale & Brinkmann 2017, s. 171). Målet med denne arbeidsprosessen var å

omsette studiens problemstilling til konkrete temaer og spørsmål. Inspirert av Dalen, valgte jeg å ha prosjektets tittel og problemstilling foran meg når jeg skulle utarbeide de ulike temaene og spørsmålene som skulle inngå i guiden (2011, s. 26).

Innledningsspørsmålene i intervjuguiden, bestod av noen enkle spørsmål som var beregnet som oppvarmingsspørsmål. Disse spørsmålene var ment til å bli kjent med boligen, brukeres diagnoser, og de ansattes utdanningsbakgrunn. Hensikten med en slik intervjustrart, var å skape en avslappet stemning hvor informantene ville føle at det er greit å snakke åpent og tenke høyt. I tillegg ville dette ha en betydning for «å bli kjent fasen» og videreprosessen (Tjora 2012, s. 110; Willing 2013, s. 30).

Hoveddelen av intervjuguiden bestod av spørsmål som fokuserte på tre sentrale temaer: ledernes forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis, ledernes rolle/ansvar, og anvendelse av kunnskapsbasert praksis. Denne delen av intervjuguiden er inspirert av Spradley's intervjuguide (1979) med fire type spørsmålskategorier som Willing referer til i sin bok. Disse kategoriene er: *deskriptive*¹, *strukturelle*², *kontrast*³ og *evaluerende*⁴ spørsmål (2013, s. 31). Det vil si at jeg forsøkte å lage spørsmål med utgangspunkt i disse kategoriene, og bakgrunnen for det var å få et rikt og fyldig datamateriale.

Under utformingen av spørsmålene, var det også andre forhold jeg ville være oppmerksom på. Mitt mål var å lage spørsmål som kunne gi meg beskrivende informasjon, for å belyse studiens problemstilling. Derfor måtte spørsmålene for det første være enkle, og lette å forstå (Kvale & Brinkmann 2017, s. 144). I forbindelse med dette, forsøkte jeg å unngå bruk av tekniske eller akademiske begreper. I tillegg valgte jeg å utforme åpne spørsmål, og unngå ledende spørsmål, med den hensikt å ikke antyde et foretrukket svar (Green & Thorogood 2014, s. 116). Sist men ikke minst, var det viktig å unngå tvetydige spørsmål (Dalen 2011, s. 27).

I avslutningsdelen av intervjuet, valgte jeg å spørre informantene om de hadde noe mer å tilføye (Tjora 2012, s. 134). Dette gjorde jeg for å kunne gi informantene rom til å snakke mer

¹ Spør informanten om å beskrive «hva skjedde» (eksempelvis når informantene kommer med et eksempel og jeg stiller spørsmål om å fortelle mer om det).

² Spør informanten om å identifisere kategorier for mening som den bruker til å få mening i verden (eksempelvis når jeg spør om hva bra praksis betyr for informanten).

³ Spør informanten om å sammenligne erfaringer el. lignende (eksempelvis når jeg spør om de ser noen kontraster mellom kommunal- og spesialisthelsetjenesten).

⁴ Spør informanten om følelser eller tanker rundt noe (eksempelvis når jeg spør om hva informantene ville gjøre annerledes for anvendelse av kunnskapsbasert praksis).

om temaene vi hadde snakket om, å kunne bringe inn noe annet som var relevant for samtalen eller velge å ikke svare.

3.3 Utvelgelse og presentasjon av informanter

I denne kvalitative studien, har jeg benyttet meg av et strategisk utvalg av informanter, for å få best mulig belysning av problemstillingen (Malterud 2011, s. 56; Thagaard 2013, s. 60). For å kunne oppnå dette, var det viktig å intervjuer erfarne ledere som kunne beskrive erfaringer med implementering av kunnskapsbasert praksis i døgnbemannet omsorgsboliger for utviklingshemmede.

Problemstillingen fordret at jeg hadde informanter som hadde ledererfaring i omsorgsboliger for utviklingshemmede. For å komme i kontakt med dem, bistod min veileder i denne prosessen ved å søke på godkjenning i fire geografiske områder i kommunen, slik at vi kunne få kontaktinformasjon av potensielle informanter. Dette ble gjort via mail (vedlegg 5), der fire enhetsledere fikk forespørsel om tillatelse til å kontakte mulige førstelinjeledere til masterprosjektet. Deretter sendte de oss en liste med kontaktinformasjon til de førstelinjelederne som hadde meldt seg frivillig til å delta. Videre tok jeg kontakt med dem via telefon/mail, og gav informasjon om studiens hensikt og intervjuets innhold. Mine inklusjonskriterier var: ansatte som var ledere for omsorgsboliger, og en ledererfaring på minst ett år. Hensikten med dette var å velge ut ledere som var kjent med prosedyrer, rutiner, ansatte, retningslinjer og rammeverket som gjenspeiler praksisen på arbeidsstedet.

Jeg ønsket også heterogenitet blant informantene, og forsøkte derfor å inkludere representanter fra ulike deler av kommunen, fordeling av kjønn, og spredning i alder. Bakgrunnen for dette var å oppnå informasjonsrikdom samt, unngå et homogent datamateriale som gjør det vanskelig å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål (Malterud 2011, s. 57).

I denne studien har jeg gjennomført ni individuelle intervjuer med førstelinjeledere fra fire ulike geografiske områder i kommunen. Fem av informantene er utdannede vernepleiere, to er utdannede sosionomer, en er utdannede lærer, og en er utdannet fysioterapeut. En av informantene hadde videreutdanning i ledelse, mens tre andre hadde dette pågående. De var mellom 29 og 59 år gamle, med gjennomsnittsalder på 39 år. Det var 7 kvinner og 2 menn, og de hadde mellom 1 og 25 års ledererfaring, med et gjennomsnitt på 8 år.

3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene som ble gjennomført høsten 2017, ble gjort på 9 forskjellige omsorgsboliger. De varte mellom 55 og 80 minutter. Jeg lot informantene få bestemme tidspunkt og sted for gjennomføring av intervjuet, da dette kunne bidra til en god start (Tjora 2012, s. 120). De valgte å gjennomføre intervjuet på sin arbeidsplass, og intervjuene foregikk på deres kontor.

Å skape en tillitsfull atmosfære som kunne bidra til at informantene følte seg komfortable med å snakke om mitt tema, var et av mine mål i denne delen av arbeidsprosessen. For å kunne oppnå dette, valgte jeg å starte samtalen med å takke for at de ønsket å stille opp, og å fortelle litt om meg selv og masteroppgavens mål (en repetisjon, siden alle informantene hadde fått informasjon om dette via mail). Dette bidro til å etablere en god kontakt mellom meg og informantene i startfasen av intervjuet (Green & Thorogood 2014, s. 115). Før intervjustart, leverte jeg også noen få bakgrunnsspørsmål (vedlegg 4) til ledere, med hensikt å unngå tidsbruk på disse spørsmålene, samt å stille spørsmål som kunne oppleves som sensitive. Informasjonen jeg fikk som resultat av dette, var viktig for meg, spesielt når jeg skulle lage en oversikt over mine informanter.

Det første intervjuet ble gjennomført av både meg og min veileder, hvor jeg ledet intervjuet mens veileder kom med noen oppfølgingsspørsmål spørsmål underveis. I og med at jeg ikke har lang erfaring med gjennomføring av intervjuer, var det greit å være to intervjuere ved det første intervjuet. Dette gjorde det mulig for meg å konsentrere meg om intervjuguiden, å stille spørsmål, og å holde rede på hvilke spørsmål som allerede er dekket (Tjora 2012, s. 119). I forkant av intervjuet, spurte jeg informanten om det var greit at min veileder var tilstede, og det var ikke et problem for vedkommende.

Som nevnt ovenfor (se kapittel 1.4), startet jeg intervjuene med oppvarmingsspørsmål som ikke krevde mye refleksjon, samt ville skape trygghet hos informantene om at de behersker situasjonen (Tjora 2012, s. 112). De ble også minnet om at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt uten å måtte gi en grunn til det.

Etter hvert stilte jeg spørsmål som omhandlet de sentrale temaene i intervjuet, hvor jeg var oppmerksom på å lytte aktivt, og gi uttrykk for positive reaksjoner både ved ord og gjennom kroppsspråk (Thagaard 2013, s. 111; Dalen 2011, s. 33). Eksempelvis brukte jeg uttrykk som «mmm», «aha», eller nikket for å anerkjenne det de hadde sagt. I tillegg tenkte jeg bevisst på å ikke avbryte informantene, samt forholde meg til pauser når de ville få tid til å reflektere

over et spørsmål (Green & Thorogood 2014, s. 118). Jeg oppdaget under transkriberingsprosessen, at jeg allikevel avbrøt informantene noen ganger, for å stille oppfølgingsspørsmål. Dette skjedde spesielt når de brakte opp temaer som virket veldig interessante for studiens problemstilling. Avslutningen av intervjuet ble preget av en mer nøytral stemning, der hvor jeg spurte informantene om de hadde noe mer å tilføye. Flere av informantene poengterte her at det var interessant og nyttig å snakke om kunnskapsbasert praksis, og at de var fornøyde med dette. Til slutt takket jeg for innsatsen, og alle informantene ga beskjed om å ta kontakt hvis det var noe mer jeg lurte på.

3.5 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på en båndopptaker, og transkribert til tekst rett etter gjennomføring. Dette ble ordrett, som vil si at jeg registrerte lyder, alle «eh»er og lignende. Hensikten med dette var å fange opp den språklige stilen, og det sosiale samspillet mellom meg og informanten, i tillegg til konteksten (Willing 2014, s. 32; Holloway & Galvin, 2017, s. 96). For meg var målet å være så detaljert som mulig under transkriberingsprosessen, for å sikre det meste av informasjonen som kunne synliggjøre eventuelle problemstillinger eller dilemmaer.

For å sikre konfidensialitet, fjernet jeg alle navn i teksten, eller andre identifikatorer, og sammenhengen mellom informant og tekst vil bare være kjent av meg. I transkripsjonen er deltagerne beskrevet som informant nr. 1, nr. 2 også videre. Denne inndelingen er basert på gjennomføringen av intervjuene. Jeg valgte også å oversette alle intervjuene til bokmål, for å sikre at anonymisering ble ivaretatt. Noen ganger førte det til at noen nyanser i språket hos den enkelte informant ble borte, men dette var ikke noe vesentlig for datamaterialet. Jeg anså at det var nødvendig for å anonymisere informantene i min studie. Selve transkripsjonsprosessen var tidskrevende, i og med at jeg gjennomførte 9 intervjuer med lengde mellom 55 og 80 minutter. Til sammen ble det 214 sider med datamateriale.

3.6 Tematisk analyse

For å analysere mitt datamateriale, har jeg valgt å bruke tematisk analyse, som bidrar til å identifisere, analysere og rapportere tema eller mønstre i data (Braun & Clarke, 2006, s. 6). Inspirert av Aksel Tjora, benyttet jeg SDI (stegvis deduktiv induktiv) metode for å kunne

gjennomføre et systematisk analysearbeid. Med utgangspunkt i denne metoden, har jeg arbeidet i etapper fra rådata til konsepter. Det betyr at jeg har fulgt en induktiv prosess, sagt med andre ord har jeg jobbet fra data/empiri mot teori.

Mitt ønske var å ta ut potensialet i den empirien jeg har generert, og SDI-metoden, som er utviklet med et slikt ideal, egner seg best. En samvittighetsfull empirinær førstefase i analysen, var derfor sentral i dette arbeidet (Tjora, 2012, s. 176). Som jeg har skrevet ovenfor, ble dybdeintervjuing benyttet for å generere data i denne studien. For å strukturere intervjuene, ble det brukt en intervjuguide som inneholdt ferdig-formulerte spørsmål med stikkord i tillegg. Databearbeiding ble gjennomført i form av transkribering av lydopptak. Dette utgjør de to første stegene i SDI-metoden (Tjora, 2012, s. 179). Etter disse to stegene, satt jeg igjen med behandlede data som utgjorde 214 sider. Siden jeg hadde et såpass stort datamateriale, valgte jeg å lese gjennom alle intervjuene, for å familiarisere meg med det før jeg satt i gang med neste steg, koding (Bazeley, 2013, s. 101).

3.6.1 Koding

I den første kodingen, brukte jeg begreper som allerede fantes i datamaterialet for å kunne følge en induktiv prosess. Inspirert av Tjora, jobbet jeg nært opp til empirien, og hadde som mål å representere de empiriske data godt (2012, s. 179). Dette ville bidra til å fange opp ekte øyeblikk i intervjuene, og ikke minst ta vare på det informantene egentlig sier. Det betyr at i denne fasen av analysearbeidet fokuserte jeg på hva de sier, og ikke hva de snakker om.

Det transkriberte datamaterialet ble lest nøye på dette stadiet av analysen, og kodet i ulike farger. Det betyr at jeg brukte like farger for de tekstnære kodene som var fra svar på de samme spørsmålene. Eksempelvis brukte jeg mørkegrønnfarge for alle de tekstnære kodene som tilhørte spørsmålene om forskningsbasert kunnskap. Først skrev jeg alle kodene i intervjuteksten/margen, og deretter skrev jeg ned alle de fargete kodene i A4 ark. Hensikten med dette, var å få bedre oversikt over datamaterialet, og ikke minst sørge for en systematisk analyseprosess som kunne bidra til en lettere gjennomføring av videre arbeid (Tjora 2012, s. 174).

Jeg fortsatte med de samme opprettede kodene fra første intervju, og laget nye der det var nødvendig. I etterkant av kodingen av det siste intervjuet, fikk jeg en lang liste med koder, som ble generert induktivt med utgangspunkt i datamaterialet. Hvor mange ulike koder man

utvikler, vil være avhengig av hvor detaljert man lager dem (ibid). For meg virket det hensiktsmessig å lage detaljerte tekstnære koder, fordi det ville gjenspeile bredden av datamaterialet, og unngå å utelate mye av det. Etter at jeg hadde gjennomført dette steget, satt jeg igjen med 724 tekstnære koder. I dette steget var jeg opptatt av å bruke god tid på å innøve en virkelig tekstnær koding av analysedata, som beskriver hva som faktisk fremkommer i intervjuet. Dette ville bidra til å peke ut interessante aspekter i den videre analysen (Tjora, 2012, s. 184).

3.6.2 Kategorier og hovedtemaer

I disse to stegene av analysen, bragte jeg problemstillingen inn i analysen. Det vil si at kategoriseringen bestod av å samle de kodene som er relevante for problemstillingen i grupper (Tjora, 2012, s. 185). Først gikk jeg gjennom alle de 724 tekstnære kodene som jeg skulle samle i grupper, og leste dem nøye. Hensikten med dette var å få et overblikk over alle kodene jeg hadde, med utgangspunkt i min problemstilling.

Kategoriene vil som regel danne utgangspunkt for hva vi vil ha som hovedtemaer i analysen. Med andre ord, vil kategoriseringen strukturere undersøkelsens resultatdel (ibid). Jeg genererte 30 kategorier, som var et resultat av de 724 tekstnære kodene jeg laget. Det var mange koder som hadde store overlapp, som jeg samlet i kategorier. Videre genererte jeg 6 hovedtemaer, ved å slå sammen kategorier. Det betyr at jeg samlet i grupper alle kategoriene som rettet seg mot det samme temaet, og som var relevante for å besvare problemstillingen. Ifølge Tjora er målet med kategoriseringen å komme frem til 3-6 hovedtemaer, som både tar ut potensialet i empirien, og svarer på forskningsspørsmål (2012:186). Et utsnitt av analyseprosessen er vist i Tabell 1.

Tabell 1: Tematisk analyse

Utdrag fra intervju	Tekstnære koder	Kategorier	Hovedtema
<p>«...å søke opp kunnskap er ikke noe som er satt i system at vi 2x i året gjør det og ser om det er ting vi burde gjøre annerledes eller sånne ting.. og det burde man kanskje være flinkere til men det gjøres ikke ...»</p> <p>«... lesing av forskning er mildt sagt frivillig og det er sikkert veldig underprioritert område også.. å ta liksom forskning som er relevant inngitt og gjøre det aktuelt for de ansatte...»</p>	<p>-det er ikke satt i system at vi 2x i året søker kunnskap og ser om det er ting vi burde gjøre annerledes..</p> <p>-lesing av forskning er mildt sagt frivillig</p> <p>-et underprioritert område</p>	<p>1.Ikke systematisk/obligatorisk arbeid med bruk av forskning i praksis</p>	<p>T J E N E S T E S T E D E R S</p>
<p>«... til å ta beslutninger på det vi skal gjøre.. også hos oss så er det jo viktigst å ha brukerne i sentrum, også tar vi de beslutningene ut fra det...»</p> <p>«...vi har mye fokus på brukermedvirkning og brukerkunnskap.. vi har hovedvekten på brukermedvirkning og brukerkunnskap.. det må jeg si...»</p> <p>«... det er viktig for oss at brukerne er med.. at det er de som styrer sitt eget liv...»</p>	<p>-hos oss er det viktigst å ha brukerne i sentrum</p> <p>-vi har hovedvekten på brukermedvirkning og brukerkunnskap</p> <p>-viktig for oss at brukerne er med</p>	<p>2.Brukermedvirkning: høyt på agendaen</p>	<p>K U N N S K A P S A N V E N D E L S E</p>
<p>«...det er ofte at man erfaringsmessig ser hva som har funket med den type brukergruppe.. også tar det videre og tilpasse det..»</p> <p>«...det er ofte man.. man hører ofte setninger som: det har vi prøvd, det har vi gjort før, han er ikke sånn, hun passer mere sånn..»</p> <p>«...erfaringsbasert kunnskap er veldig mye av det vi driver med i hverdagen...»</p>	<p>-man erfaringsmessig ser hva som har funket med denne type brukergruppe</p> <p>-man hører ofte setninger som: det har vi prøvd, det har vi gjort før, han er ikke sånn, hun passer mere sånn</p> <p>-erfaringsbasert kunnskap er veldig mye av det vi driver med i hverdagen</p>	<p>3.Høy forekomst av erfaringsbasert kunnskap</p>	<p>K U N N S K A P S A N V E N D E L S E</p>

3.7 Ethiske betraktninger

I dette kapitlet vil jeg drøfte etiske prinsipper som jeg har forholdt meg til, og som spiller en viktig rolle i alle former for kvalitative studier. Den nasjonale forskningskomité (NEM)⁵ for medisin og helsefag, har utarbeidet en rekke retningslinjer som forskere er pliktet til å ta høyde for. To etiske prinsipper har vært sentrale i denne studien.

3.7.1 Informert samtykke

Informert samtykke er en viktig hovedregel ved deltagelse i medisinsk og helsefaglig forskning (Green & Thorogood 2014, s. 70). Dette er lovpålagt, og det kreves at samtykket er informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart (Helseforskningsloven, 2008, §13). Derfor utarbeidet jeg et informasjonsskriv (vedlegg 2) til informantene, som ville sikre at de ble informert om forskningsprosjektets formål og prosess (Willing 2013, s. 26; Dalen 2011, s. 100). I tillegg beskrev jeg hvordan opplysningene ville oppbevares og når de vil bli slettet (se kapittel 3.7.2), og presiserte informantenes rett til å kunne trekke sitt samtykke uten å måtte gi noen grunn. Både min og veilederens kontaktinformasjon ble skrevet i dette skrevet, slik at informantene kunne kontakte oss for mer informasjon (Willing 2013, s. 26; Green & Thorogood 2014, s. 71). De kunne samtykke til deltagelse i studien ved å signere etter at de hadde lest informasjonsskrivet. En slik skriftlig avtale kan tjene som beskyttelse både for deltagerne og forskeren hvis undersøkelsen gir anledning til konfliktspørsmål (Kvale & Brinkmann 2017, s. 105).

3.7.2 Konfidensialitet

Forskningsprosjektet ble meldt til NSD⁶, siden det behandler personopplysninger (NSD 2018). Dette ble vurdert, godkjent (vedlegg 1) og deretter iverksatt. Prinsippet konfidensialitet, innebærer at private data som identifiserer deltagerne ikke avsløres (Kvale & Brinkmann 2017, s. 106; Willing 2013, s. 26). I denne studien har jeg forholdt meg til

⁵ NEM- er rådgivende og koordinerende innsats for de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og klageinnsats for prosjekter behandlet i REK. <https://www.etikom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/>

⁶ Norsk senter for forskningsdata.

helseforskningsloven, veilederen for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (NEM 2010), samt veilederen for anonymisering av personlige opplysninger (Datatilsynet, 2015).

For å unngå tilknytningen mellom informasjon og informantene, brukte jeg kodenummer på det transkriberte datamaterialet, og deres navn forekom ikke i det transkriberte materialet. Samtykkeskrivet, bakgrunnsinformasjonsskrivet og kodelisten med nummer på informantene, ble oppbevart i nedlåst skap, aldri sammen med datamaterialet, og utilgjengelig for uvedkommende. Lydfilene ble oppbevart adskilt fra dette, og vil slettes når prosjektet er avsluttet. Transkriberte data ble lagret på en server på UiO. For å unngå gjenkjenning av informanter i den ferdige oppgaven, omtalte jeg alle deltagerne som «hun», siden det bare var to menn blant mitt utvalg av informanter (NEM 2010, s. 28).

3.8 Forskningens kvalitet

I forskningsarbeid er det viktig å vise at det er tatt hensyn til kriterier for vitenskapelighet. Tre kriterier som ofte benyttes for å diskutere troverdigheten, styrken og overførbarheten av kunnskap, er reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Tjora 2012, s. 202). Derfor vil jeg legge frem hvordan jeg har jobbet med disse kriteriene for å sikre studiens kvalitet. Dette utgjør det generelle prinsippet som underbygger kvalitative studier, hvor transparens rundt forskningsprosessen spiller en viktig rolle (Willing 2013, s. 24).

3.8.1 Pålitelighet (reliabilitet)

Transparens omtales som både en kvalitetsindikator og et middel til pålitelighet (Tjora 2012, s. 203, Silverman, 2015). Jeg har derfor lagt vekt på å gi en god innføring i studiens fremgangsmåte, og hvert kapittel består av en liten introduksjonsdel, hvor hensikten er å redegjøre for forskningsprosessen. Tilgang til feltet, kriterier for utvalg av informanter, og intervjuprosessen er beskrevet, og samtidig er det blitt lagt frem vurderinger som er gjort under ulike faser av forskningsarbeidet. Målet med dette var at lesere skal få et så godt innblikk i forskningen at de kan ta stilling til dens kvalitet (ibid). Forskningens pålitelighet blir ofte referert til resultatenes konsistens, og dette behandles ofte med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Thagaard 2013, s. 202; Willing 2013, s. 24). For å kunne oppnå høy pålitelighet, har jeg hatt fokus på å ikke stille ledende spørsmål, samt transkribere ordrett, siden transkripsjonsmaterialet blir brukt

som grunnlag for både studiens analyse og resultater. Bruk av lydopptaker styrker studiens pålitelighet (Tjora 2012, s.205).

3.8.2 Gyldighet (validitet)

Validitet handler om i hvilken grad forskningen undersøker det den har som et mål å undersøke (Willing 2013, s. 24). I denne studien har jeg forsøkt å tenke bevisst på de valgene jeg har tatt, for å kunne sørge for det Kvale og Brinkmann kaller en kontinuerlig prosessvalidering (2017, s. 278). Eksempelvis har jeg redegjort for datagenererings- og analysemetoden, og drøftet mine funn opp mot teori og eksisterende forskning. Målet har vært å synliggjøre den røde tråden som skal være en logisk forbindelseslinje mellom problemstillingen og de teorier, metoder og data som fører frem til kunnskapen (Malterud 2011, s. 23). For å styrke studiens gyldighet, gikk jeg og min veileder kritisk gjennom analyseprosessen etter at vi hadde drøftet ulike analysemetoder som egnet seg å bruke for å svare på problemstillingen (Thagaard 2013, s. 205). Jeg har også lagt vekt på å skape intersubjektivitet mellom meg og informantene, ved å ikke fortelle informantene om mine erfaringer eller opplevelser, slik at deres meninger ikke skulle bli påvirket eller farget av det. Mitt ønske var å få frem uttalelser som er så nær informantenes opplevelser og forståelse som mulig (Dalen 2011, s. 95). Veilederens deltagelse under det første intervjuet, kan også ha vært med å styrke studiens validitet, i den forstand at jeg fikk gode råd av en erfaren forsker.

3.8.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet dreier seg om hvorvidt resultatene av en forskning vurderes som rimelige og pålitelige, hvorvidt de er av lokal interesse, og om de kan overføres til andre intervjupersoner eller situasjoner (Kvale & Brinkmann 2017, s. 289). Utvalget som studien baserer seg på, er sentral i diskusjonen om generaliserbarhet (Thagaard 2013, s. 212). I min studie består utvalget av 9 ledere som jobber på 9 forskjellige omsorgsboliger i 4 ulike geografiske områder. Som det ble nevnt ovenfor (se kapittel 3.3), ønsket jeg å oppnå bredde i mitt utvalg, slik at jeg kunne få med flere perspektiver for å belyse studiens problemstilling. Dette trekket kan være en argumentasjon for generaliserbarhet, siden jeg bevisst valgte å intervjuere ledere fra flere geografiske områder. Til syvende og sist er det den som mottar informasjonen fra forskningen, som avgjør hvor anvendelig et resultat er for andre situasjoner (Dalen 2011, s. 96).

3.9 Sterke og svake sider ved metoden

En fordel med å benytte intervju som kvalitativ metode, er at jeg fikk muligheten til å komme med oppfølgingsspørsmål der hvor noe var uklart, eller jeg ønsket å få mer informasjon (Kvale & Brinkmann 2017, s. 170). Dette bidro til nyanserte og detaljerte svar fra informantene, som gav meg en god helhetsforståelse. Bruk av en semistrukturert intervjuguide, kan sees som både en styrke og svakhet i denne studien. Styrken med det, er at jeg sørget for at de temaene som var viktige i forhold til problemstillingen, ble diskutert i løpet av intervjusamtalen. Svakheten kan være at informantene ikke var så fritt til å bringe opp temaer i løpet av intervjuet, som de kunne være under et ustrukturert intervju (Thagaard 2013, s. 97).

Underveis i intervjuene, gjorde jeg en del endringer på spørsmålene, for å komme frem til de spørsmålene som ville gi meg relevant informasjon om mine temaer, som jeg tok med videre i analysedelen av oppgaven. Eksempelvis brukte jeg ordet anvendelse for implementering, praksisendring for kunnskapsbasert praksis, og lignende. Dette kan være en styrke i denne studien, sett i lys av at fleksibilitet og åpenhet for endringer i løpet av forskningsprosessen er særlig viktig i kvalitative studier (Thagaard 2013, s. 55).

Veilederens deltagelse i det første intervjuet anses som en fordel for mine kvalifikasjoner som intervjuer. Det vil si at ved å få konstruktive tilbakemeldinger ble jeg mer bevisst på spørreteknikker som hjalp meg videre i intervjuprosessen. Dette var også med på å oppnå bedre selvtrillit i intervjusituasjonen, og det betyr at jeg rettet oppmerksomheten mot intervjupersonen, og ikke meg selv (Thagaard 2013, 100). Det at intervjuet ble gjort ansikt til ansikt og med lydopptaker, kan ha påvirket informantenes svar under intervjuet. Noen informanter vil jo kunne virke skeptiske, selv om de gir tillatelse til at lydopptakeren brukes (Tjora 2012, s. 137). Informasjon om sikker og anonym håndtering av deres opplysninger, samt fokuset på å skape en god intervjuatmosfære i starten av intervjuet, kan ha motvirket dette.

På den ene siden kan mitt kjennskap til feltet ha hatt en positiv innvirkning i denne studien, sett i lys av at dette gir meg et særlig godt grunnlag for forståelse av temaene studien tar for seg. På den andre siden kan tilknyttingen til miljøet føre til at jeg overser det som er forskjellig fra mine erfaringer (Thagaard 2013, s. 206). Mitt utvalg kan være en sterk side av denne studien, sett i lys av antall informanter, og måten jeg rekrutterte dem på. Fordelen med

dette, var at jeg valgte informanter som kunne uttale seg om temaet, og at jeg oppnådde «*metningspunktet*»⁷.

3.10 Forforståelse

Forforståelse blir beskrevet av Malterud som den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken, er en bagasje som består av erfaringer, hypoteser, og faglig perspektiv, som vi har med ved prosjektets innledning (2011, s. 40). Moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen, og spørsmålet er derfor ikke *hvorvidt* den påvirker prosessen, men *hvordan* (ibid). Det betyr at uansett hvilken forskningsmetode vi tar i bruk, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater.

Min bakgrunn som vernepleier/fagkonsulent, vil mest sannsynlig ha påvirket mitt møte med intervjuinformantene, og med datamaterialet. Etter mange års erfaring med omsorg for brukere med utviklingshemming, og samarbeid med kollegaer med og uten helsefaglig bakgrunn, ville det være umulig å kunne være objektiv. Min motivasjon for å forske på kunnskapsbasert praksis, kommer som resultat av min arbeidserfaring i tjenester til utviklingshemmede. Jeg brenner for fagutvikling, og det vil si at jeg er veldig opptatt av å følge med i kunnskapsutviklingen, og å holde meg faglig oppdatert.

Min forforståelse er at helsepersonell i omsorgsboliger ikke jobber systematisk med bruk av forskning for å besvare praksisnære spørsmål. Det betyr at det er lite bevissthet rundt kunnskapsbasert praksis som en arbeidsform, og at dette får lite oppmerksomhet hos ledelsen. Både før studiens igangsettelse og underveis, har jeg jobbet med denne forforståelsen for å unngå farging av resultater. Noen ganger under intervjuene måtte jeg forklare en del spørsmål for de som ikke hadde så mye kjennskap til diverse temaer. Dette kan være en mulig svakhet, siden jeg kan ha påvirket informantenes svar ved å lede dem til det svaret, selv om jeg bevisst har prøvd å unngå det. Forforståelsen kan også ha påvirket analysefasen, men drøftinger med veileder, samt diskusjoner i masterseminarer, kan ha motvirket dette.

⁷ Brukes som kriterium for å vurdere utvalgets størrelse, og dette er nådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilføyer ny kunnskap (Malterud 2013, s. 60).

Som masterstudent ved Universitetet i Oslo, har jeg fått kunnskap om forskningsmetoder, og lært hvordan å anvende forskningsbasert kunnskap i praksisfeltet. Det vil si at jeg forsøker å integrere og vurdere den forskningsbaserte kunnskapen i sammenheng med de andre kunnskapsformene og konteksten, for å kunne ta faglig forsvarlige beslutninger. I min hverdag på jobb, opplever jeg at jeg står ganske alene med denne tankegangen, og at tjenestene til utviklingshemmede ikke er i veldig stor grad kunnskapsbasert.

Min erfaring og teoretiske bakgrunn, har nok vært med på å påvirke valg av problemstilling, rekruttering av informanter, utforming av intervju spørsmålene, så vel som tolkning av resultatene. Likevel har jeg forsøkt å ikke tillatte forforståelsen å overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert. Dette gjorde jeg ved å sette av tid til å tenke gjennom de forhold som styrer min inngang til kunnskapen, samt skrev dette opp i starten av feltarbeidet (Malterud 2011, s. 42).

4 Resultater

Dette kapitlet presenterer funn fra den empiriske studien om ledernes erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis, i døgnbemannede boliger for utviklingshemmede. Hovedspørsmålene under intervjuene omhandlet ledernes forståelse og forhold til begrepet, utfordringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis, og deres rolle og ansvar i lys av dette.

Slik det ble vist ovenfor (se kapittel 3.3), var det totalt ni ledere som deltok i intervjuene, hvorav 5 var vernepleiere, 2 sosionomer, 1 fysioterapeut og 1 lærer. Ledererfaringen lå på et spenn fra 1 til 25 år. For å bevare anonymitet, er alle informantene omtalt som «hun». Alle sitater er direkte utsagn fra dem, og er uthevet i kursiv.

I dette kapitlet presenteres funnene fra intervjuene i følgende kategorier:

1. Lederens forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis
2. Tjenestesteders kunnskapsanvendelse
3. Utfordringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis
4. Lederens ansvar og rolle
5. Medarbeiders engasjement og motivasjon

4.1 Lederens forståelse av begrepet KBP

Utgangspunktet for å beskrive hvilke erfaringer lederne hadde med anvendelse av kunnskapsbasert praksis på tjenestestedet, var inspirert av selve begrepet. Felles for alle informantene, var at de som ledere ikke hadde noe forhold til begrepet kunnskapsbasert praksis i sin arbeidshverdag. De forklarte at kunnskapsbasert praksis er et begrep som ikke blir nevnt på arbeidsplassen.

«... kunnskapsbasert praksis er egentlig ikke et begrep jeg noen ganger har forholdt meg til fordi det er ikke noe som snakkes om i arbeidslivet opplever jeg... jeg selv er lite bevisst av kunnskapsbasert praksis men klart det kikker inn...» (Informant 5)

«... kunnskapsbasert praksis er ikke noe jeg går rundt og tenker på i hverdagen... det er ikke noe jeg har tenkt på før ... mm... også... mer enn tanker om det så...» (Informant 7)

«... vi bruker ikke begrepet kunnskapsbasert praksis i boligen... har ikke et bevisst fokus på det..» (Informant 2)

Noen av informantene fortalte at de ikke kjente til begrepet fra før av, og at de ble introdusert til det for første gang i intervjuet.

«...mmm.. kunnskapsbasert praksis er ikke et begrep som jeg er kjent med sånt til daglig... det kan jeg ikke si... jeg tenker at kunnskapsbasert praksis er inn i den der atferdsterapeutiske metoden da, at det er målrettet miljøarbeid kanskje...» (Informant 4)

«... jeg kjenner jo ikke ordet fra før da eller begrepet... også tenker jeg jo at som du presenterer, så håper jeg at vi driver med det ...» (Informant 3)

Enkelte andre informanter hadde fått en innføring i begrepet kunnskapsbasert praksis i forbindelse med studie, og påpekte at dette var knyttet til forskning og andre former for kunnskap.

«... kunnskapsbasert praksis... også.. praksis myntet på forskning, myntet på det som er på en måte opplest og vedtatt... også at det er forsket på at det gir effekt..mmm...» (Informant 7)

«.. min forståelse av kunnskapsbasert praksis er at man skal få best mulig grunnlag for de avgjørelsene man tar... man skal innhente informasjon fra flere kanaler, teoretisk, erfaringer og beboerne...» (Informant 8)

4.2 Tjenestesteders kunnskapsanvendelse

Veldig få ledere hadde sett modellen som visualiserer begrepet kunnskapsbasert praksis (Se figur 1, kapittel 2.2.1, s. 8), og jeg valgte derfor å ha den tilgjengelig slik at jeg kunne legge den frem under intervjuet. Hensikten med dette var å hjelpe til å rette fokuset mot problemstillingen. Resultatene presenteres i kodegrupper relatert til de tre formene for kunnskap i modellen kunnskapsbasert praksis: brukermedvirkning, erfaring- og forskningsbasert kunnskap.

4.2.1 Brukermedvirkning: høyt på agendaen

Alle informantene viste seg å være veldig opptatt av brukermedvirkning, noe som kom frem ved at denne kunnskapsformen ble mest nevnt under alle intervjuene. Deres praksis tok høyde for brukermedvirkning, og det ville si at de hadde som fokus å legge til rette for at de ansatte er brukerorientert.

«... vi har hovedvekten på brukerkunnskap og brukermedvirkning i vår bolig.... det aller viktigste her er å skjønne at man skal gjøre med og ikke for nødvendigvis, sånn at mann ikke gjør de som bor her mer hjelpeløse enn det de trenger...» (Informant 1)

«... hos oss er det jo viktigst å ha brukerne i sentrum, også tar vi på en måte beslutninger ut fra det... ingenting foregår her uten at brukerne er i sentrum...» (Informant 2)

«... brukermedvirkning er jo det viktigste av alt... vi prøver å møte brukerens ønsker så langt vi kan...» (Informant 6)

Enkelte informanter beskrev brukermedvirkning som litt utfordrende med hensyn til brukerens funksjonsnivå. I intervjuene skilte de mellom brukere som er godt fungerende og som er i stand til å uttrykke seg selv, og de brukere som ikke er det. Ifølge informantene blir brukermedvirkningen påvirket av funksjonsnivået til den enkelte, eller sagt med andre ord, hvor mye de kan medvirke i forhold til de vurderinger som gjøres og avgjørelsene som tas.

«... det er vanskelig i det daglige synes jeg ... i hvertfall han første mannen jeg snakket om da som ikke har språk og som har fått en psykisk utviklingshemming diagnose... jeg tror at han skjønner veldig mye men siden han ikke eier et ord... også hvor mye kan jeg få for sikker viten at det er sånn han mener...» (Informant 4)

Videre forteller en annen informant om at det burde skapes en annen praksisform for brukermedvirkning, hvor det kunne tas mer høyde for dette, sagt med andre ord å involvere brukerne i utformingen av tjenestene.

«... det kunne godt være mer eller i større grad av brukermedvirkning... jeg får på en måte en film på at det er stort sett personalet som velger måltider til fellesmiddagen eller så er det de to best fungerende beboerne...» (Informant 8)

I alle intervjuene beskrev informantene at de er mest bevisste av denne kunnskapsformen sett i lys av kunnskapsbasert praksis, og at de sier dette er lett å anvende i praksis. En enkelt

informant knytter dette til både kommunalt og nasjonalt fokus på brukervedvirkning i de siste årene.

«... brukervedvirkning er veldig høyt på agendaen i vår bolig og det er det vi er mest bevisst av... det er også lettest å implementere...» (Informant 5)

«... brukervedvirkning er viktig for oss i boligen... viktig fokus i kommunen og i politikken og det faller også litt naturlig når du jobber med mennesker at du prøver å ta hensyn til den enkelte...» (Informant 9)

Av alle informantene var det bare én som rettet fokuset mot pårørende når det gjaldt brukervedvirkning, og ifølge vedkommende var dette viktig for at tjenestestedet får den brukerkunnskapen de ikke kan få av selve brukerne. I praksis betyr det at de sørger for å gi tjenester som er tilpasset til den enkelte, med utgangspunkt i den kunnskapen de får av brukerne og ikke minst pårørende. Informanten beskriver at det oppleves som vanskelig når det er uenigheter mellom brukernes og pårørendes meninger.

«... pårørende er jo kjempeviktig for brukerkunnskapen... mange av de som bor her, de flyttet hjemmefra for første gang og da er jo mor og far som kjenner dem veldig godt siden de har vært veldig delaktig... siden det er barnets liv...» (Informant 5)

«... det som er utfordrende er at det ikke alltid er samsvar mellom beboerens meninger og pårørendes meninger, og det gjør seg en interessekonflikt... hvem skal man høre på... mmm.. det er vanskelig...» (Informant 5)

En annen informant påpeker en utfordring relatert til brukervedvirkning sett i lys av i hvilken grad brukerne tas med i avgjørelsene når det foreligger et *kapittel 9 vedtak*⁸. Det vil si at disse brukerne utsetter seg selv og andre for vesentlig skade, og for å hindre dette blir det fattet vedtak etter lov om helse -og omsorgstjenester, kapittel 9. Informanten drøfter dette som en

⁸ Vedtak om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med utviklingshemming som overprøves av fylkesmannen etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9. Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_9#%C2%A79-1. Dette vedtaket skal overprøves av Fylkesmannen før tvangstiltakene kan tas i bruk. Tvang og makt er definert som tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Kommunene skal sikre at forholdene blir lagt til rette for tjenesteyting med minst mulig bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming.

vanskelig situasjon med henhold til brukermedvirkning, siden fokuset er hele tiden rettet mot å gjøre det beste for pasienten.

«... vi gir også tjenester til noen som ikke har lyst på tjenester... mmm.. på grunn av tvangsvedtak... så det har vi sittet og jobbet mye med nå om dagen .. at hvordan kan vi på en måte løse den kasusen der på en god måte med brukermedvirkning...» (Informant 7)

«... brukeren har en del forventninger om hvordan tjenestene skal se ut, også har vi på en måte en del ting som vi ikke kan gjøre men vi kan gjøre noe, så da kan vi møttes litt i granne...mmmm...» (Informant 7)

4.2.2 Høy forekomst av erfaringsbasert kunnskap

Gjennom intervjuene kom det frem at kunnskap som hentes som resultat av erfaringsutveksling imellom de ansatte, utgjør en viktig dimensjon på tvers av alle tjenestestedene. Det betyr at lederne prioriterer å legge til rette for denne kunnskapsformen i form av veiledning og opplæring av ansatte. Flere av informantene beskrev nettopp at erfaringsbasert kunnskap går ut på å dele den kunnskapen ansatte har, og at det er høy forekomst av dette i boligene.

«... erfaringsbasert kunnskap hos oss... det går ut på veiledning av hverandre og dele den kunnskapen vi har og å ha fokus på å jobbe målrettet og mere likt, sånn at man skaper forutsigbarhet rundt hver enkelt beboer...» (Informant 1)

«... erfaringsbasert kunnskap er nok en del høyere forekomst av den enn forskningsbasert kunnskap... man hører ofte setninger som «det har vi prøvd», «det har vi gjort før», «han er ikke sånn», «hun passer mere sånn»... mmm...» (Informant 7)

«... mesteparten av det vi bruker i boligen er jo erfaringsbasert enn det er forskningsbasert...» (Informant 6)

En annen informant bruker uttrykket «å tørre å blande seg», og beskriver hvordan erfaringsbasert kunnskap gjenspeiler hverdagen i boligen. Hun forteller:

«... erfaringsbasert kunnskap er veldig mye av det vi driver med i hverdagen...så er det på en måte å tørre å blande seg og dele sine erfaringer og si at: ja, men jeg løste det sånn og sånn og da gikk det bra...» (Informant 5)

«... før sommeren satte vi fokus på at vi må tørre å pirke litt mer, og bry oss litt mer om hvordan vi gjør ting da...» (Informant 5)

Noen av informantene eksemplifiserer at de ansatte bruker hverandre for å utveksle erfaringer i løpet av vekten, og ikke minst andre boliger. Ved flere intervjuer poengteres det at det er stort rom for å spørre og dele med hverandre. De ansatte som har jobbet lenge i boligen, nevnes også som gode kilder for både brukernes og medansattes trygghet.

«... de som er usikre og lurere på ting er flinke til å spørre og de som observerer at de andre handler kanskje på en annen måte enn det som på en måte er den riktige måten er flinke til å gi tilbakemeldinger til meg, så tar jeg det opp med den ansatte det gjelder...» (Informant 5)

«... de ansatte bruker hverandre... vi har også brukt andre boliger og innhentet erfaringer derfra når vi har liksom stått i beita...» (Informant 8)

«... her er det mange som har jobbet lenge ... jeg nevner spesielt en da som er flink til å si at: ja før i tiden pleide vi å gjøre sånn og sånn og den brukeren fungere sånn og sånn og det var en utfordring... sånn at vi har med oss erfaringer fra tidligere i boligen...» (Informant 9)

«... fordelene med å ha folk som har jobbet lenge er det at det er stabilitet og det er trygghet, det er forutsigbarhet rundt brukerne...» (Informant 2)

En annen informant relaterer erfaringsbasert kunnskap med å være konservativ, og poengterer viktigheten av å jobbe likt. Dette blir beskrevet på følgende måte:

«... vi er opptatt av å være konservative da fordi det har vi god erfaring med tross alt, og det kan virke litt sånn... ja det kan virke litt salt men samtidig så tenker jeg at det viktigste er at alle ikke får gode ideer og gjør 20 forskjellige ting...» (Informant 4)

I alle intervjuene ble det nevnt at erfaringsbasert kunnskap er veldig lett å anvende på bakgrunn av at det blir lagt til rette for veiledning av de ansatte. Samtidig påpeker de fleste av informantene at dette ikke er satt i system, men at de heller tar det som det kommer. De beskriver at veiledning gjennomføres når noen av ansatte sliter, eller hvis en ny situasjon hos en bruker oppstår, og at dette ikke er noe tidfestet. Informantene er tydelige på at evaluering ikke gjennomføres i praksis, og at de ansatte foretrekker uformelle diskusjoner.

«... erfaringsbasert kunnskap er lett å implementere fordi vi har mer veiledning og mer samtaler.. vi ser at det lønner seg å lytte til hverandre så.. og dele på det vi har.. ja..» (Informant 1)

«... det er ikke noe sånn satt i system at nå skal vi sette oss ned og evaluere om vi har veiledet i det siste men å ha fokus på at når man ser en kollega slitte eller gjøre noe feil rett og slett...» (Informant 5)

«... ofte så er man ganske samstemt om hvordan ting er.. at man diskuterer mer sånn uformelt...» (Informant 9)

4.2.3 Forskningsbasert kunnskap: litt for langt unna

Ved alle intervjuene ble bruk av forskningsbasert kunnskap beskrevet som utfordrende og krevende å legge til rette for. Informantene fremhever at denne kunnskapsformen er det de er minst bevisst på i deres hverdag på jobb, og det beskrives ikke som en essensiell del av beslutningsprosesser for tjenestestedene. En stor del av informantene belyser at knapphet på flere faglærte i boligene, kan være en grunn til det. I tillegg eksemplifiserer de dette med at ikke alle primærkontaktene har en treårig utdanning, selv om de sitter med mye ansvar rundt den enkelte bruker.

«... her er det en liten personalgruppe og det er få faglærte.. vi har vel en fysioterapeut og en hjelpepleier.. også har vi jo fått noen nattevakter som er for så vidt faglærte... og ikke alle primærkontaktene har en treårig utdanning...» (Informant 2)

«... hvis man ikke har så mye utdanning så er man ikke vant til å søke opp artikler for eksempel.. for å finne kunnskap om noe...» (Informant 9)

En annen informant sier at forskningsbasert kunnskap ikke gjennomsyrrer tjenestene deres, og at dette kan skyldes mangel på strenge krav i rekrutteringen av ansatte. Dette blir beskrevet på følgende måte:

«... bolig for funksjonshemmede har en tradisjon med å være arbeidsplasser hvor alle kan få jobb og er lett å kombinere med å være husmor, student... så det har vært mange gode hjerter som gjør at man har manglet litt kunnskap opp gjennom...» (Informant 7)

Alle informantene fortalte at de ikke jobber systematisk med å rette oppmerksomheten mot den forskningsbaserte kunnskapen. Videre poengterer de at erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning, spiller den viktigste rollen for tjenestestedets kunnskapsgrunnlag. En av informantene belyser at de bruker den teoretiske kunnskapen når det oppstår noe nytt blant brukerne, ellers så er det ikke noe jevnlig fokus på dette.

«... vi tenker på forskningsbasert kunnskap hvis det er noe nytt... en beboer som har endret seg eller det viser seg at vedkommende har fått en ny diagnose.. ellers så er dette ikke satt i system at vi to ganger i året søker kunnskap og ser om det er ting vi burde gjøre annerledes...» (Informant 5)

«... når det kommer til forskningsbasert kunnskap så ble jeg litt sånn: hmmm.. hvor er det? hva er det jeg driver med i hverdagen?... hvis det er ting jeg ikke kan eller nytt for meg, så er jeg kanskje flinkere til å google meg fram til svaret...» (Informant 8)

De fleste informantene påpeker at de selv ikke leser mye forskning eller artikler, og at de kan bli flinkere faglig. Dette blir forklart på bakgrunn av at lesing av artikler/forskning ikke er lovpålagt eller pliktig, slik som andre lesestoffer som alle ansatte er pålagt til å lese, for eksempel pasientjournal, brukeres permer, HOL-kapittel 9⁹, brannrutiner og lignende. Andre informanter vektlegger at denne kunnskapsformen er et ukjent felt for mange ansatte, og derfor føler de seg tryggere på å forholde seg til brukermedvirkning, og erfaringsutveksling med hverandre.

«...vi har mer å jobbe med og vi kan bli flinkere faglig... og forskningsbasert kunnskap blir litt for langt unna og jeg synes at det er vanskelig å dra ut det som er relevant for oss...» (Informant 1)

«...det teoretiske kunnskapen er ikke et aktuelt tema hele tiden når vi snakker om ting til daglig... og jeg må innrømme at jeg ikke er helt oppdatert på hva som foregår i forskning...» (Informant 4)

«...man føler at det er ukjent felt og synes at det er tryggere å forholde seg til erfaringene og brukerkunnskap som man har mye av da..» (Informant 9)

⁹ Lov om helse- og omsorgstjenester, kapittel 9.

«... vi har skrevet ut masse fagartikler men det blir ikke lest... også ligger det opp til de ansatte.. prosedyrer, møtereferater og alt sånn er pliktig at alle skal lese mens fagartikler ... det er ikke pliktig lesing på det...» (Informant 7)

I alle intervjuene kom det frem at de fleste av brukerne på tvers av alle tjenestestedene, hadde psykisk utviklingshemming som hoveddiagnose, og en del hadde også andre diagnoser, som Downs syndrom, Prader Willi's, aspergers/autisme, ADHD¹⁰, OCD¹¹, og bipolar lidelse. Informantene opplever at det er lite forskning som er tilgjengelig for disse diagnosene, og at det blir vanskelig for dem å finne informasjon når det gjelder spesielt sjeldne diagnoser. Samtidig så beskriver de at de savner et større spekter av teori som kunne bidra til en bedre forståelse av hva brukerne faktisk ønsker.

«... det har ikke vært noe spesielt forskning på aldring hos brukere med diagnosen Prader Willi's før men nå har det begynt å komme litt i forhold til spesielle ting vi skal være obs på...» (Informant 2)

«... det er vanskelig å finne informasjonen hvis det er smale diagnoser, så har man Frambu og sine partnere som man kontakter da men noen ganger kan det være vanskelig... for eksempel hvis det er en blandet diagnose og det er et snev av sånn og sånn, så er det vanskelig for oss å finne informasjon om hvem som har kunnskap om det, eller hva som er riktig å gjøre eller hva som er greia...» (Informant 5)

«... jeg savner et større spekter av teori som vil da eventuelt kunne gå litt inn i å få en bedre forståelse for brukerne vi jobber med, hva brukeren faktisk ønsker å uttrykke... for å kunne medvirke litt da.. selv om vi tenker: nei, han har trolig dårlig samtykkekompetanse men så stopper det bare der også prøver man kanskje ikke mer da...» (Informant 4)

En enkelt informant forteller at hun satt i gang et tiltak på bakgrunn av at hun ønsket et godt fagmiljø i boligen, og det kalte hun for «faglig påfyll». Praksisen viste at dette ikke var lett å anvende, på grunn av at de ansatte ikke følte seg komfortable med det.

«... for et år siden begynte vi med faglig påfyll... i hvert personalmøte ønsket vi at alle skulle rullere på å komme med et faglig innspill, det kunne vært en video fra youtube, en artikkel eller bare noe man har lært på studiet sitt som man kan fortelle om i 5-10 min slik at alle

¹⁰ Attention deficit hyperactivity disorder (oppmerksomhets- og hyperaktivitets forstyrrelse).

¹¹ Obsessive compulsive disorder (tvangslidelse eller obsessiv –kompulsiv lidelse).

*kunne lære noe av hverandre da... men det ble for skummelt for personalgruppa vår»
(Informant 9)*

Videre beskriver hun:

«... jeg satt opp to og to hver gang slik at de skulle føle seg litt tryggere for å ikke gjøre det alene og det endte opp med at det var bare en person som presenterte... synd at det ble den eneste gangen...jeg tror at folk ikke er komfortable med det feltet og heller ikke til å si at: ja, nå skal jeg lære dere noe...» (Informant 9)

En annen informant forsøker også å få medarbeiderne til å jobbe kunnskapsbasert, ved å få de ansatte til å benytte forskningsbaserte verktøy. Hun eksemplifiserer dette slik:

*«... jeg sier rett ifra at dette er basert på synsing... hvordan kan du påstå at spiser [navn] for mye bra når du ikke har kartlagt det, og vernepleiere har lært masse kartleggingsverktøy på skolen og da forventer jeg at de skal gjøre det... eller når vi snakker om Klyx for eksempel: ja, når fikk vedkommende klyx sist?- nei jeg vet ikke.. hvorfor vet du ikke det?- nei vi har ikke skrevet det.. hvorfor har du ikke skrevet det?.. ja sånne ting blir jeg veldig streng på...»
(Informant 8)*

To av informantene ser på forskningsbasert kunnskap som noe man «eier» grunnet grunnutdanningen, og ser ikke behovet for å lese forskning eller gjennomføre litteratursøk for de som har høyskoleutdanning.

*«... jeg føler at forskningsbasert kunnskap ligger veldig godt i bånd... man har jo fagkunnskapen i bunn...i og med at vi har veldig mange treårig... og veldig mange vernepleiere som er veldig flinke til å gi opplæring i de verktøyene de bruker...mmm...»
(Informant 6)*

«... det er ikke alltid litteratursøk er aktuelt... det er ikke behov for det fordi det er ofte vi sitter med kunnskapen selv i forhold til at dette har skjedd tidligere... også er det en som kanskje har erfart det eller at vi gjør noe lignende hos en annen beboer hvor man prøver samme metode fordi det har man lykkes med tidligere...og da trenger man ikke litteratursøk fordi mn har mye kompetanse selv da...» (Informant 5)

Ifølge en av informantene, er det å ha et konservativt miljø det beste for brukere. Hun belyser at en fagperson som er opptatt av å innhente ny kunnskap hele tiden, ikke hadde gitt bedre

resultater av den grunn. Dette er et uttrykk på at kunnskapsbasert praksis ikke er så bra for de som bor i boligen.

«... en sånn stilling åpner for mer eksperimentering enn det som er godt da... og for oss er det jo bra at vi er et konservativt miljø og det gjør det enkelt og oversiktlig for de som skal være her og administrere kjente ting, og hvis denne praksisformen skal gjøres annerledes på grunn av den fagpersonen som er bra i utgangspunktet... en dyktig fagperson.. men det kan være at den blir for lite konservativt da...og jeg tenker at de som bor her har godt av at det er litt konservativt i forhold til teorien som ligger bak praksisen...» (Informant 4)

4.3 utfordringer med anvendelse av KBP

Alle informantene belyser at de ikke jobber systematisk med å legge til rette for kunnskapsbasert praksis, og heller ikke bruker noen implementeringsmodell. De nevner flere ganger under intervjuene at de ikke har et bevisst fokus på dette. Ingen av informantene hadde noen konkrete tiltak som de jobbet systematisk gjennom, for å sørge for at de ansatte yter kunnskapsbaserte tjenester til brukerne. Dette relaterte de til flere utfordringer som de ser som store hindringer i denne prosessen. Blant annet vektla de utfordringer som mangel på ressurser og kulturendring.

4.3.1 Ressursmangel

Alle informantene beskriver mangel på tid som en stor barriere mot å jobbe kunnskapsbasert. De knytter dette opp mot lesing av forskning eller andre litteraturkilder som kan bidra til å heve fagkompetanse blant de ansatte. Et flertall av informantene belyser at dette blir nesten umulig å legge til rette for, fordi det er så mye som skal gjøres i løpet av vekten. En informant forteller at ettårige budsjetter ikke lar dem gjøre endringer som for eksempel å sette av tid til lesing. Følgende sitater sier noe om denne utfordringen:

«... vi har liten tid til å sette oss ned og lese store, tunge fagrapporter... vi får mindre tid i hverdagen fordi det er så mye som skal gjøres og vi har ikke tid til å sitte og reflektere over alt lenger...» (Informant 2)

«... vi må ha tid til å jobbe kunnskapsbasert... så vi må ha tid til den forskningsbaserte kunnskapen og vi vet jo at den erfaringsbaserte biten og brukervedvirkning er jo det som koker ofte og det som har med økt kunnskap og forskning.. denne... hmmm...» (Informant 3)

«... i kommunen får vi en budsjett hvert år og ikke hver fjerde år for eksempel... hvis du har hatt en fireårs syklus så kunne du ha justert driften inn til å kunne tåle større endringer men når man går på ettårige budsjetter så er det vanskelig å drive omstillinger da...» (Informant 7)

På spørsmål om de hadde satt i system fast lesetime i uka til alle ansatte for å sørge at de får muligheten til å oppdatere seg, beskriver de at dette ikke er en kjent praksisform, og at de heller vurderer det ut fra behov. Samtidig så poengterer de at hvis man vil, så er det noen timer hvor brukere er ute av boligen, som for eksempler på dagvakt, når brukere er på jobb eller dagsenter.

«... det er rom for å lese seg opp når man ikke har beboere på dagvakter... her er det primært avdelingsleder og ansatte i store stillinger som er i boligen på dagtid...» (Informant 1)

«... tid er ikke noe man har men noe man skaffer seg har jeg hørt... så det handler jo om prioritering og hvordan man velger å kjøre på...» (Informant 8)

I tillegg til mangel på tid, beskriver flere av informantene hvordan ressursmangel på kursmuligheter kan hindre kompetanseheving blant de ansatte, og ikke minst påvirke kvaliteten på tjenestene brukerne får. Det diskuteres ulike aspekter omkring dette i intervjuene, deriblant kontrasten mellom muligheter til lovpålagte kurs og ikke lovpålagte kurs. Alle informantene påpeker at hele personalgruppa blir sendt på lovpålagte kurs, mens bare noen få ansatte får muligheten til å dra på eksterne kurs, selv om hensikten med dette er å bidra til faglig utvikling i boligen. De beskriver hvilken betydning et gitt budsjett har for dette, og at det har vært en utvikling i retning mot færre og færre kurs i de siste årene.

«... vi kan jo ikke sende alle på kurs selv om jeg skulle ønske at man kunne det... det er rom for å sende ansatte på kurs men det er innenfor en gitt budsjett...» (Informant 1)

«... vi er forpliktet til å gi en del opplæring på kapittel ni fordi vi har to av våre brukere som har vedtak og derfor sender vi folk på kurs ellers så er det ikke noe eksternt kursing... og man får jo aldri inntrykk av at det er så mye penger til overs til kursing til seg selv og andre...» (Informant 4)

«... vi har en del kurs som er obligatoriske for alle ansatte... og det som ikke er obligatorisk for alle, der blir ingen sendt.. så hvis man tenker på den eksterne kursingen for eget ønske, det har man ikke mange av i løpet av ett år...» (Informant 7)

I alle intervjuene belyses det at de ansatte alltid får informasjon om ulike kurs som de er pålagt å gjennomføre innen en gitt frist. Samtidig så er det ikke en eksisterende praksisform for avdelingslederne å dele informasjon om eksterne kursmuligheter, som for eksempel i form av mail eller oppslag. En av informantene forteller at han burde ha vært flinkere på det, i og med at han ønsker et høyere kompetansenivå i boligen.

«... jeg henger ikke oppslag om kursmuligheter og jeg burde kanskje vært litt mer pågående med det, så det er kanskje min feil... hvis jeg hadde brukt tid på å informere om kursmuligheter så ville sikkert noen skrevet seg på, og det ligger jo litt i det at flest mulig skal ha høyst mulig kompetanse i det vi driver med da...» (Informant 4)

En annen utfordring som kom frem under intervjuene, rettet seg mot gjennomføring av fagmøter. Flere av informantene var enige i at fagmøter kan bidra til å utvikle den faglige kompetansen blant de ansatte, og ikke minst til å sørge for å yte gode og forsvarlige tjenester. De forteller at totalt sett, så har de møtepunkter hver 14.dag, eller én gang i måneden, og da kan dette møtet være i form av et fagmøte, personalmøte, husmøte, eller brukermøte. Andre informanter påpeker at de ikke har møter så ofte, men nevner ikke noe om omfanget.

Temaorienterte fagmøter er ikke en praksisform som anvendes i disse boligene, og alle informantene er tydelige på at de ikke planlegger i god tid på forhånd, men enten et kvarter før møtet, eller under møtet. Noen av informantene hadde ansvaret for å gjennomføre fagmøtene selv, mens andre hadde delegert dette til bolederne. Samtidig så blir det beskrevet at fagmøtene ikke nødvendigvis har et faglig innhold. Fokuset i disse møtene kan være alt fra bruker-personalsaker, men sjelden forskningsrettet.

«... det er egentlig en åpen agenda og det varierer litt hva vi snakker om... det kan være at vi snakker om noe brukerelatert, arbeidsmessige forhold, ansettelse også ting som ikke nødvendigvis er fagligrettet... så da gjør man det og det er kanskje litt for tilfeldig noen ganger da...» (Informant 4)

«... vi har ikke vært flinke til å til å ha temamøte på fagmøtene, og det er sjeldent at jeg har satt av tid til å ha et bestemt faglig tema...» (Informant 3)

«... vi setter opp en plan et kvarter før møtet... også spør vi samtidig under møtet om det er noen brukersaker de vil melde fordi vi vil bruke tiden mer faglig og bruke den for brukersaker...» (Informant 9)

De fleste av informantene belyser at det er en stor forskjell mellom primær- og spesialisthelsetjenesten med henhold til både kunnskapsnivå og tjenestenes kvalitet. En av informantene eksemplifiserer dette veldig godt når han poengterer at habiliteringstjenesten bidrar med mye forskningsbasert kunnskap om metoder som kan vise gode resultater i en sak. Han forteller at personalet i boligen foreslår tiltak siden de kjenner brukerne godt, men til slutt er det habiliteringstjenesten som bestemmer hvilke tiltak som skal igangsettes for å nå en klar målsetting.

«... habiliteringstjenesten bidrar til den forskningsbaserte kunnskapen med psykologer og vernepleiere og vi lærer mye av dem... så hvis man skal igangsette et tiltak mot en atferd så er det de som ofte kommer.. vi forteller om våre erfaringer i praksis, foreslår tiltak siden vi kjenner brukeren så godt, også sier de at vi kan bruke den og den metoden som er basert på det og det... så de sier hvordan det skal være...» (Informant 4)

Videre presiserer informanten:

«... vi tenker ikke så mye på hva som finnes av forskning og vi bruker ikke tid på det i hverdagene... man kunne sikkert tatt litt mer abonnement på tidsskrifter men så er det litt der igjen.. liksom struktur på det at vi på en måte tenker på oss selv som er avhengig av habiliteringstjenesten...» (Informant 4)

Andre informanter ser på spesialisthelsetjenesten som en sektor som er mye mer prioritert enn primærhelsetjenesten, sett i lys av bedre kursmuligheter og tid, som fører til økt kompetanse blant de ansatte. En enkelt informant beskriver dette slik:

«... mange jeg kjenner som jobber i spesialisthelsetjenesten har mye mer tid til å oppdatere seg faglig enn jeg har... det er mye bedre tilrettelagt der i forhold til veldig mange ting som for eksempel kurs mens vi må presse gjennom at vi skal ha så mange kurs for eksempel og at vi må få opp den fagligheten i form av at man må også tilby mer kurs men vi har ikke råd til det.. også de må sendes hvis det er behov for det... men det er litt nedprioritert i vår sektor ja..» (Informant 2)

Hun oppsummerer intervjuet med å si:

«... også vi er jo ikke en spesialisthelsetjeneste men av og til så tror jeg at noen tenker at en vanlig husmor kunne jobbet her, og det er det som er problemet...» (Informant 2)

Samtidig fremkommer det i intervjuene at de fleste av informantene ikke ser behovet for å anvende forskning i boligen, i motsetning til på sykehuset. De forklarer dette ved å poengtere at brukerne har stabile liv, og at det ikke blir det samme for pasientene på et sykehus.

«... brukerne har jo stabile liv, og de som bor her har jo daglig oppfølging... også det er ikke ved akutte situasjoner da...» (Informant 5)

«... her har man en mer sånn stabil, også man har ikke det behovet for å fornye seg hele tiden og her er det beboere som kommer opp i årene og da snakker vi om å opprettholde de ferdighetene de har og ikke tenke så mye nytt... man er kanskje ikke så søkende når det kommer til beboerne og det er sjelden beboerne ønsker noe nytt på en måte...» (Informant 8)

«... men sånn som på noen av disse boligene er det jo... det er ikke veldig store variasjoner hos den enkelte over tid sånn at... ja... noen går nok bare av seg selv på en måte...» (Informant 2)

«... jeg tenker jo det kommer mye nytt hele tiden men sett at man har systemer i boligen som fungerer, beboerne har det bra, det er god fremskritt ... så ser jeg ikke noe poeng at man skal dra masse nytt bare for å dra inn masse nytt...» (Informant 6)

Ved et annet intervju fremhever en av informantene at på et sykehus er det mange ulike problemstillinger hele tiden og det i seg selv bidrar til å øke kompetansen blant de ansatte, mens i en bolig er det ikke så mye variasjon. En jobb på et sykehus anses som mer verdsatt og stimulerende til kunnskapsutvikling. Følgene sitat belyser dette:

«... vi jobber med en brukergruppe som er ganske sånn stabile i strekk som for eksempel brukerne i min bolig har bodd der i 15-22 år... så jeg tror at det gjør noe med en ansattgruppe det og... også hvis du blir spesialist på fire stykker med Downs syndrom, så gratulerer med dagen, da er du blitt det men du blir på en måte ikke sulten på å innhente ny informasjon... hvis du jobber på et sykehus, så stimulerer det ikke sant...fordi det kommer en ny kaus, litt like den forrige men likevel ganske annerledes... her kommer ikke noe nye, her bor man over lang tid...» (Informant 7)

4.3.2 Kultur: fort gjort å bli seg selv nok...

Ved alle intervjuene blir det lagt frem at endring av kultur, også er en stor utfordring for anvendelse av kunnskapsbasert praksis i boligene for personer med utviklingshemming. I intervjuene kommer det frem at den etablerte kulturen på arbeidsplassen påvirker måten de ansatte jobber på, og ikke minst hvordan de ser på andre praksisformer, som for eksempel praksisbasert teori eller forskning. Noen informanter belyser at kulturendringen er nesten umulig, og at kunnskapsbasert praksis krever veldig mye av den enkelte ansatte også.

«... det blir en båt, en kultur som etablerer seg på huset... at sånn har vi det hos oss også har vi bare videreført...» (Informant 3)

«... også kunnskapsbasert praksis krever jo masse av den enkelte ansatte...kulturskiftet i det å jobbe i bolig er også utfordrende, også fra «kom og gå» til at «det forventes betraktelig mer av deg»...» (Informant 7)

«... når man har jobbet seg i en tralt, så er det veldig vanskelig å komme ut av det...» (Informant 7)

Felles for alle informantene var at det var veldig lite organisering og planlegging rundt fagmøtene, og at dette ble sett som en arena for å stille flest driftsspørsmål, heller enn fagspørsmål. De belyser at det skapes en kultur i boligen som går ut på at fagmøtene ikke alltid blir gjennomført, referatføres sjelden, og at noen ganger kan det foregå mer prat enn diskusjoner under møtene. Ved alle tjenestestedene var turnusen lagt opp til møter slik at både dagvaktene og kveldsvaktene kunne delta.

«... fagmøter er ikke blitt gjennomført på grunn av litt sånn andre ting men turnusen er lagt opp til møter hver tirsdag...» (Informant 4)

«... jeg har jo sett at fagmøtene ikke har blitt gjennomført i det siste 6-7 månedene... det blir gjennomført på litt sånn måfå.. snakker litt om hva som angår oss...» (Informant 7)

«... fagmøte er en slags brukermøte... de ansatte tar opp problemstillinger rundt en bruker og diskuterer om de fagsystemene de har... referat føres sjelden fra de møtene men jeg får jo høre om det etterpå og jeg har inntrykk at det er på en måte vel sånn muntligdelingsmøter...» (Informant 8)

«...noen ganger kan vi ha veldig gode diskusjoner på møter og andre ganger foregår mer prat utenfor møtene...» (Informant 9)

Andre informanter poengterer at arbeidsoppgavene en har ansvar for i løpet av vekten, og settingen en jobber i, kan også være til hinder for å jobbe kunnskapsbasert. De beskriver at det er en kultur for å ha fokus på alle praktiske gjøremål som eksempelvis rengjøring, matlaging, handling, og at dette tar stor plass i arbeidshverdagen for de ansatte i boligene.

«... vi jobber jo ensomt, vi jobber mye i leiligheter og hvis vi ikke prater når vi går ut, så kan det jo rulle og gå til det blir mye større problemer enn det hadde trengt å være i utgangspunktet...» (Informant 1)

«... det er jo fort gjort når man går i et miljø som dette å bli seg selv nok for å si det sånn... også er det veldig lett når du jobber i en institusjon som dette at man blir veldig sånn praktisk, den ene dagen tar den andre, ... du skal vaske opp, vaske, skal følge brukere... » (Informant 2)

«... nei man tenker ikke så mye på forskning i en hverdag hvor det er så mye ting som skal på plass hele tiden... man skal skrive handlelister og kjøpe sko...» (Informant 4)

En annen informant presiserer at det er en kultur i boligen for å si ifra og ikke minst snakke med hverandre, og at dette er mye bedre enn å jobbe systematisk. Dette blir også knyttet opp mot et godt arbeidsmiljø.

«... ikke noe systematisk nei... det sitter mye i en kultur og det er rom for å si ifra... også er det mye dialog mellom oss i hverdagene...» (Informant 5)

«... så har vi også et godt arbeidsmiljø og det er derfor det funker at ting ikke er så systematisert og at vi snakker sammen, og da er det tilstrekkelig... enda bedre tror jeg enn å være for systematiske fordi da glipper mye av den skravlingen og det kommer mye fram i skravling da...» (Informant 5)

I et annet intervju beskrives det at det å få personalgruppa til å skjønne viktigheten av å bruke et faglig grunnlag i deres praksisutøvelse, utgjør en utfordring. En enkelt informant viser at det skapes en kultur i boligen for å gjennomføre oppgaver på en rutinepreget måte, som gjør at de ansatte ikke reflekterer over hvordan de kan jobbe mer faglig. Sitatet viser hvordan hun opplever denne praksisformen.

«... jeg synes at de ansatte er litt for synsete hele gjengen når det gjelder kartlegging for eksempel og der masser jeg vanvittig... det er litt for lite grunnleggende data som jeg mener er nødvendig og jeg ser at de ansatte evaluerer eller beslutter basert på synsing, og det er ikke bra...» (Informant 8)

4.4 Lederens ansvar og rolle

De fleste av informantene poengterer at deres ansvarsområde er veldig stort, og at de sitter med en dobbeltrolle, både det administrative og faglige ansvaret. Det belyses at dette oppleves som vanskelig, og at de administrative oppgavene får et større fokus enn den faglige delen.

«... jeg har hovedansvaret for faget i tillegg til lederansvaret.. det er veldig vanskelig å ha både den ene rollen med alt den innebærer av personalansvar, oppfølgingen på mange områder og sette av tid til den faglige biten da...» (Informant 3)

«... jeg er også fagpersonen i boligen, og jeg føler at jeg får mye mer administrativ ansvar i min rolle som fjerner konsentrasjonen min fra det faglige...» (Informant 2)

«... man har jo mye annet ansvar som leder, og for meg er det viktig å sørge for at driften går og at det er alltid nok folk på jobb...» (Informant 6)

Videre blir det presisert at grunnen for at ledere prioriterer de administrative oppgavene fremfor de faglige, er at det er de administrative som blir mest etterspurt. En enkelt informant beskriver at det er alltid tidsfrister på driftsoppgaver, mens en annen forteller at kunnskapsbasert praksis ikke blir etterspurt.

«... nei jeg ser at de driftsoppgavene må bli gjort innen frister og sånne ting, og da kommer det faglige ansvaret i en annen rekke...» (Informant 3)

«... også det er ingen som etterspør kunnskapsbasert praksis og det er det som er vanlig med alle de andre oppgavene vi har... så er jo alltid en ansatt som trenger at jeg ser på en bytte eller ferieønske eller det er noen pårørende som trenger det og det, eller så er det bydelen som trenger at jeg fyller ut det skjemaet eller lønningskontoret... så det er hele tiden noen som står og pusher deg, men ikke på den faglige...» (Informant 9)

På spørsmål om de ser på tilrettelegging for kunnskapsbasert praksis som et av deres ansvarsområder, er de svært tydelige på at dette absolutt ligger i deres rolle som leder. Enkelte informanter fremhever at dette allikevel er utfordrende for dem, og de knytter dette opp mot utydeligheter på oppgavefordeling.

«... jeg ser på det som en av mine ansvarsrolle absolutt... i tillegg så er det andre som har det ansvaret sånn som faglig veileder men likevel er det jo mitt hovedansvar at kunnskapsbasert praksis forekommer i min bolig... også er jo ansvaret dyttet både sideveis i linja samt at man har gjort en omorganisering at tjenesteansvarlig har disse ansvarsområder... mitt problem hvis fylkesmannen kommer og sier det jeg ikke har gjort men allikevel så er det et ansvar som er dyttet ned på andre aktører, men det er mitt ansvar...» (Informant 7)

«... jeg ser bare at det er jeg som skal tilrettelegge for at vi praktiserer kunnskapsbasert praksis på en måte...» (Informant 2)

«... det er absolutt mitt ansvar at kunnskapsbasert praksis er tilstede...» (Informant 5)

En annen informant bruker uttrykket «*passe på at vi ikke leker butikk*» for å eksemplifisere hennes ansvar med henhold til at de ansatte jobber kunnskapsbasert, og beskriver at dette er veldig vanskelig. Hun forteller det slik:

«... det er jo et kjempestort ansvar... jeg må hele tiden passe på at vi ikke leker butikk... også at det vi holder på med her er basert på forskning, erfaring og på hva brukeren selv ønsker og dette er fryktelig vanskelig...» (Informant 8)

Flere informanter belyser at mangel på en fagperson som har det overordnede faglige ansvaret, kan ha en viktig betydning for utfordringene med implementering av kunnskapsbasert praksis. En av dem forteller at det å ha tjenesteansvarlige¹² som er på samme nivå, gjør at ingen tar større ansvar enn det de må.

«... vi har åtte tjenesteansvarlige som ligger på samme nivå og ingen av dem tar noen mer faglig ansvar for boligen som helhet... det blir mer sånn .. bare mine brukere...» (Informant 9)

¹² Ansatte som har en treårig utdanning i vernepleie/sykepleie og jobber fullt på tjenestestedet. Alle brukere får oppnevnt en tjenesteansvarlig som skal sikre brukermedvirkning, god praksis på arbeidssstedet og at tjenesten er koordinert med tjenester fra andre interne og eksterne samarbeidspartnere.

Andre påpeker at de har en ganske høy grad av selvbestemmelse som leder, og at de kan gjøre mye av det de ser som hensiktsmessig å gjøre. Det betyr at selve praksisen i det hverdagslige kan påvirkes av ledelsen. En informant eksemplifiserer dette når hun forteller at hun må hele tiden bytte på rutiner og ikke minst ansvarsområder. En annen poengterer at det er viktig å være lite leder, og det relateres til jobbtrivsel.

«... jeg styrer jo ganske mye i forhold til hva jeg forventer av mine ansatte...» (Informant 1)

«... nå har jeg en ganske stor grad av selvbestemmelse sånn at jeg tror nok jeg gjør mye av det jeg tenker er riktig... også føler jeg at jeg har ansvar til å bytte litt på rutiner og dytte litt på folk sånn at jeg prøver å sparke folk litt ut av den komforsonen...» (Informant 2)

«... jeg synes at det er viktig at man er litt lite leder, så sånne ting som: «du husk det», «det er feil»... jeg prøver ikke å holde på med sånt fordi jeg tenker at det har med trivsel og arbeidsmiljø å gjøre, og på lang sikt er det viktig for å få den kontinuiteten og at folk trives her og blir her lengre tid...» (Informant 4)

Andre informanter presiserer at man har alt for mye ansvar som leder, og at dette er en veldig belastet rolle. Dette blir også knyttet opp mot at noen av dem var leder for flere boliger, og det vil si at de har flere ansatte/brukere/pårørende de skal forholde seg til.

«... det er alltid for mye ansvar.. ser man på forskning i forhold til hvor mange man skal ha lederansvar for, så snakker de om 12 stykker... jeg har 80 stykker ikke sant.. sånn at det vil alltid være for mye ansvar for meg...» (Informant 8)

«... jeg føler vel at vi som ledere er veldig belastet i rollen vår og det gjelder veldig mange ledere...» (Informant 9)

«... jeg føler at jeg har et veldig bredt ansvar som leder...» (Informant 3)

Ved et annet intervju blir uttrykket «å jobbe mot strømmen» brukt for å beskrive måten ledere jobber på i boliger for utviklingshemmede, og at dette gjør det utfordrende å tenke kunnskapsbasert. Tilstedeværelsen av ledelsen i boligen, ble også påpekt som umulig å oppnå, siden de har så mye ansvar, og det blir også knyttet opp mot en økende tendens til at størrelsen på bofelleskap øker.

«... jo lengre jeg jobber her jo dårligere blir jeg faglig fordi jeg jobber bare med administrasjon og ting som haster og konflikthåndtering... her blir det litt sånn at man jobber mot strømmen...» (Informant 9)

Videre forteller informanten:

«... jeg sitter veldig mye på kontoret og sitter mye på møter, så jeg har veldig lite kontakt med de ansatte nettopp på grunn av den rollen... hvis man hadde vært mer sammen så hadde det vært lettere å lede men det handler også om den trenden om at alle boliger skal blir større og større, og at ledere skal ha så så mange ansatte fordi det er så effektivt men så ser man ikke hva man taper på det.. fordi det er ingen som måler det..» (Informant 9)

4.5 Medarbeidernes engasjement og motivasjon

Engasjement og motivasjon blant de ansatte, blir beskrevet som en essensiell del av det å anvende kunnskapsbasert praksis i boligene for mennesker med utviklingshemming. Informantene poengterer at det er lite interesse blant de ansatte for å jobbe faglig, og at det handler mye om vilje også. Samtidig belyser de at hvis det hadde vært mer faglig interesse i personalgruppa, så hadde det vært en bedre forståelse for kunnskapsbasert praksis.

«... jeg føler at alle sånne faglige ting skal initieres fra over og at jeg som leder skal pushe på og spre entusiasme i forhold til det jeg mener er viktig for å gi en god tjeneste... så jeg ønsker et mye større engasjement blant de ansatte, og jeg føler at vi ikke får det engasjementet helt opp hos alle... også dette her er ikke bare et sted de skal tjene penger...» (Informant 2)

«... man kjenner ikke rollen sin, man tar ikke rollen sin og man er ikke interessert i det på en måte... også trenger man noen som virkelig brenner for brukergruppa for å gi gode tjenester, og jeg tror ikke at alle skal jobbe med funksjonshemmede...» (Informant 7)

En informant belyser at de ansatte som har store stillinger, setter en standard i boligen, og at motivasjon har en viktig betydning for måten de jobber på, og ikke minst hvordan de ser på sine oppgaver. Hun forteller at de ansatte i store stillinger ikke tar så mye initiativ til å holde seg oppdatert, og de som har små stillinger eller jobber ekstra, ikke viser noe interesse.

«... jeg tenker at de som har store stillinger setter en standard i boligen da, og hvis de innehar kunnskap om forskning, erfaring, så ville det gå litt ut til de andre som jobber ekstra eller i små stillinger også... men de tar jo ikke initiativ til å sette seg ned og innhente

kunnskap... og det er jo flere her som har denne jobben fordi de må ha en inntekt ved siden av studiet da og ikke er så engasjert..» (Informant 3)

Den samme informanten bruker ordet «barnevakt» for å konkludere med at de ansatte må vise interesse, og ikke minst være bevisst på at en ikke er bare en barnevakt på jobb. I etterkant av intervjuet poengterer noen av informantene at de bør sette mer fokus på kunnskapsbasert praksis i boligenes praksis.

«... vi må jo ha enda mer fokus på kunnskapsbasert praksis men det er vel det å fange opp også de gangene man kanskje ikke har lyktes helt da...og det lærer man veldig mye av, men når det går bra så reflekterer man lite på hva som gjorde at det gikk bra nå.. det skal man gjøre men det gjør man på store beslutninger men ikke i de hverdagslige små...» (Informant 5)

«... jeg burde egentlig snakke mer med de fagpersonene om det, at det her er noe vi ønsker.. vi har lyst til å heve fagnivået vårt og ansvarliggjøre dem litt...fordi de er fagpersonene vi har og de må jo gå i bresjen for det her da.. også vet jeg at de har lite tid, og kanskje ville bli frustrert hvis man stiller for mye krav men det er jo en ting jeg kan gjøre...» (Informant 9)

Andre informanter så ikke noe poeng med å jobbe kunnskapsbasert, sett i lys av at beboerne har det bra, og at praksisendring kan være negativt. En av dem bruker uttrykket «vi er som en familie» for å belyse at kunnskapsbasert praksis ikke er så positivt for selve beboerne.

«... jeg tenker jo at en med autisme som har bodd her i 45 år og som har levd i det systemet i 30 år.. det er en større belastning for han å skulle gjøre store endringer da.. det er en høy risiko ved å prøve å utfordre de gamle systemene i forhold til når en vet.. liksom han ene som hadde ADHD utagering men så kom han inn i disse systemene her og han er helt rolig nå... jeg tror at mange endringer vil være en felle hvis det tar så stor plass...» (Informant 4)

«... også skal man ikke hime seg av at ikke alle beboerne får det bedre av at tjenestene er kunnskapsbasert, fordi at vi er et hjem og vi har mange funksjoner og vi har ikke bare kunnskap.. ikke sant.. vi er som en familie og man skal ikke bare innhente kunnskap... det kan være veldig negativt å komme med ny kunnskap hele tiden...» (Informant 2)

5 Drøfting av funn

I dette kapitlet følger en drøfting av studiens funn i lys av teori og forskning på feltet. Hovedfunnene i denne studien vil diskuteres under følgende overskrifter: Lite bevissthet rundt forskningsbasert kunnskap, Skeptisk holdning til kunnskapsbasert praksis, og Sykdomsprestisje. I disse kategoriene vil jeg drøfte nærmere om hvilket forhold informantene har til de tre kunnskapsformene (forskningbasert-, erfaringsbasert- og brukerkunnskap), som utgjør kjernen i en kunnskapsbasert arbeidsform. Videre vil jeg drøfte lederes tanker på det de gjør i praksis på bakgrunn av deres ansvar og rolle, og hvordan dette kan ha betydning for anvendelse av arbeidsmodellen. I tillegg vil jeg drøfte barrierer de møter i arbeidet med dette, og avslutningsvis drøfte om diagnosen psykisk utviklingshemming er av betydning for anvendelse av en slik arbeidsform.

5.1 Lite bevissthet rundt forskningsbasert kunnskap

Resultatene i denne studien tyder på at praksisen på de representerte tjenestestedene ikke i veldig stor grad er kunnskapsbasert. Informantene beskrev ikke forskning og trinnene for anvendelse av en kunnskapsbasert arbeidsform slik det blir beskrevet i litteraturen (Nordtvedt et al., 2008; Newell & Burnard 2006). De belyste at forskning ikke utgjør en essensiell del av beslutningsprosesser, og at de ikke hadde noe fokus på systematisk innhenting av slik kunnskap. Lesing av forskning eller faglig litteratur viste seg å være frivillig, selv om lovverket pålegger helsepersonell til å holde seg oppdatert for å kunne utøve faglige forsvarlige helsetjenester (Helsepersonelloven 1999, §4). Likevel var informantene opptatt av å yte gode tjenester til sine brukere bygget på målrettet miljøarbeid. Det kan synes som at det var et felles mål på arbeidsplassene om å tilrettelegge tjenestene for at den enkelte bruker kunne oppnå bedre livskvalitet, samt personlig vekst og utvikling. I litteraturen beskrives det at for å kunne yte slike tjenester, må det tas større hensyn til forskning, og at dette utgjør en betydelig kunnskapskilde for utforming av tjenester (Ekeli 2005, s. 49; Bjørndal, 2012). I lys av denne studiens resultater kan det se ut som om informantene var lite bevisst rundt denne kunnskapsformen, hvilket er av betydning for den hverdagslige tjenesteutøvelsen.

Knapphet på tid ble trukket frem av informantene i denne studien, som en barriere for tilrettelegging av en praksis som er kunnskapsbasert. Dette er i tråd med andre studier som viser at det blir vanskelig å anvende kunnskapsbasert praksis i en travel og tidspresset

arbeidshverdag (Hjelen & Sagbekken 2018; Retsas 2000; Forsetlund & Bjørndal 2002; Sørli et al., 2010; Røkholt et al., 2017; De Smedt et al. 2006; Gale & Schaffer 2009; Sandvik, Stokke & Nordtvedt 2011). Grunnet at kunnskapsbasert praksis er en tidskrevende prosess, vil klinikerne ofte ikke lykkes med å gjennomføre litteraturgjennomgang, samt lese og vurdere forskningsartikler som omhandler et klinisk dilemma de befinner seg i (Guyatt et al., 2000). I en av disse studiene kommer det frem at denne utfordringen kan reduseres ved å adressere dette på et organisasjonsnivå. Det vil si at organisasjonen må sørge for at en slik fasilitet (nok tid) er gitt for å kunne føre til et høyere nivå av bruk av forskning i praksis (Retsas 2000).

Noen av informantene i denne studien beskrev at innføring av en kunnskapsbasert arbeidsform handlet ikke om tid, men om prioritering. Som det ble vist i denne oppgavens resultatkapittel, uttalte noen av dem det slik: «...tid er ikke noe man har, men noe man skaffer...», «...det er rom for å lese seg opp når man ikke har beboere på dagvakter...». I tillegg beskrev de at de ikke ville pushe mye på medarbeiderne, fordi dette ble sett som av særlig betydning for arbeidstrivsel. Dette kan tyde på at ledere ikke ser på tilrettelegging for tilstrekkelig tid som et av deres ansvarsområder, men at dette heller blir medarbeidernes ansvar. Resultatene av en slik tankegang kan kanskje forklare at det er lite bevissthet rundt bruk av forskning i praksisnære beslutningsprosesser. For å kunne utføre en kunnskapsbasert praksisform kreves systematisering, kvalitetssikring, og formidling på kunnskapen som finnes på det aktuelle feltet (Gotvassli, Augdal & Rotmo 2014). Funnene viser at ingen av tjenestestedene hadde satt av tid til fagutvikling, og dette sees i forskningen som en faktor som påvirker praksisen i den retningen at det blir lite kunnskapsbasert (Hjelen & Sagbekken 2018).

Oppgaver som handling, matlaging og rengjøring ble prioritert i arbeidshverdagene på disse boligene. Ledere beskrev at for både dem og medarbeiderne var det viktig at hverdagslige praktiske gjøremål blir gjennomført, siden dette utgjør hovedoppgavene på en vanlig hverdag i boliger. I tillegg ble det nevnt at oppfølging av brukere (for eksempel til dagsenter, fastlege, tannlege og lignende) var også en del av disse oppgavene. Ifølge ledere må slike oppgaver gjennomføres i løpet av vakta, siden brukerne er avhengig av dette, og de mener at dette kan gi en forklaring på hvorfor det blir utfordrende å jobbe kunnskapsbasert. Dette samsvarer med en annen studie hvor det vises at pasientarbeid gjør det vanskelig å finne tid til å reflektere, stille spørsmål, og diskutere faglige problemer (Røkholt et al., 2017). Ledere forteller at forskning er et ukjent felt for medarbeiderne, og at de mangler motivasjon og engasjement for

faglig arbeid i praksis. Dette ble også sett av informantene som en faktor av særlig betydning for anvendelse av en kunnskapsbasert arbeidsform. Mangel på medarbeidernes motivasjon for oppgaver med faglig innhold, kan synes å forekomme som et resultat av at forskning er et ukjent felt for mange av dem. Flere studier viser at motivasjon til bruk av forskning er av særlig betydning for å innføre dette i praksis, og at dette var preget av blant annet erfaring med bruk av forskning og nysgjerrighet til å lære mer (Dannapfel et al., 2013; Damschroder et al., 2009; Squires et al., 2011).

Et annet funn i denne studien, som kan ha en viktig betydning for at forskning ikke oppsøkes i veldig stor grad på disse boligene, var knapphet på faglærte. Informantene beskrev at ufaglærte medarbeidere hadde mye ansvar rundt brukeres tjenester, selv om de har lav kompetanse. Dette vil også kunne forklare hvorfor forskning ikke sees som en viktig kunnskapskilde for profesjonsutøvelse i tjenestene til utviklingshemmede. Kompetansemangel kan bety at det er lav bevissthet rundt forskningsbasert kunnskap som en viktig kunnskapskilde for tjenestenes kvalitet og sikkerhet. I tillegg vil dette kunne være et stort hinder for å kunne gjennomføre forskningssøk, og ikke minst å kunne vite hvordan ta forskningsresultatene i bruk (Florczak 2016; Squires et al., 2011; Dannapfel et al., 2013; Røkholt et al., 2017; Grimshaw et al., 2012). For at medarbeidere skal kunne jobbe kunnskapsbasert, må de ha ulike ferdigheter innen KBP, for eksempel: å kunne definere et klinisk spørsmål, søke etter oppdatert forskningslitteratur, kritisk vurdere forskningen og vurdere den opp mot egen erfaring samt brukerens ønsker og verdier (Guyatt et al., 2000; Gale & Schaffer 2009; Greenhalgh 2018, s. 35). Kunnskapssvikt i tjenestene til utviklingshemmede ble også avdekket i det landsomfattende tilsynet, hvor det ble påpekt at ufaglærtes mulighet til å fange opp endringer i helsetilstand er begrenset. Det vil si at knapphet på høgskoleutdannet helsefaglig personell, kunne medføre svikt i nødvendig helseoppfølging til mennesker med utviklingshemming (Helsetilsynet 2017). Sett i lys av dette, kan tjenestekvalitet samt pasientsikkerhet bli redusert i den grad at det kan være økt risiko for brukernes helse og velvære.

I tillegg nevnte ingen av lederne noe om kursmuligheter medarbeidere kunne få for å tilegne basiskompetanse innen kunnskapsbasert praksis. I forbindelse med dette beskrev de at lovpålagte kurs, eksempelvis: kurs i HOL kap.9, medisinkurs og lignende, blir prioritert fremfor ikke lovpålagte kurs, selv om dette kan by på økt faglig kompetanse. Men er dette godt nok for å kunne utøve faglige forsvarlige tjenester? I tråd med andre studier ville jeg

svare at dette ikke kan være nok, da det kan se ut som om det trengs mer kunnskap om hva kunnskapsbasert praksis er, og hvordan denne arbeidsmodellen kan bidra til gode forsvarlige tjenester (Florczak 2016; Stetler et al., 2009). En annen studie viser også at tilrettelegging for kompetanseheving blant helsepersonell, er av viktig betydning for utøvelse av kunnskapsbaserte tjenester (Gale & Schaffer 2009). Det at disse kursene er pålagte på et overordnet nivå, vil ikke nødvendigvis si at det gir bedre tjenester, men at det kanskje forebygger uønskede tjenester. Hvorvidt disse resultatene er forsvarlige, kan diskuteres opp mot blant annet helsepersonelloven og pasientrettighetsloven, hvor det forventes kontinuerlig oppdatering og fagutvikling for pasientenes beste. Dette kan ikke oppnås dersom det ikke legges fokus på en kunnskapsbasert arbeidsform som handler særlig om kvalitetssikring og tjenestestedets utvikling.

Ledere i denne studien belyste at både de og medarbeiderne benyttet hovedsakelig erfarne kollegaer som kunnskapskilder i arbeidshverdagene. Dette ble sett som en tryggere kunnskapskilde enn kunnskap hentet fra forskning. Andre studier viser også at denne kunnskapsformen ofte er foretrukket som kilde til kunnskap, samt at rutiner eller tradisjoner som er basert på dette anvendes oftest i praksis (Squires et al., 2011, Dannapfel et al., 2013; Berland et al., 2012). I en av disse studiene vises det at erfaringsutveksling utgjør den viktigste kunnskapsformen for beslutningsprosesser, siden dette kan tidligere endre helsepersonellens forståelse og meninger om en spesifikk situasjon. Lite erfaring med å innhente samt bruke relevant og oppdatert kunnskap via forskning, ble også sett som en grunn for vektlegging av denne kunnskapskilden (Berland et al., 2012). Funnene i denne studien viser at forskning oppfattes som vanskelig å lese, og at det er vanskelig å vurdere hva som er relevant for praksis. For å gjenspeile denne utfordringen, uttalte en av informantene at «*forskningsbasert kunnskap blir litt for langt unna...*» (se kapittel 4.2.3). Dette samsvarer med andre studier, hvor det belyses at bruk av erfaringsbasert kunnskap utgjør en essensiell del av beslutningsprosesser i praksis, grunnet at erfarne kollegaer blir sett som en god hjelp i disse prosessene (Dannapfel et al., 2013; Snibsøer et al., 2012). Sett i lys av både kravene som stilles på et overordnet nivå, og arbeidsmodellen som ble presentert i kapittel 2.2.1, er dette ikke tilstrekkelig for å kunne utøve kunnskapsbaserte tjenester (HelseOmsorg21 2014). Prioritering av erfaringsbasert kunnskap fremfor forskningsresultater kan ha negative konsekvenser for pasientsikkerhet (Hjelen & Sagbakken 2018).

5.1.1 Reelle eller ønskelige brukerorienterte tjenester?

Funnene i denne studien viste en todeling av erfaringer med anvendelse av brukerkunnskap i praksis. Den ene delen omhandler bevisstheten rundt brukerperspektivets betydning, mens den andre omhandler den reelle prosessen i praksis, hvor informantene ønsket en større grad av brukermedvirkning.

Brukermedvirkning var et begrep informantene brukte til daglig ved å legge til rette for en felles forståelse gjennom opplæring og veiledning av ansatte. Innholdet i dette begrepet ble knyttet til «å ha brukeren i sentrum» og at «man skal gjøre med og ikke for brukeren». Denne intensjonen om at brukerens interesser, behov og situasjon skal danne utgangspunkt for arbeidet, kalles *brukerorientering*. Et slikt fokus kan være avgjørende for utviklingen av gode tjenester, og det kan påvirke utformingen på denne måten at tjenesten er med på å sikre livskvalitet og det gode liv (Røkenes & Hanssen 2012, s. 250; Ellingsen 2005, s. 39). Informantenes ivaretagelse av brukerperspektivet ved å være lydhør for brukeres forutsetninger og ønsker, kan tyde på at det var en økt bevissthet rundt brukerkunnskap som en viktig kunnskapskilde for avgjørelsesprosesser i praksis. Som nevnt i teoridelen, utgjør dette en viktig kunnskapskilde for å kunne jobbe kunnskapsbasert. Selv klinikerne som er kjent med forskningspålitelighet, risikerer å gi feil anbefalinger til pasientene hvis de ikke involverer dem i beslutningsprosessen, fordi klinikernes verdier ofte er forskjellige fra pasientene sine (Guyatt et al., 2000).

Selv om informantene var tydelige på at brukermedvirkning sto høyt på agendaen, kan det se ut som om dette ikke ble fullt ut ivaretatt. En av informantene eksemplifiserte dette ved å fortelle at hun hadde observert at medarbeiderne valgte fellesmåltidene i boligen, og at brukerne sjelden var med på beslutningsprosessen. I litteraturen blir det poengtert at en slik variant av brukermedvirkning, hvor brukerens ønsker ikke blir lyttet til, er kritisert for å ikke gi dem reell innflytelse. Det understrekes at uansett om man tenker at brukerens bidrag er nyttige for å utvikle en bedre tjeneste, vil man ikke oppnå dette uten at brukermedvirkningen blir tatt på alvor i ulike situasjoner, eksempelvis i det hverdagslige (Andreassen 2005, s. 101; Ellingsen, 2007, s. 133). I tillegg blir det spesifisert at for å kunne ivareta brukermedvirkning, må helsepersonell se brukerne som selvstendige aktører. De kan bli krenket ved å bli umyndiggjort, det vil si at helsepersonell overtar kontrollen helt (Røkenes & Hanssen 2012, s. 255). Informantene i denne studien beskrev at både de og medarbeiderne var veldig opptatt av brukermedvirkning, og en av dem knyttet dette opp mot at brukermedvirkning utgjør

hovedfokus på kommunalnivå. Det kan tyde på at siden dette er et meget kjent felt for mange som jobber i boliger for utviklingshemmede, faller det naturlig for dem å vektlegge dette. Allikevel viste det seg at de ønsker en bedre praksisform, for å kunne ta mer hensyn til brukerens ønsker. Noen studier viser at brukervedvirkning utgjør en essensiell del av beslutningsprosesser, og at dette blir sett som en moralsk og etisk verdi for slike prosesser, samt brukeres livskvalitet (Berland et al., 2012; Dannapfel et al., 2013). I tillegg er denne kunnskapsformen av særlig betydning for både utforming og utøving av kunnskapsbaserte tjenester (Greenhalgh 2018, s. 132).

Betydningen av brukerens funksjonsnivå i medvirkningsprosessen, var et annet funn innenfor denne kunnskapsformen. Informantene belyste at det var lettere for dem å ivareta brukervedvirkning for *de velfungerende brukerne* enn for *de hjelpetrengende brukerne*. Dette skillet vises også i teorien, hvor det poengteres at brukere med høyt funksjonsnivå vil være i stand til å gjøre seg frie valg, og å medvirke uten bistand fra pårørende eller omsorgspersoner. Hjelpetrengende som ikke har denne kompetansen, vil være avhengige av talspersoner som kan hevde deres interesser overfor tjenesteansvarlige (Johansen 2008, s. 34). I denne forstanden vil målet med å inkludere brukerne i beslutningstaking som forutsetter at brukeren selv er ekspert på sine behov, kunne falle ugunstig for de minst ressurssterke.

Sett i lys av denne utfordringen, at informantene opplever inkludering av hjelpetrengende brukere i avgjørelsesprosesser som vanskelig, får pårørende en sentral rolle. Pårørende vil ofte være de som kjenner brukerne best, og har gode forutsetninger for å vite hva brukeren ønsker og behøver (NOU 2016:17, s. 102; NOU 2005:3, s. 69). Funnene i denne studien viser at det var bare én informant som rettet fokuset mot pårørendesamarbeid for å sikre brukerkunnskapen. Det kan tyde på at det er lite bevissthet rundt pårørendes rolle i utforming av faglig forsvarlige tjenester, siden dette ikke ble sett som en kunnskapskilde for å ivareta brukervedvirkning. Mangel på brukerkunnskap vil også ha en betydning for at tjenestene til utviklingshemmede ikke er i stor grad kunnskapsbaserte. Tilrettelegging for at nærmeste pårørende kan medvirke når brukeren ikke kan ivareta interessene sine selv, er en lovfestet rettighet (Helsedirektoratet 2018, s. 33; Pasientrettighetsloven 1999, §3-1). Allikevel viser det seg at det er lite fokus rundt dette.

Brukere som ligger på et lavt funksjonsnivå, og ikke er i stand til å uttrykke sine interesser, vil være avhengige av pårørende og fagpersoner som har nær kjennskap til deres ytringsformer, dersom medvirkningen skal bli så reell som mulig (Johansen 2008, s. 35). I praksis vil det

bety at tjenestestedene ikke kan velge å forholde seg til disse føringene eller ikke. De reelle brukerorienterte tjenestene i teorien, er definert som tjenester som etablerer partnerskap mellom helsepersonell, brukerne og deres familier (pårørende). De skal også sikre at beslutninger respekterer brukerens ønsker, og at brukerne får bistand eller støtte, som skal sørge for å treffe faglig gode beslutninger (Riiskjær, Mainz & Rhode 2011, s.127). Til hensikt for styrking av pasientperspektivet, er helsepersonell pliktet til å legge dette til grunn for sine handlinger. Dette kan ha en verdi for både brukerne, og for helsepersonellens kunnskap. En brukerorientert praksis kan bidra til en arbeidsform som er kunnskapsbasert, hvor det omformes en hjelperelasjon fra en ekspertmodell til en modell der fagkunnskap og brukererfaring tillegges like mye vekt som kunnskapsgrunnlag for løsningsvalg (Andreassen 2008, s. 100).

Både lite bevissthet rundt bruk av forskning i praksis, og rundt inkludering av pårørende, spesielt i de tilfellene hvor brukerne lå på et lavere funksjonsnivå, kan tyde på at resultatet ikke blir i veldig stor grad kunnskapsbasert. Dette vises også i det landsomfattende helsetilsynet, hvor det ble avdekket at det var få spor av brukerens medvirkning i disse tjenestene, og lite involvering av pårørende i utforming av tjenestene (Helsetilsynet 2017).

5.2 Skeptisk holdning til kunnskapsbasert praksis

Et annet hovedfunn i denne studien, var at ledere har en skeptisk holdning til kunnskapsbasert praksis som en arbeidsform. Dette ble blant annet knyttet til bruk av forskning i praksisnære situasjoner. De fleste av informantene var skeptiske til denne kunnskapsformen, og belyste at brukere ikke får det bedre fordi tjenestene er kunnskapsbasert, og at personale ikke trenger å bruke litteratur eller forskning grunnet kunnskapen de har fått av sin grunnutdanning.

Eksempelvis fortalte en av informantene i denne studien om at «*et konservativt miljø*», hvor det ikke eksperimenteres mye med forskningsbasert kunnskap, er det beste for brukere. I tillegg ble det poengtert at prosedyrene eller rutinene i tjenestestedene, ikke trengs å utfordres, slik at dette er enkelt og oversiktlig i praksis. En annen informant beskrev at litteratursøk ikke var så betydningsfullt for dem i arbeidshverdagen, siden medarbeidere hadde den kompetansen de trengte grunnet en treårig utdanning. Allikevel ønsket begge informantene god kvalitet på tjenestene, og det beste for brukerne sine.

Disse eksemplene inspirerer meg til å stille spørsmål om hvorvidt «*gode faglig forsvarlige tjenester*» kan oppnås ved å være konservativ og ikke anvende forskningskunnskap i praksis. Dette kan bli vanskelig å oppnå sett i lys av at forskningsbasert kunnskap utgjør et viktig grunnlag for å kunne utøve kunnskapsbaserte tjenester i praksis. Slike tjenester vil nemlig skape et system for kunnskapsutvikling, og sikre at yrkesutøvere bruker vitenskapelige forskningsresultater i praksis (Thomassen 2006, s. 148). Knapphet på bruk av forskningsresultater i praksis vil derimot føre til kapasitetsmangel for praksisforbedring. Gjennom å anvende denne kunnskapskilden for å svare på praksisnære spørsmål, vil dette bidra til en bredere forståelse for muligheter som finnes for å kunne få de beste resultatene. Sagt på en annen måte, vil dette kunne øke tjenestenes kvalitet og trygghet ved å utøve en praksis som er i samsvar med den beste forskningen (Guyatt et al., 2000; Bjørndal 2009, s. 134). Å inneha kompetanse innenfor et område på grunn av en treårig utdanning, vil ikke nødvendigvis si at medarbeidere skal kunne alt til enhver tid, uten å måtte bruke forskning. Det vil heller ikke føre til forsvarlige tjenester, sett i lys av at dette kan endre seg med tiden, avhengig av faglig utvikling. Derfor forventes det at helsepersonell skal holde seg oppdatert, for å kunne utøve gode faglige tjenester (Helsepersonell 1999, §4). Dette forutsetter sikker kunnskap, og slik kunnskap fremskaffes gjennom forskning (NOU 2005:1, s. 17). En skeptisk holdning til anvendelse av forskningsbasert kunnskap, vil tyde på motstand til praksisendring, og dette vil vanskeliggjøre forbedring av tjenestene. I en studie vises det at for å kunne klare å innføre en kunnskapsbasert arbeidsform, må ledere ha tro på verdien dette har for pasientene. I tillegg blir det lettere å oppnå dette ved å synliggjøre fordelene en slik arbeidsform har, også for medarbeiderne (Gale & Schaffer 2009).

Resultatene viste at en av informantene hadde en positiv holdning til kunnskapsbasert praksis, sett i lys av at det ble gjennomført forsøk på «*faglig-påfyll-møte*», hvor fagutvikling var i fokus. Informanten belyste at dette ikke lyktes, på grunn av at medarbeidere ikke følte seg komfortable med å fremføre for hverandre. Dette kan tyde på at det i disse boligene skapes en manglende kultur for det å bruke forskning, sagt med andre ord, det å søke svar fra oppdatert forskningslitteratur ved spesifikke praksisnære spørsmål (Estabrooks et al., 2005). Endring av en slik kultur, og holdning til kunnskapsbasert praksis, utgjør fortsatt en utfordring for helsesystemet (Squires et al., 2011). Andre studier viser at for å kunne lykkes med praksisendring, må det være et positivt arbeidsmiljø som er mottakelig for dette (Stetler et al., 2009; Sandström et al., 2011; Røkholt et al., 2017; Shuman et al., 2018). En av dem belyser at karakteristikk ved organisasjonens kultur, er av særlig betydning for anvendelse av

forskning i praksis. Det viser seg at utfordringen med å ikke ha en støttende kultur for en kunnskapsbasert arbeidsform, kan løses ved at ledere etablerer praksisnormer og verdisystemer som er rettet mot kunnskapsbasert praksis. Dette bør være etablert på et organisatorisk nivå, og utgjøre et felles mål for hele organisasjonen (Sandström et al., 2011). Ledere som har muligheten til å påvirke organisasjonens kultur ved å integrere forskningsbruk i praktiske rutiner, vil føre til bedre institusjonalisering av kunnskapsbasert praksis over tid (Stetler et al., 2009). Sett i lys av forskning, vil ledere spille en viktig rolle i å utvikle et slikt miljø, og det kan se ut som om dette utgjør et nødvendig grunnlag for å kunne få til en dreining mot en kunnskapsbasert praksisform.

5.2.1 Betydning av lederrollen for KBP

Lederens rolle er av stor betydning for arbeidet med anvendelse av kunnskapsbasert praksis, sett ut fra deres posisjon, som kan bidra til å gjøre denne prosessen lettere (Aarons et al., 2015; Birken et al., 2012; Dopson & Fitzgerald 2006, Zjadewicz et al., 2016; Sandström et al., 2011; Shuman et al., 2018; Powell, Rushmer & Davies, 2009; Førland, 2014). Funnene i denne studien antyder at informantene ser på kunnskapsbasert praksis som et av deres ansvarsområder, men likevel oppleves det vanskelig å legge til rette for det. De knytter denne utfordringen til blant annet driftsoppgaver, som for eksempel turnusansvar, personalansvar og økonomi. I tillegg understreker de at faglige oppgaver vies lite oppmerksomhet, på grunn av en stor mengde driftsoppgaver. Dette samsvarer med litteraturen, hvor det belyses at mange ledere føler at all deres tid går med til å gjennomføre slike oppgaver, og at dette utgjør kjernen av et stort problem innenfor ledelse. Driftssituasjonen krever alle ressurser fra ledelsen, og det blir liten tid til andre oppgaver med faglig innhold. En slik form for ledelse kalles for *driftsledelse* (Busch, Vanebo & Dehlin 2016, s. 363). Ut fra denne studiens funn, kan det forstås at denne ledelsesformen kan være til hinder for at ledere kan rette fokuset mot kunnskapsbasert praksis.

Et annet funn som kommer frem i denne studiens resultater, er at planlegging av møter ikke er en kjent praksisform blant ledere, og det mangler tydelige rammer på hva fagmøter, brukermøter eller personalmøter inneholder. Dette kan tyde på at det er lite systematisk arbeid på disse tjenestestedene, som vil bety et «*ikke godt nok*» grunnlag for å utforme kunnskapsbaserte tjenester. Sett i lys av nasjonale føringer, utgjør utviklingen av gode og trygge helsetjenester kjernen i lederes ansvar. Det betyr at ledere i kommunen må sette

kvalitet, læring og forbedring på agendaen på faste møter, og i samarbeid med de ansatte må de identifisere forbedringsområder for kvalitet og pasientsikkerhet, samt utvikle en kultur for læring (Helse- og omsorgsdepartementet 2012, s. 81). En studie viser at det er en gjennomgående oppfatning blant de ansatte, at ledere har et hovedansvar for å planlegge og tilrettelegge for kunnskapsbasert praksis i arbeidshverdagen. Et avgjørende forhold for å lykkes med å jobbe kunnskapsbasert, var at arbeidsmodellen var satt på dagsorden (Røkholt et al., 2017). Det kan synes som at ledere i denne studien ikke ser betydningen av systematisk arbeid med planlegging av møter, og det kan virke litt tilfeldig hvordan de jobber med dette. Helsetilsynets rapport (2017) viser også dette, ved å belyse at det er lite systematisk tjenesteutøvelse i tjenestene til utviklingshemmede. Blant annet ble det påpekt at det manglet plan for faste møter, og at planlagte møter ikke ble gjennomført.

Informantene i denne studien beskrev at medarbeidere er lite interessert i faglig arbeid, og at det kan sees som en forklaring på hvorfor de ikke har et bevisst forhold til kunnskapsbasert praksis. I tillegg tydeliggjorde de at særlig ansatte som har store stillinger, setter en standard i boligen, og derfor forventes det et større engasjement i personalgruppa, med fokus på fagutvikling. Hvorvidt dette er medarbeideres eller lederes ansvar, kan diskuteres. Andre studier viser at ledere har en pådriverrolle som kan skape engasjement, og dermed påvirke anvendelse av kunnskapsbasert praksis på en positiv måte. Det vil bety at ledere som tar denne rollen, og har en evidensbasert holdning, vil kunne motivere ansatte til mer fagligfokus i arbeidshverdagene (Stetler et al., 2014; Råholm 2009; Aasekjær et al., 2016; Gale & Schaffer 2009). Derfor er forankring hos ledelsen nødvendig for anvendelse av kunnskapsbaserte tjenester, ellers blir dette vanskelig å oppnå, dersom prosessen ikke styres, og ledelsen ikke aktivt støtter og engasjerer seg i denne prosessen (Sørliet et al., 2010; Førland 2014).

Diskusjonene om hvem sitt ansvar det er å starte med å anvende kunnskapsbaserte tjenester, kan tyde på at det mangler en tydelig ansvarsfordeling mellom ledere og tjenesteansvarlige. Dette kommer også frem som et funn i det landsomfattende helsetilsynet, hvor fylkesmennene undersøkte blant annet hvem som har ansvaret for den daglige tjenesteytingen til brukerne, hvem som har ansvar for det faglige ansvaret, og hvem som har ansvar for at personale har tilstrekkelige kunnskaper. Det ble konstatert uklare ansvarsforhold i flere kommuner (Helsetilsynet 2017). Forskningen viser at en slik ansvarsfraskrivning fra flere ledd i praksisfeltet, kan utgjøre en stor barriere for å kunne oppnå evidensbaserte helsetjenester

(Hjelen & Sagbekken 2018). Like viktig er det at ansatte støtter opp, at de ser betydningen av å lære noe nytt, og av å endre holdninger eller praksis. Det betyr at målrettet samarbeid, bred enighet i personalgruppen om behov for praksisendring, oppslutning om å anvende et bestemt tiltaksprogram, og vilje til forpliktelsesinnsats over tid, er essensielle elementer for en kunnskapsbasert arbeidsprosess (Sørli et al., 2010; Aasekjær et al., 2016). Man kan derfor stille spørsmål om hvorvidt anvendelse av kunnskapsbaserte tjenester ligger hos den enkelte, eller hvorvidt dette er et resultat av organisasjonens ledelsesstruktur. Sett i lys av både teori og forskning som ble presentert i kapittel 2, vil det bety at utføring av kunnskapsbaserte tjenester blir nesten umulig for medarbeidere før rammebetingelser og ledelsesforankring er på plass.

5.2.2 Hvordan oppnå resultater i retning KBP?

Sett i lys av Mintzbergs teori, som ble presentert i teorikapitlet, kommer det frem at ledere innehar flere roller, inndelt i tre kategorier med utgangspunkt i deres formelle autoritet og status på arbeidsstedet (Jacobsen & Thorsvik 2016, s. 420). Noen av disse rollene kan sees som viktige momenter for tilrettelegging og systematisering av arbeidsforholdene, for å kunne ta i bruk kunnskapsbasert praksis på utøvende nivå. Eksempelvis kan ledere motivere og inspirere medarbeidere, gi retningslinjer, og legge til rette for at de ansatte kan fremme tjenestestedets mål i arbeidet. Denne *anfører-rollen* kan bidra til at de ansatte yter evidensbaserte helsetjenester, hvis dette utgjør et viktig mål for både lederen og arbeidsstedet. Dette belyser igjen viktigheten av forankring av kunnskapsbasert praksis hos ledelsen.

Lederrollen som *informasjonsformidler* kan også ha en betydning for å oppnå kunnskapsbaserte tjenester ved å formidle blant annet verdiorientert informasjon, som innebærer informasjon om hvordan de mener noe burde være, for eksempel praksisformen. I tillegg kan de formidle praktisk informasjon, eksempelvis om kursmuligheter, som kan bidra til å heve kompetansenivået blant medarbeidere. I denne studien viser resultatene at ledere er mer opptatt av å formidle informasjon om kurs som er pålagt av kommunen, enn å informere om ikke pålagte kurs, selv om de ønsker høyest mulig kompetanse. Det kan tyde på at et slikt ønske kan bli vanskelig å oppnå dersom ledere ikke motiverer, inspirerer, samt informerer medarbeidere om slike muligheter.

Ledere har en status som gir dem mulighet til å ta initiativ til planlagte forandringer, for å utnytte muligheter som kan forbedre arbeidsstedets situasjon (Jacobsen & Thorsvik 2016;

Kaufman & Kaufman 2015). Denne *entreprenørrollen* kan utøves ved å sette konkrete mål, og å lage planer, som retter fokuset mot kunnskapsbasert praksis.

Studiens funn tyder på at ledere opplever en stor grad av selvbestemmelse, blant annet med henhold til hva de forventer av sine ansatte. I tillegg beskriver de at det er veldig viktig for dem «å være *lite leder*», for å kunne ta vare på et godt arbeidsmiljø. Med utgangspunkt i Fiedlers modell, som ble nevnt i teorikapitlet, kan tre sentrale trekk påvirke ytelsesnivået blant medarbeidere: *forholdet mellom leder og medarbeider, oppgavestruktur, og stillingsmakt* (Jacobsen & Thorsvik 2016). Ledere i denne studien viser seg å være veldig opptatt av relasjonen med medarbeiderne, ved å være oppmerksomme og støttende, og ikke minst ved å involvere dem i beslutninger knyttet til arbeidet. Det betyr at de var mest opptatt av en relasjonsorientert lederstil, og at de ville være «*lite leder*», selv om de hadde en formell autoritet grunnet sin posisjon på arbeidssstedet. Som nevnt i teoridelen, er Fiedlers hypotese at en oppgaveorientert leder vil egne seg best i både gunstige og ugunstige situasjoner. En situasjon hvor det er usikkerhet om hva medarbeidere skal gjøre, og hvilken innsats som forventes av den enkelte, krever en oppgaveorientert lederstil som gir mål og retningslinjer til medarbeidere, og stiller spesifikke krav til den enkelte om å yte (ibid). Det vil bety at for å kunne innføre kunnskapsbasert praksis som et mål for arbeidsformen på disse tjenestestedene, vil en oppgaveorientert lederstil egne seg best. Ved å fordele og strukturere oppgaver for å oppnå målet, vil denne lederstilen bidra til å vise at ledere er veldig opptatt av at medarbeiderne yter evidensbaserte tjenester. I tillegg er det av betydning å gjøre målet klart og tydelig for medarbeiderne, samt hva som forventes av dem.

Sett i lys av forskning kan transformasjonsledelse, som er innrettet mot å inspirere medarbeidere til engasjement for organisasjonens mål, føre til bedre jobbtilfredshet og ytelse blant medarbeiderne i retning mot kunnskapsbasert praksis, enn relasjonsorientert ledelse (Aarons & Sommerfeld 2012). Denne formen for ledelse er blant annet viktig for utvikling av et klima for innovasjon, og positive holdninger til en kunnskapsbasert arbeidsform (Aarons et al., 2015).

5.3 Sykdomsprestisje

Det tredje hovedfunnet i denne studien, rettet fokuset mot brukergruppa som bor i disse boligene. Informantene beskrev at også dette kan ha en betydning for at arbeidet med

kunnskapsbasert praksis blir utfordrende. Dette ble knyttet opp mot følgende elementer: mangel på tilgjengelig kunnskap, brukerens livssituasjon, og livsvarig behandlingstype.

På den ene siden, ble mangel på tilgjengelig kunnskap om sjeldne diagnoser opplevd som en barriere for innhenting av relevant kunnskap. På den andre siden, ble brukerens diagnose, livssituasjon og behandlingstype sett som ganske stabil, slik at forskningsbruk ikke behøves i like stor grad som blant sykehuspasienter. En av informantene brukte uttrykket «*vi er som en familie*» for å poengtere at de er et hjem som har mange funksjoner, og at det ikke bare dreier seg om anvendelse av ny kunnskap. En annen fremhevet at det å jobbe på et sykehus er mer givende og lærerikt enn å jobbe i bolig, sett i lys av at det på et sykehus kommer stadig nye pasienter, i motsetning til boliger, hvor brukere bor over lang tid. I tillegg ble det eksemplifisert at det å bli spesialist på brukere med Downs syndrom, ikke er så spennende som det man lærer av å jobbe på et sykehus hvor man møter flere sykdommer. Denne tankemåten kan antyde at ledere i denne studien, ser på sykdommer som blir behandlet på sykehus som «*finere*» eller «*bedre*» enn det som forekommer mest i boliger for utviklingshemmede.

Som resultat av denne holdningen, vil jeg trekke frem begrepet «*sykdomsprestisje*», inspirert av Album og Westin (2008). Deres studie viser at sykdommer som befinner seg i øvre del av kroppen, eksempelvis hjernesvulst, leukemi og hjerteinfarkt, er høyere prestisjerangert enn sykdommer som er lokalisert i nedre del av kroppen, eller som ikke har en bestemt kroppslig plassering. Kroniske sykdommer, eller psykiske lidelser som angst, schizofreni og depresjon, var eksempler på det som fikk lavest prestisjerangering. Sett i lys av denne studien, vil mine funn samsvare med dette prestisjehierarkiet, ved at informantene rangerer diagnoser som psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser lavt. I tillegg poengterte de at de ikke jobber ved akutte situasjoner, men ved daglige aktiviteter, og de så på utviklingshemming som en livslang tilstand som brukerne lever med resten av livet. Dette er i tråd med litteraturen, hvor det beskrives at denne diagnosen innebærer nedsatte kognitive ferdigheter, og ulik grad av utfordringer når det gjelder språk, motorikk, sosial kompetanse, og evne til å klare daglige aktiviteter (Mæhle, Eknes & Houge, 2011; Tøssebro, 2009; Sigstad, 2017). En slik diagnose, som ikke kan knyttes til et bestemt organ, og som tilsvarer en behandling med en langvarig historie, rangeres enda lavere, ifølge Album og Engebretsen (2013). I tillegg har pasientgruppa en betydning for denne rangeringen. Hjelpeløshet vises å være et kjennetegn ved pasientgruppa som får lav prestisje (Album & Westin 2008; Album & Engebretsen 2013).

I denne studien kan det se ut som om brukerne som ligger på et lavt funksjonsnivå, blir sett som hjelpeløse på bakgrunn av utfordringer som informantene bragte inn, eksempelvis brukermedvirkning. Informantenes forståelse og rangering av diagnosen psykisk utviklingshemming, bygde på kjennetegn ved sykdommen i seg selv, behandlingstype, og pasientgruppa. Dette kan ha en betydning for hvordan informantene ser på mulighetene i, og ikke minst nytten av, å kontinuerlig anvende ny forskning i praksis.

Som det ble nevnt ovenfor, i starten av dette avsnittet om sykdomsprestisje, opplevde informantene at det var lite tilgjengelig forskning om psykisk utviklingshemmede, særlig når det gjelder sjeldne diagnoser. De beskrev at denne knappheten på forskning gjorde det vanskelig å jobbe med en kunnskapsbasert arbeidsform, og at den kan skyldes lite oppmerksomhet, og brukernes lavere status, i motsetning til sykehuspasienter. Dette samsvarer med det Album og Engebretsen (2013) skriver, om at omfanget av forskning om sykdommen kan berøre prestisjen, slik at sykdommer eller diagnoser som er forskningsaktuelle og gir grunnlag for publikasjoner, blir høyt ansett. Det kan se ut som om sykdomsprestisje er av betydning for interessen på forskningsfronten, og at dette gjør det vanskelig for informantene å i stor grad utforme kunnskapsbaserte tjenester.

Funn fra denne studien viste hvordan informantene opplevde en tosidig utfordring i forbindelse med innhenting og anvendelse av forskningsbasert kunnskap. På den ene siden erfarte de lite tilgjengelig kunnskap for deres praksisnære problemstillinger, og på den andre siden beskrev de at det blir for mye kunnskap, slik at de ikke klarer å dra ut det som er relevant for dem. Denne kontrasten inspirerer meg til å stille spørsmål til videre forskning, om hvorvidt lite bruk av forskning i informantenes arbeidshverdag handler om mangel på tilgjengelig kunnskap, eller mangel på kunnskap om hvordan og hvor forskning kan oppsøkes.

6 Konklusjon

Denne studien er den første studien i Norge som belyser lederes erfaringer med anvendelse av kunnskapsbasert praksis i døgnbemannede boliger for utviklingshemmede. Studien viser at lederne erfarer omsetningen av forskningsfunn til praksishverdagen som krevende og utfordrende. Forskningslitteratur ble ikke oppsøkt i veldig stor grad for å svare på praksisnære spørsmål, og systematisk innhenting av ny kunnskap var ikke satt på dagsorden. Erfarings- og brukerbasert kunnskap var de to kunnskapsformene som fikk mest fokus i ledernes arbeidshverdag, og ble erfart som lettest å bruke. Likevel utgjorde brukernes funksjonsnivå en utfordring for å anvende brukerkunnskap i beslutningsprosesser, selv om det var økt bevissthet rundt denne kunnskapskilden. Begrenset inkludering av brukere og deres pårørende i utforming og evaluering av brukeres tjenestetilbud, kan føre til at tjenestene blir i liten grad kunnskapsbasert.

Ledere i boligene så på tilrettelegging for en kunnskapsbasert arbeidsform som deres ansvarsområde, men erfarte samtidig at det var utfordrende grunnet mange barrierer. Mangel på en støttende kultur for å jobbe mer faglig, og knapphet på tid, faglærte, og tilgjengelig litteratur for sjeldne diagnoser, ble sett som utfordringer mot å jobbe kunnskapsbasert. Lite planlegging rundt møter og ansvarsfordeling, samt en skeptisk holdning til kunnskapsbasert praksis, kan vanskeliggjøre anvendelse av dette. I tillegg viser det seg at lav sykdomsprestisje på bakgrunn av brukernes diagnoser, og deres livsvarig behandlingstype, preger tankemåten blant ledere for forskningsbruksbehovet i praksis.

På bakgrunn av denne studiens funn, viser det seg at det er behov for mer skolering og opplæring, slik at det kan sørges for økt kunnskap om kunnskapsbasert praksis blant ledere i tjenestene til utviklingshemmede. En støttende organisatorisk struktur og kultur, samt en motivert og oppgaveorientert ledelse, er også av betydning for å lykkes med anvendelse av en slik praksisform.

6.1 Betydning for praksis

Det er viktig å ta hensyn til at lederes oppfatning av kunnskapsbasert praksis, har en betydelig rolle om hvorvidt tjenestene til utviklingshemmede er kunnskapsbaserte eller ikke. Funnet i denne studien kan tyde på at ledere i disse tjenestene trenger mer kunnskap om denne arbeidsformen, og hvordan de kan tilrettelegge for dette.

Denne studien vil kunne øke lederes bevissthet rundt forskningsbetydning for tjenestenes kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg vil det kunne stimulere til kritisk refleksjon over egen praksis, samt inspirere til å planlegge for mer målrettede og fokusorienterte oppgaver. Det vil også gi økt motivasjon for å ansvarliggjøre de ansatte mot en kunnskapsbasert profesjonsutøvelse. Ledere ønsket at de ansatte tar rollen sin på alvor, og det kan være hensiktsmessig å legge arbeidsforholdene til rette for det. Det bør være et lederansvar å følge opp dette, motivere ansatte, og skape forutsetninger for utviklingsarbeid. Hvis ledere legger til rette for at ansatte tilegner seg mer kunnskap om litteratursøk, samt etterspør dette i praksis, vil de ansatte kanskje føle seg tryggere på ny kunnskap, samt ta det i bruk.

6.2 Videre forskning

Det er ulike retninger og nyanser jeg ser kunne vært interessante i forhold til videre forskning. Metodologisk kunne denne problemstillingen vært belyst med andre metoder, som for eksempel fokusgruppeintervju, hvor ledere i fellesskap kunne drøfte tanker rundt kunnskapsbasert praksis som arbeidsform. Det hadde også vært interessant å gjennomføre en deltagende observasjon, hvor man kunne observere kunnskapsbasert praksis i praksis. Dette kunne belyses ved å observere medarbeiderne i døgnbemannede boliger for utviklingshemmede.

En mer spesifikk utforskning av lederes holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis, hadde vært spennende. I tillegg ser jeg på forskning som ville rette fokuset mot helsepersonellens kunnskap om bruk av kunnskapskilder, som et nyttig område å undersøke. For å kunne få en oversikt over tjenestenes kvalitet på et overordnet nivå, hadde det vært nyttig med en kvantitativ studie på ledernes kunnskap om kunnskapsbasert praksis i flere tjenester til utviklingshemmede. En lignende studie som den jeg har gjennomført, hadde også vært interessant å gjennomføre i andre kommuner, for å kartlegge om resultatene hadde vist det samme som denne studien viser.

Litteraturliste

- Aakhus, E., Flottorp, S. A. & Oxman, A. D. (2012). Implementing evidence-based guidelines for managing depression in elderly patients: a Norwegian perspective. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(3), 237-240, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22793810>
- Aarons, G. A. & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 51(4), 423-431, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841107/>
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10(11), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25592163>
- Aasekjær, K., Waehle, H. V., Ciliska, D., Nordtvedt, M. W. & Hjälmult, E. (2016). Management involvement- a decisive condition when implementing evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 13(1), 32-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26788799>
- Album, D. & Engebretsen, E. (2013). Sykdomsprestisje. *Praktisk Grunde*, 1(2), 85-92, [http://praktiskegrunde.dk/2013/praktiskegrunde\(2013-1+2i\)album-engebretsen.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2013/praktiskegrunde(2013-1+2i)album-engebretsen.pdf)
- Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850944>
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjensten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal.
- Andreassen, T. A. (2008). Når pasienter blir brukere. En utfordring for ekspertisens posisjon i helsetjensten. I Asdal, K. & Moser, I. (Red.), *Ekspertise og brukermakt* (93-116). Oslo: Unipub AS.
- Arnulf, J. K. (2012). *Hva er ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Bazeley, P. (2013). *Qualitative data analysis: practical strategies*. London: Sage Publications Ltd.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnskapte virkelighet*. Oslo: Fagbokforlaget.
- 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, 361-365, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22647628>
- Birken, S. A., Lee, D. S. & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' rolle in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(28), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372435/>
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I Grimen, H. & Terum, L. I. (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 125- 144). Oslo: Abstrakt forlag.
- Bjørndal, A. (2012). Mangelvare: Forskning for forbedring. I Larsen, Ø., Fretheim, A., Larsen, I. F. & Westin, S. (Red.), *Medisinsk kunnskap: hvor kommer den fra, og hva brukes den til?* (s. 135-148). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2). http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...
- Breivik, I. & Høyland, K. (2007). *Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).
- Busch, T. & Vanebo, J. O. (2000). *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, T., Vanebo, J. O. & Dehlin, E. (2016). *Organisasjon og organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science, *Implementation Science*, 4(50), <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>
- Dannapfel, P., Peolsson, A. & Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science*, 8(31). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23497502>
- Datatilsynet. (2015). *Anonymisering av personopplysninger*. Hentet fra: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverkskjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/>
- De Smedt, A., Buyl, R. & Nyssen, M. (2006). Evidence-based practice in primary healthcare. *Ubiquity: Technologies for better health in aging societies*, 124, 651-656, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17108590>
- Direktoratet for e-helse. (2018). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018*. (IE-1019). Hentet fra: <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>
- Dopson, S. & Fitzgerald, L. (2006). The role of the middle manager in the implementation of evidence-based health care. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 43-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16359445>
- Ekeland, T. J. (2008). Evidensbasert praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(4), 406-407. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=42836&a=2
- Ekeli, B. V. (2002). *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Eureka.

- Ekeli, B. V. (2005). Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I Foss, C. & Ellefsen, B. (Red.), *Helsetjenesteforskning: perspektiver, metoder og muligheter* (s. 49-67). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E. (2005). Selvbestemmelse og brukermedvirkning. I Selboe, A., Bollingmo, L. & Ellingsen, K. E. (Red.), *Selvbestemmelse for tjenesteytere* (39-68). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, K. E. (Red.). (2007). *Selvbestemmelse: enge og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, MJ. & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761093>
- Fjeldbraaten, B. & Torp, S. (2013). Ansatte som arbeider med personer med psykisk utviklingshemming: God ledelse og fagutvikling fremmer arbeidsevne. *Fysioterapeuten* 8, 18-23, <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Ansatte-som-arbeider-med-personer-med-psykisk-utviklingshemming-God-ledelse-og-fagutvikling-fremmer-arbeidsevne>
- Florczak K. L. (2016). Evidence-based practice: What's new is old. *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 108-112, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26980886>
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 187-196. doi: <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1643>
- Folkehelseinstituttet. (2016). *PICO*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.
- Forsetlund, L. & Bjørndal, A. (2002). Identifying barriers to the use of research faced by public health physicians in Norway and developing an intervention to reduce them. *J Health Serv Res Policy*, 7(1), 10-18, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822256>

- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I Haugen, G. & Rannestad, T. (Red), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 225-241). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Gale, B. V. P. & Schaffer, M. A. (2009). Organizational readiness for evidence-based practice. *The journal of nursing administration*, 39(2), 91-97, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19190426>
- Gotvassli, K. Å., Augdal, I. L. G. & Rotmo, B. (2014). Når kunnskapen sitter i veggene. En empirisk studie av ulike kunnskapsformer og muligheter for kunnskapsutvikling i to barnevernsinstitusjoner. *Norges Barnevern*, 91(2), 106-121. https://www.idunn.no/tnb/2014/02-03/naar_kunnskapen_sitter_i_veggene_-_en_empirisk_studie_av_ul
- Green, J. & Thorogood, N. (2014). *Qualitative Methods for health research*. (3. utg.). Los Angeles: Sage.
- Greenhalgh, T. (1996). «Is my practice evidence-based?». *BMJ*, 313(957). <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g3725.full.pdf>
- Greenhalgh, T. (2018). *How to implement evidence-based healthcare?* Oxford: Wiley Blackwell.
- Greenhalgh, T., Howick, J. & Maskrey, N. (2014). «Evidence based medicine: a movement in crisis?». *BMJ*, 13:348, <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725>
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbaserings- noen utfordringer. I Grimen, H. & Terum, L. I. (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191-220). Oslo: Abstrakt forlag.
- Grimshaw, J. M., Eccels, M. p., Lavis, J. N., Hill, S. J. & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(50), <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-50>
- Guyatt, G. H., Meade, M. O., Jaeschke, R. Z., Cook, D. J. & Haynes, R. B. (2000). Practitioners of evidence based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *BMJ*, 320, 954-955, <https://www.bmj.com/content/320/7240/954>

- Guyatt, G., Cook, D. & Haynes, B. (2004). Evidence based medicine has come a long way. *BMJ*, 2(329), 991-992. <https://www.bmj.com/content/bmj/329/7473/990.full.pdf>
- Hansen, H. F. & Rieper, O. (2009). Evidensbevegelsens rødder, formål og organisering. I Grimen, H. & Terum, L. I. (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 17-37). Oslo: Abstrakt forlag.
- Hartzell, T.A., Fineout-Overholt, E., Hofstetter, S. & Ponder, E. (2015). Finding relevant evidence to answer clinical questions. I Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (Red.), *Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (s. 40-73). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Harvey, G. & Kitson, A. (2015). *Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide*. New York: Routledge.
- Haynes, B. & Haines, A. (1998). Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ*, 317(7153), 273-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113594/>
- Haynes, R. B., Devereaux, P. & Guyatt, G. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *BMJ*, 2(7), 36-38. <http://ebm.bmj.com/content/ebmed/7/2/36.full.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (Meld. St. 16 (2010-2011)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (Meld. St. 10 2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. (Meld. St. 6 2017-2018). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b5f2afb00c3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om helse- og omsorgstjenester m.v. av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-IS-8-2012). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsepersonelloven%20med%20kommentarer.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. (IS-8/2015). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-2587). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v. av 20 juni 2008 nr. 44. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 7 februar 1999 nr. 64. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2017). *Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. (Rapportnr.4/2017). Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/upload/publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4_2017.pdf
- Hjelen, W. & Sagbakken, M. (2018). Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien forskning*, 13(69422). doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2018.69422>.

- Hofstad, E. (2009). *Evidensialismen- en totalitær ideologi*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2009/03/evidensialismen-en-totalitaer-ideologi>
- Holland, K. & Rees, C. (2010). *Nursing: Evidence-based practice skills*. New York: Oxford University Press.
- Holloway, I. & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare*. (4 utg.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Høst, T. (2015). *Hva slags ledere trenger vi i Helse-Norge?* Hentet fra: <https://psykologisk.no/2015/02/hva-slags-ledere-trenger-vi-i-helse-norge/>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johansen, S. (2008). Er fleksible systemer like fleksible for alle? I Bjørnrå, T., Guneriussen, W. & Sommerbakk, V. (Red.), *Utviklingshemming, Autonomi og Avhengighet* (s. 20-41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kornør, H. & Bradley, P. M. (2008). Kunnskapsbasert praksis og kritisk vurdering av systematiske oversikter. I Laake, P., Olsen, B. R. & Breien, H. (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (s. 425-439). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis (2012). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2009). Evidens- begrensende eller opplysende? I Martinsen, K. & Eriksson, K., *Å se og å innse*. Oslo: Akribe AS.

- Mæhle, I., Eknes, J. & Houge, G. (Red.). (2011). *Utviklingshemming, årsaker og konsekvenser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Newell, R. & Burnard, P. (2006). *Research for evidence-based practice*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Nordtvedt, M. & Jamtvedt, G. (2009). Kunnskapsbasert praksis: engasjerer og provoserer. *Sykepleien*. (64-69). Hentet fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/160594.pdf?c=1410453533>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Må jeg melde prosjektet mitt?* Hentet fra: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NOU 2005:1. (2005). *God forskning- bedre helse*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/848476c900bb455abdca39ccef4733af/no/pdfs/nou200520050001000dddpdfs.pdf>
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/80b5d874b6b9488e837b369e88e21851/no/pdfs/nou200520050003000dddpdfs.pdf>
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Nylenna, A. M. (2012). Å finne medisinsk kunnskap. I Larsen, Ø., Fretheim, A., Larsen, I. F. & Westin, S. (Red.), *Medisinsk kunnskap: hvor kommer den fra, og hva brukes den til?* (s. 259-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 7 februar 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Powell, A. E., Rushmer, R. K. & Davies, H. T. O. (2009). *A systematic narrative review of quality improvement models in health care*. Scotland: NHS Quality Improvement. http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/hta_report/a_systematic_narrative_review.aspx
- Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718879>
- Riiskjær, E., Mainz, J. & Rhode, P. (2011). Brugerinvolving. I Mainz, J., Bartels, P., Bek, T., Pedersen, K. M., Krøll, V. & Rhode, P. (Red.), *Kvalitetsudvikling i praksis* (125-145). København: Munksgaard Danmark.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkholt, G., Davidsen, L. S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonelles erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sykeplejeforskning*, 7(3), 195-208. doi: 10.18261/ISSN.1892-2686-2917-03-03.
- Råholm, M. B. (2009). Evidence and leadership. *Nurse admin Q.* 33(2), 168-173. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305313>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal.* 312(7023), 71-72. <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. (2011). Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature review focusing on the role of nursing leadership. *World views on evidence-based nursing*, 8(4), 212-223. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21401858>
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nordtvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleieforskning*, 2(6), 160-167. <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/676333.pdf?c=1410453150>

- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien forskning*, 6(2), 160-167, <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/676333.pdf?c=1410453150>
- Senter for omsorgsforskning. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En Håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge forskning*. Oslo: 07 Media AS.
- Sheldon, T. A., Guyatt, G. H. & Haines, A. (1998). When to act on the evidence. *BMJ*, 317(7151), 139-142. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113499/>
- Shuman, C. J., Liu, X., Aebersold, M. L., Tschannen, D., Banaszak-Holl, J. & Titler, M. G. (2018). Associations among unit leadership and unit climates for implementation in acute care: a cross-sectional study. *Implementation Science*, 13(62), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29695302>
- Sigstad, H. M. H. (2017). Hva er utviklingshemming? Definisjoner og beskrivelser. I Rygvold, A. L. & Ogden, T. (Red.), *Innføring i spesialpedagogikk*. (5 utg.) (s. 132-160). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Silverman, D. (2015). *Interpreting qualitative data*. (5 utg.). London: Sage Publications Ltd.
- Snibsøer, A. K., Olsen, N. R., Espehaug, B. & Nordvedt, M. W. (2012). Holdning og atferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien forskning*, 7(3), 234-241. <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1030950.pdf?c=1410453150>
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Gustavsson, P. & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-1>
- Stavrou, A., Challoumas, D. & Dimitrakakis, G. (2014). Archibald Cochrane (1909-1988): the father of evidence-based medicine. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 18, 121-124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24140816>

- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Rycroft-Malone, J., Schultz, A. A. & Charns, M. P. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 4(78), 1-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948064>
- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Malone, J. R., Schultz, A. A. & Charns M. P. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 4(78). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-78>
- Stetler, C. B., Ritchie, J. A., Malone-Rycroft, J. & Charns, M. P. (2014). Leadership for evidence-based practice: strategic and functional behaviours for institutionalizing EBP. *Worldviews on evidence-based nursing*, 11(4), 219-226. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24986669>
- Strand, G. (2012). Medisinsk kunnskap ut til fagfolkene: Helsebiblioteket. I Larsen, Ø., Fretheim, A., Larsen, I. F. & Westin, S. (Red.), *Medisinsk kunnskap: hvor kommer den fra, og hva brukes den til?* (s. 271-282). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sætre, A. S. (2009). *Kommunikasjon i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sørli, M. A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet- om å få tiltak til å virke. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(315-321). http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=109905&a=5
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tøssebro, J. (Red.). (2009). *Funksjonshemming- politikk, hverdagsliv og arbeidsliv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vandvik, P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I Grimmen, H. & Terum, L. I. (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 111-144). Oslo: Abstrakt forlag.

Willing, C. (2013). *Introducing Qualitative research in psychology* (3 utg.). Maidenhead Berkshire: Open University press.

Zjadewicz, K., White, D., Bouchal, S. R. & Reilly, S. (2016). Middle managers' role in quality improvement project implementation, are we all on the same page?- A review of current literature. *Safety in Health*, 2(8), <https://safetyinhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40886-016-0018-5>

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



Anne Marit Mengshoel
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 13.09.2017

Vår ref: 55361 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.08.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55361</i>	<i>Lederens erfaringer med implementering av kunnskapsbasert praksis.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Marit Mengshoel</i>
<i>Student</i>	<i>Dinora Kaso</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skjje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.07.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Dinora Kaso, dinorakaso@live.com



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (førstelinje ledere) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi ber om at følgende endres/tilføyes:

- endre prosjektslutt til 15.07.2018, jf. informasjonen i meldeskjemaet, og informer om at datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt.
- vi ber om at du skriver at studien er meldt til NSD. Vår rolle som personvernombudet for forskning er å vurdere prosjekter og gi tilrådning, ikke godkjenne prosjekter.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student/forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 15.07.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

***Tittel:** En utforskende studie om implementering av kunnskapsbasert praksis-
Erfaringene fra lederne i primærhelsetjenesten*

Bakgrunn og formål

Implementering av evidensbasert kunnskap til klinisk praksis i primærhelsetjenesten kan være utfordrende, og ledere har en viktig rolle i dette arbeidet. Formålet med studien er å utvikle ny kunnskap om kunnskapsbasert praksis i primærhelsetjenesten, og ikke minst å få en oversikt over hvilke erfaringer lederne har med dette.

Studien gjennomføres som en del av masterstudiet i Interdisiplinær helseforskning ved medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) og vil inngå i en masteroppgave. Du forespørres om å delta i studien fordi du innehar en lederstilling i primærhelsetjenesten.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du sier ja til å delta, innebærer det deltakelse i et dybdeintervju som vil vare i ca. 1 time. Spørsmålene vil omhandle kunnskapsbasert praksis, implementering av kunnskapsbasert praksis og ledelses rolle. Intervjuet gjennomføres av masterstudenten. Det tas lydopptak fra intervjuet for å sikre at ingen informasjon går tapt. I etterkant av intervjuet vil lydopptaket transkriberes til tekst.

Gjennom din deltakelse vil du bidra til viktig kunnskap om lederrollen ved implementering av kunnskapsbasert praksis. Studien medfører ingen kostnader for deg og det er ingen risiko forbundet med studien. Det er få ulemper og ubehag knyttet til deltakelse i studien. Noen vil kanskje oppleve det som vanskelig å finne ledig tid til gjennomføring av intervjuet i en travel hverdag. Du kan selv velge hvor intervjuet finner sted.

Om du ikke ønsker å delta kan du se bort fra denne henvendelsen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode (studie-ID) knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som vil være nedlåst i eget skap, og aldri sammen med datamaterialet. Lydfilene vil bli lagret på en minnepenn adskilt fra navnelisten, og vil slettes når prosjektet er avsluttet. Transkriberte data vil være lagret på en server på UiO. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare masterstudenten og veilederen som vil ha tilgang til datamaterialet og informantens identitet. Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne i

resultatene av studien når disse publiseres. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.07.2018. Datamaterialet skal anonymiseres ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte:

-Dinora Kaso (masterstudent)

Tlf: 46378700

E-post: dinorakaso@live.com og dinora.kaso@studmed.uio.no

-Cecilie Varsi (veileder)

Tlf: tlf 90856339

E-post: cecilie.vars@rr-research.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

<i>Overordnet Tema</i>	<i>Spørsmålsformulering til informant</i>	<i>Mer utdypende</i>
Tema 1: Forståelse av kunnskapsbasert praksis	Hvordan vil du beskrive begrepet kunnskapsbasert praksis?	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Hvordan forstår du begrepet kunnskapsbasert praksis? ✚ Hva legger du i begrepet KBP (med utgangspunkt i modellen)? Legge frem modellen og se på den sammen. ✚ Ser du KBP som et fenomen? Hva er det egentlig? ✚ Hvordan har du kommet frem til denne forståelsen av KBP?
Tema 2: KBP og lederens rolle	KBP og din rolle som leder, hvordan forholder du deg til det?	<ul style="list-style-type: none"> ✚ KBP i din rolle som leder? ✚ Hva slags tanker har du som leder om KBP? ✚ Kan du fortelle meg litt om hvordan du ser på KBP på ditt eget ansvar og rolle? (eksempler). ✚ I hvilken sammenheng vektlegger du KBP? ✚ Hva betyr bra praksis for deg i lys av KBP? ✚ Vil du beskrive grunnleggende verdier i ledelse? ✚ Ser du en sammenheng mellom disse verdiene og KBP? Kan du utdype deg litt? ✚ Hvorfor tenker du slik? ✚ «Lederens ansvar og KBP»- hvordan ser du på denne sammenhengen? ✚ Hva er viktig for deg som leder med utgangspunkt i KBP? ✚ Har du eksempler på

<p>Tema 3: Implementering</p>	<p>Hvordan jobber dere når ny kunnskap skal implementeres ved ditt arbeidssted?</p>	<p>kunnskapsbasert praksis i din institusjon?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Hvordan har KBP betydning for din rolle som leder? ✚ Hvilken betydning har KBP for møtet mellom deg og ansatte? Videre pasientene? ✚ Hvilke utfordringer medfører KBP for ledelse (ressurser, tid) <ul style="list-style-type: none"> ✚ Hvordan jobber du som leder med KBP? ✚ Tar du utgangspunkt i de 6 trinnene av modellen når du setter KBP i praksis? Legge frem modellen og se på den sammen. ✚ Kan du fortelle meg litt om hva som er lett og hva som er vanskelig å implementere? ✚ Har du en implementeringsmodell som du følger? ✚ Møter du utfordringer i implementeringsprosessen? Hvis ja, eksempler. ✚ Hva ville du gjort annerledes for implementering av KBP? ✚ Må du samarbeide med flere parter for å oppnå implementering av KBP? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hva ser du som det mest positive ved KBP? ○ Ser du noe negative sider ved KBP? Eventuelt hvilke?
<p>Informantens tilføyelser</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✚ Er det noe annet som vi ikke har snakket om, men som vi burde ha snakket om?

Vedlegg 4: Bakgrunnsspørsmål

Individuelle intervjuer med førstelinjeledere

Bakgrunnsspørsmål

1. Kjønn: Kvinne Mann

2. Alder: _____ år

3. Utdanning: _____

Utdannet årstall: _____

Videreutdanning:

Årstall:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

4. Arbeidssted:

Antall år ansatt ved denne avdeling: _____

Antall år i lederstilling ved denne avdeling: _____

Antall år i lederstilling ved annen avdeling: _____

Vedlegg 5: Forespørsel om tillatelse fra enhetsledere i geografisk område X

Kjære

Jeg tar kontakt med deg i forbindelse med gjennomføringen av et spennende mastergradsprosjekt, og vil med dette komme med en forespørsel til deg om tillatelse til å kontakte mulige deltakere til prosjektet.

Jeg er veileder for Dinora Kaso (vernepleier) som er mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo. I forbindelse med sitt mastergradsprosjekt skal hun å intervju 8-10 førstelinjeledere ved omsorgsboliger, dagsentere og avlastningsboliger i flere geografiske områder i X kommune. Tema for intervjuet er ledernes erfaringer med implementering av kunnskapsbasert praksis.

Vi ber med dette om tillatelse til å kontakte førstelinjelederne ved omsorgsboliger, dagsentere og avlastningsboliger i geografisk område X.

Dette prosjektet vil bringe ny kunnskap om kunnskapsbasert praksis i primærhelsetjenesten, hvilke erfaringer lederne har med dette, og hvilke dilemmaer de står i for implementering av kunnskapsbasert praksis. Resultatene av prosjektet vil presenteres i en masteroppgave samt publiseres i et fagtidsskrift.

Det er ingen krav om forkunnskaper for de som intervjues, eneste kriterium er at de er ledere på førstelinjenivå. Intervjuet vil foregå i deres arbeidstid og gjennomføres av masterstudenten på sted og tidspunkt som passer for den enkelte. Det er frivillig å delta, og de som forespørres kan selv velge om de vil delta i intervju eller ikke.

Prosjektet er godkjent av Universitetet i Oslo og Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Jeg ser frem til deres positive innstilling til denne forespørselen.

Vennlig hilsen
Cecilie Varsi (veileder)