

Økt kunnskap – bedre praksis!

IMPLEMENTERING AV BÆREKRAFTIG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I EN REHABILITERINGSAVDELING

Av Anne Bough Winsnes & Gunhild Grue



Anne Bough Winsnes og Gunhild Grue er ergoterapispesialister i somatisk helse. Begge har utdanning i kunnskapsbasert ergoterapi. De arbeider ved Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, avdeling for ervervet hjerneskade, Lian, St. Olavs hospital i Trondheim (Lian) og Enhet for ergoterapitjeneste i Trondheim kommune.
E-post: anne.bough.winsnes@trondheim.kommune.no
gunhild.grue@stolav.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

Sammendrag

Bakgrunn: St. Olavs hospitals visjon er å tilby «framragende behandling». Alle ansatte skal arbeide kunnskapsbasert og ha høy faglig kompetanse. Ansatte på Klinikk for Fysikalsk medisin og rehabilitering, avdeling for ervervet hjerneskade, Lian hadde et stort behov for opplæring i Kunnskapsbasert praksis (KBP). Vårt prosjekt var forankret i klinikkens Virksomhetsplan 2013 -15.

Mål: Hovedmålet var at faggruppene på Lian skulle implementere bærekraftig kunnskapsbasert praksis i sin fagutøvelse innen 2020, for å få et felles kunnskapsgrunnlag og en lik forståelse for å arbeide kunnskapsbasert. Vår intensjon var at dette ville føre til en økt kvalitetssikring av rehabiliteringstilbudet til pasienter og pårørende. Med bærekraftig praksis menes her å videreføre tiltakene som ble iverksatt, slik at endringer av praksis skulle bli varige også etter endt prosjektperiode.

Metode: En prosjektplan ble utarbeidet. Deltakerne i prosjektet skulle samarbeide på tvers av faggruppene. For å oppnå eierforhold til KBP, var det nødvendig med prosessarbeid over tid. Undervisningsopplegg ble gjennomført med interne og eksterne forelesere. De ansatte mottok individuell veiledning og gjennomførte gruppeoppgaver. Kvalitative kartleggingsmetoder som selvevaluerings skjema og fokusgruppeintervju ble brukt som evalueringsverktøy.

Resultat: Selvevaluerings skjema og fokusgruppeintervju ble brukt for å få informasjon om ansattes opplevelser ved å arbeide kunnskapsbasert. Resultatene viste positiv endring av kunnskap, holdninger og økt bevissthet ved å arbeide kunnskapsbasert. Diskusjoner og refleksjoner førte til en økt felles forståelse av hva KBP er, og hva det innebærer i vårt arbeid med pasientene. Utdringer har vært ulikt kunnskapsnivå innen KBP, fagkultur og holdninger til fagutvikling og valg av tiltak for å oppnå et bærekraftig prosjekt med endringer som varer over tid.

Konklusjon: Flere ansatte arbeider nå mer kunnskapsbasert enn før prosjektstart. Kompetanseutvikling har ført til mer systematisk og målrettet bruk av kunnskapskildene i KBP ved valg av intervensjon i pasientbehandlingen. Dette har ført til en kvalitetsforbedring av rehabiliteringstilbudet og en mer bærekraftig endring av praksis.

Nøkkelord: Kunnskapsbasert praksis (KBP), rehabilitering, kvalitetsforbedring, prosessarbeid, bærekraft.

Innledning

Prosjektet ble gjennomført i 2015–16 ved avdeling for ervervet hjerneskade, Lian, ved St. Olavs hospital. Avdelingens arbeidsområder er spesialisert rehabilitering for pasienter med kognitive utfall og/eller sammensatte utfordringer etter ervervet hjerneskade. Vi har to tverrfaglige team, ett for primærrehabilitering og ett for utredning og rehabilitering i senfasen. Innen helsetjenesten stilles det stadig økte krav til systematisk kvalitetsforbedring for behandling og effektivitet, som skal komme pasientene til gode (1,2). For å oppfylle disse kravene er det nødvendig at ledere og helsepersonell tilegner seg ny kunnskap for å holde seg faglig oppdatert og jobbe kunnskapsbasert (3). Dette vil bidra til bærekraftige endringer av praksis.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

I denne erfaringsbaserte fagartikkelen beskriver vi hvordan kunnskapsbasert praksis ble implementert i vår rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten, og om de strategiene vi valgte bidro til en mer bærekraftig praksis.

KBP handler om «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (4).

KBP er et kvalitetsforbedringsverktøy som kan bidra til å sikre bærekraftig praksis ved økt systematikk og kvalitetssikring. Tiltak skal evalueres, og pasientene vil da motta rehabilitering av høy kvalitet (5,6). Kunnskapsbaserte prosedyrer og retningslinjer forankret i systematisk oppdatert forskning, kan bidra til at helsepersonell tar velinformerte beslutninger og får en felles forståelse

av hva som er beste praksis for pasientene (1,6). Å bli en kunnskapsbasert fagperson innebærer å stille kliniske spørsmål om egen praksis og basere denne på ny forskning, som vil være med å styrke beslutningsgrunnlaget ved faglige avgjørelser (3,7).

MÅL

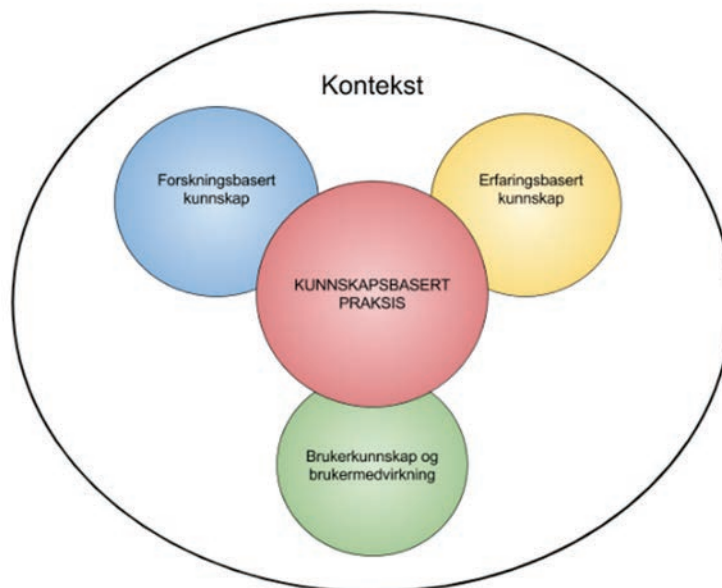
Vårt prosjekt baserer seg på FNs bærekraftsmål 3 som «er å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle uansett alder». Dette krever kvalifisert helsepersonell og er ment å bidra til at St. Olavs hospital kan oppfylle sin visjon med å tilby «framragende behandling», som er den best anbefalte behandlingen (8).

Målet med prosjektet var at alle fagpersoner på Lian skulle implementere KBP i sin fagutøvelse innen 2020. For å nå dette og sikre at prosjektet skulle bli bærekraftig, ville vi bidra til at endringene skulle bli varige etter prosjektperioden, samt utvikle en kultur som fremmer en kunnskapsbasert tilnærming.

Det var viktig å etablere en felles forståelse av KBP med et felles språk og derigjennom skape et eierforhold til denne måten å jobbe på med tilpasning til de ulike fagområdene (9,10). Å arbeide kunnskapsbasert ville føre til mer systematisk bruk av kunnskapskilder. Fagpersonene skulle vite hvor de hentet kunnskapen fra (11). Det vil også styrke beslutningsgrunnlaget ved faglige valg i møte med pasient og pårørende for å kunne velge den best tilgjengelige kunnskapen og tilby et faglig optimalt rehabiliteringstilbud (12). Å bli en kunnskapsbasert fagperson innebærer en personlig og faglig endringsprosess over tid (13).

FØR PROSJEKTSTART

Før prosjektstart ble selvevalueringsskjema besvart (11). Det viste at ansatte på Lian hadde lite kunnskap om KBP, og behovet for opplæring var stort. Enkelte faggrupper hadde mest fokus på forskning og effekt i sin intervensjon. Andre vektla sin erfarings-



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (10).



Undervisning i grupper.

baserte kunnskap. Undersøkelsen viste at brukerkunnskap var et mindre kjent begrep for flere ansatte.

Ved gjennomgang av avdelingens retningslinjer og prosedyrer ble det tydelig at disse trengte revidering for å bli kunnskapsbaserte, da de fleste manglet oppdaterte kildehenvisninger. I henhold til Nordtvedt m.fl. skal sykehus, i vårt tilfelle Lian, ha kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer (4).

Som prosjektledere så vi det nødvendig å tilegne oss kunnskap om strategier, suksesskriterier og barrierer for implementering for å lykkes med prosjektet. Det ble laget en prosjektplan med ramme faktorer for hvordan prosjektet skulle gjennomføres.

Metode

Sandvik m.fl. framhever at betydningen av å implementere KBP på en systematisk måte, basert på oppdatert forskning, vil ha positiv innvirkning på resultatet (3). Organisatoriske

faktorer som ledelse, kultur og tid og individuelle faktorer som fagkunnskap og interesse kan påvirke om man lykkes med implementeringen (9,12).

For å sikre bærekraftig praksis ved implementering av KBP brukte vi flere strategier som ledelsesforankring, opplæring, individuell veiledning, etablering av tverrfaglig gruppe og humor. Å benytte flere strategier samsvarer med en studie som mener dette er viktig for å fremme endringsprosessen (14).

Videre ville vi sette KBP på dagsorden i strategiplaner, i opplæringsarenaer og i eksisterende møtefora for at medarbeiderne skulle jobbe kunnskapsbasert også etter prosjektperioden. Forskning peker på betydningen av dette for å ha et kontinuerlig og varig forbedringsarbeid i egen organisasjon (12,15).

FORANKRING

For at endringene skal bli varige, bør det ifølge studier være et prioritert område i avdelingens

strategiske planer, ha vedvarende organisatorisk og individuell støtte samt være integrert som et av verktøyene i pasientarbeidet, ikke som et løsrevet prosjekt som gjøres på siden av det ordinære arbeidet (10,12). Derfor ble prosjektet forankret i ledelsen og i samarbeidsavtaler med Helse Midt-Norge (2013 og 2019), St.Olavs hospital (2013 og 2019) og Lians Virksomhetsplan (2013-2015). Dette ble gjort for å tydeliggjøre KBP opp imot vårt samfunnsoppdrag og å integrere implementeringen i det daglige arbeidet både for ledere og medarbeidere. I studier framheves dette som en viktig faktor for å lykkes (5,9). Ledelsen gav oss hovedansvaret for implementering av KBP. De bidro til praktisk tilrettelegging for å kunne gjennomføre nødvendig opplæring av ansatte, som å få avsatt tid, hjelp med gruppesammensetning, innleie av vikarer, innkjøp av nødvendig undervisningsmaterieell og sørge for nok PC-er for litteratursøk (16).



*Individuell
Pico-veiledning.
Foto: Anne Winsnes.*

FAGNETTVERK

Et tverrfaglig kompetanseteam for læring, mestring og kvalitet (LMK) ble etablert samtidig med prosjektstart. Studier viser at fagnettverk som LMK kan være avgjørende for å lykkes med implementeringsprosessen (14,17). Leder for LMK ble vår prosessveileder og ga konstruktive tilbakemeldinger underveis. Hun ble naturlig bindeledd mellom vårt prosjekt og LMK.

OPPLÆRING

Det var viktig med god informasjon om prosjektet til ledelsen og alle faggrupper. Hver enkelt skulle få et positivt utgangspunkt, bli motiverte, nysgjerrige og få lyst til å lære mer om KBP samt et godt verktøy for å gi pasientene rehabiliteringstilbud av høy kvalitet. En av metodene for å implementere KBP var opplæring av personalet for å øke deres kunnskap og ferdigheter (3). Med bakgrunn i forskning vil teoretisk kunnskap om KBP bidra til at medarbeiderne på avdelingene blir bedre

i stand til å reflektere over egen praksis og til å kunne stille kritiske spørsmål (12).

Undervisningen ble differensiert på grunn av ulikt kunnskapsnivå om KBP blant fagpersonene. For å lykkes med implementeringen ble tiltakene «skreddersydd» ut fra kunnskap vi hadde om kultur for fagutvikling i de ulike faggruppene på Lian (6). Integrert i undervisningen benyttet vi øvelser knyttet til dagens praksis for å gjøre den mer interessant og meningsfull (9). Det ble brukt didaktisk undervisning og interaktive elementer som refleksjon i summegrupper og plenum, gruppearbeid, rollespill, case-diskusjoner og ferdighetstrening i form av PC-oppgaver (9,18). Dette ble gjort med bakgrunn i Young m.fl. sin forskning, som sier at interaktiv læring og pedagogiske aktiviteter, som journal club og workshops individuelt og i gruppe, ved implementering av KBP kan endre helsepersonells holdninger, kunnskap og ferdigheter til KBP i positiv retning (19).

Vår prosessveileder og eksterne fagpersoner fra St.Olavs hospital, inkludert bibliotekar fra Medisinsk bibliotek, utførte undervisningen i tillegg til oss. Ansatte ble delt i tre grupper, slik at alle fikk mulighet til å delta og være aktive gjennom undervisningen. Vi brukte opplæringsvideoene fra www.kunnskapsbasertpraksis.no, som består av seks trinn i KBP: I) refleksjon over egen praksis, II) formulering av kliniske spørsmål, III) litteratursøk, IV) kritisk vurdere, V) anvende forskning, VI) evaluering av praksis (10). Det var skriftlig evaluering etter hver undervisning, der de som deltok, fikk mulighet til å komme med innspill.

GRUPPEARBEID

Ansattes opplevelse av barrierer mot å arbeide kunnskapsbasert ble kartlagt ved bruk av refleksjon i summegrupper med to til tre personer. Forslag til tiltak for å redusere disse ble diskutert, fordi forskning presenterer dette som hensiktsmessig for en vellykket

implementering (3,20). Mellom undervisningsdagene arbeidet deltakerne i tverrfaglige grupper med problemstillinger knyttet til bestemte tema. De fikk utdelt aktuelle artikler for å forberede seg til neste undervisning. Dette var viktig med tanke på å opprettholde fokus på KBP og samtidig erfare nytten av å arbeide på tvers av faggrupper (9).

HUMOR OG KREATIVITET

Humor ble bevisst brukt som en strategi for å ufarliggjøre KBP. Vi brukte blant annet morsomme filmminnslag fra YouTube i undervisningen og praksisnære oppgaver som nevnt tidligere. Å stille presise kliniske spørsmål, trinn II) i KBP, og gjøre gode søk etter forskningslitteratur i databaser er avgjørende for å kunne arbeide kunnskapsbasert (3,18). Derfor arrangerte vi en «hvorfør-dag» der medarbeiderne ble oppfordret til å skrive kliniske spørsmål på Post-it-lapper med utgangspunkt i det daglige arbeidet. Ansatte ble møtt med musikk, epler og Twist da de kom på jobb.

VEILEDNING OG INFORMASJON

Deltakerne i prosjektet fikk tilbud om individuell veiledning. Dette er nødvendig for progresjon og ivaretagelse av kunnskapsbaserte faktorer (7). Utgangspunktet for veiledningen var ansattes kliniske spørsmål fra praksis, som ble satt inn i et Pico-skjema. Dette er et verktøy som gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk (11).

Våre kolleger fikk også veiledning i hvordan de kunne bruke Helsebiblioteket for å finne oppdatert forskning. Dette er en god kunnskapskilde for helsepersonell (3,11).

Stadig å få påminning om KBP støttes av forskning som avgjører

de for å jobbe kunnskapsbasert (9,12). Derfor informerte vi hele prosjektperioden om KBP i ulike fora for å opprettholde fokus på temaet. På allmøter, fagmøter og kurs for nytilsatte hadde vi «KBP-drypp». Videre plasserte vi plan-sjer av KBP-sirklene, som viser de tre kunnskapskildene forskning, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukervedvirkning omgitt av kontekst (se figur 1), på strategiske steder. Vi kjøpte også inn mange eksemplarer av boken «Jobb kunnskapsbasert», som er en lettlest arbeidsbok med eksempler på hvordan en kan integrere KBP i hverdagen med tanke på å sikre kontinuitet, oppnå felles kunnskap og forståelse, og hva det innebærer å arbeide kunnskapsbasert (4).

MÅLEVERKTØY

Vi benyttet ulike måleverktøy, som tidligere nevnt, selvevalueringsskjema fra kunnskapsbasert-praksis.no og fokusgruppeintervju for å få tilbakemelding fra deltakerne om undervisning, innholdet i prosjektet og holdningsendring til KBP (11,17). Selvevalueringsskjemaet ble brukt før prosjektstart, etter at undervisningen var ferdig og tre år etter prosjektavslutningen. Eksempel på spørsmål var «Stiller jeg kliniske spørsmål?» Vi hadde tre fokusgrupper: én med pleiepersonale, én med ledere og én tverrfaglig gruppe bestående av sosionom, sykepleier, hjelpepleier og fysioterapeut. Eksempel på spørsmål var «Hvordan bruker du KBP i din fagutøvelse?» Dette samsvarer med forskning som hevder at medarbeideres innspill kan påvirke praksisendring positivt (14). I fokusgruppene hadde vi referent i tillegg til opptak av intervjuene. Resultatindikatorer viste deltakernes kunnskap før

og etter implementeringen. Det var nødvendig å dokumentere kunnskapsnivået for å finne ut om økt fokus på KBP hadde ført til forbedringer (17,21).

Resultat

RESULTATINDIKATORER

Resultatindikatorerne vi brukte som måleverktøy, var:

- antall gjennomførte opplæringstiltak
- antall som deltok
- antall som opplevde nytte av opplæringen
- antall som mottok individuell veiledning

Til sammen deltok 50 av 70 ansatte fra alle faggrupper på deler av opplæringen, og 32 deltok på all undervisning. Det var 30 ansatte som mottok individuell veiledning. Evaluering etter endt undervisning viste at 92 prosent av de ansatte opplevde KBP-undervisningen som «nyttig» eller «svært nyttig».

SELVEVALUERING OG FOKUSGRUPPE

Selvevalueringsskjemaet og fokusgruppeintervjuene viste økt fokus på KBP ved at flere medarbeidere stilte kliniske spørsmål om egen praksis. Ansatte hadde mer fokus på å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur og bedre forståelse om hvilke kilder kunnskapen ble hentet fra. I fokusgruppeintervju kom det også fram at diskusjoner og refleksjoner førte til en felles kunnskap og forståelse av KBP. Dette bidro til mer bruk av oppdatert forskning som grunnlag i tilbudet til pasientene. Ansatte ønsket å ha flere tverrfaglige diskusjoner.

I selvevalueringsskjema beskrev flere en opplevelse av økt anerkjennelse for sin erfaringsbaserte kunnskap. Det var positivt.

De mente at denne kunnskapen var grunnleggende for å nyttiggjøre seg forskningskunnskap. Å forstå hvordan de kunne bruke forskningskunnskap i arbeidet med pasientene, er viktig for å kunne bli en kunnskapsbasert fagutøver. De var blitt mer stolte over egen praksis og opplevde styrket profesjonalitet.

KARTLEGGINGSVERKTØY, PROSEDYRER OG RETNINGSLINJER

I etterkant av prosjektet ble faggruppens kartleggingsverktøy og metoder i rehabiliteringen, i tillegg til prosedyrer og retningslinjer, kritisk evaluert i forhold til forskningslitteratur og effektivitetskrav.

FAGNETTVERK

LMK-nettverket som jobbet med fagutvikling, var viktig for implementeringsarbeidet. De gjennomførte blant annet kunnskapsbaserte fokusuker med temaene dysfagi, pårørendearbeid, ernæring, pasientsikkerhet og medikamenthåndtering.

ØKT PROFESJONALITET

I fokusgruppeintervju ble det gitt tilbakemelding om opplevelse av økt profesjonalitet. Dette gjenspeilet en tydeligere kommunikasjon i egen og med andre faggrupper. De etterspurte oftere hvilke kunnskapskilder faglige avgjørelser var basert på.

Suksesskriterier

Å iverksette og gjennomføre endringer av pasienttilbudet i en travel hverdag er en kompleks og dynamisk prosess ifølge forskning (14). Dette er også noe vi fikk erfare i prosjektet.

Vi beskriver nå suksesskriterier som i samsvar med forskning bør være til stede for å sikre en

bærekraftig implementering med fortsatt fokus på KBP etter endt prosjektperiode.

FORANKRING HOS LEDELSEN

Forskning framhever ledelsesforankring og -engasjement, tilretteleggelse for kompetanseheving og formidling som forutsetninger for vellykket implementering (9,12). Videre er det avgjørende at ledere gir støtte til ressurspersoner og sørger for å innarbeide KBP i strategiske planer (9). Vi involverte ledelsen ved å forankre prosjektet i ledergruppa og knytte det opp mot avdelingens strategidokumenter (17). Gjensidig forpliktelse var av stor betydning i vårt samarbeid med ledelsen. De bidro til praktisk tilrettelegging slik at prosjektet lot seg gjennomføre. Deres positive holdning til å ta i bruk KBP, og at de sammen med vår prosessveileder fram snakket KBP, var også viktig. Seksjonslederne deltok i opplæringen. Fokusgruppeintervju viste at ledelsen økte sin kunnskap og forståelse av prosjektet og det som var viktig for å jobbe kunnskapsbasert.

«SKREDDERSYDD»

OPPLÆRING

På bakgrunn av det vi visste om medarbeidernes kunnskapsgrunnlag og eventuelle barrierer for KBP, kunne vi arbeide mer målrettet og tilpasse opplæringen optimalt. Det var hensiktsmessig å bruke ansattes kunnskap og erfaringer som en strategi for å optimalisere læringsprosessen og for å fremme effektiv implementering (6,22). Ved å differensiere og tilpasse undervisningen med en kombinasjon av didaktisk og interaktiv undervisning prøvde vi å presentere til dels tungt fagstoff på en lettfattelig og ufarlig måte.

Den enkelte fagutøver ble møtt der de var i sin kunnskap om KBP. I samsvar med forskning fra Young m.fl. fikk deltakerne sannsynligvis et bedre læringsutbytte enn de ville fått ved kun tradisjonell undervisning (19).

At deltakerne jobbet med eksempler fra egen praksis i undervisningen og i tverrfaglige grupper, bidro til økt engasjement. Ansatte opplevde dette lystbetont og meningsfylt, og det bidro til at de ble tryggere i sitt daglige arbeid med pasientene. Studier hevder bruk av gjenkjennbare eksempler fra egen praksis er viktig for å styrke det tverrfaglige samarbeidet og skape interesse for KBP (5,9). Strategien med praksisnære øvelsesoppgaver bidro til å ufarliggjøre KBP, noe som førte til at det ble lettere å se sammenhengen mellom forskning og praksis.

Forskning hevder at endringsagenter i egen faggruppe er avgjørende for å påvirke praksisendring slik at implementeringen blir vellykket (14,20). Vår erfaring er at fagsykepleier er en viktig bidragsyter for å sikre kontinuitet og videreføring av prosjektet, noe som samsvarer med forskning (5). Han bidro med konstruktive forslag om tilpasset opplæring ut ifra den kunnskapen han hadde om egen faggruppe.

EKSTERNE FORELESERE

Deltakerne i prosjektet var positive til bruk av eksterne forelesere. Dette kom fram i evalueringen av undervisningen. Det var viktig å få innspill fra fagpersoner som hadde erfaringer fra egne kunnskapsbaserte prosjekter i andre organisasjoner. Ved innføring av KBP ble bibliotekarene en viktig ressurs for å arbeide kunnskapsbasert (13).

INDIVIDUELL

VEILEDNING – LITTERATURSØK

Den individuelle veiledningen var nyttig for deltakerne, og gav mulighet til å reflektere over kunnskap om evidens og egne erfaringer fra daglig praksis sammen med oss. Det stemmer med studien som viser at bruk av enkle forklaringer og eksempler fra egen praksis bidrar til å skape økt interesse for KBP (9). Dette bidro også til økt forståelse av hvordan de skulle bruke databaser, og hvilke søkeferdigheter de trengte for å arbeide kunnskapsbasert. Å finne forskning som bekreftet den enkeltes erfaring, viste seg å ha stor betydning og førte til økt faglig trygghet. Det var spesielt nyttig for de faggruppene som tradisjonelt ikke er opplært i bruk av oppdatert forskning som grunnlag for arbeid med pasienter. I enkelte områder av rehabiliteringsfaget er det lite forskning. Da må ifølge KBP erfaring, brukermedvirkning og brukerkunnskap benyttes i tilnærmingen (4). Videre opplevde de at ny forskning kan bidra til å endre klinisk praksis og bety en bedring av tilbudet til pasientene. Studier ser på dette som viktige faktorer for vellykket implementering (6,9).

POSITIV OPPLEVELSE AV EGEN PRAKSIS

Forskning hevder at KBP kan bidra til å styrke den profesjonelle identiteten. Videre vil det gi en mer positiv opplevelse av egen praksis når evnen til å begynne kunnskapsgrunnlaget i kliniske beslutningsprosesser økes (9,10). I fokusgruppeintervjuet kom det fram at etter å ha fått mer kunnskap om KBP erfarte flere medarbeidere økt profesjonalitet, og de fikk en positiv opplevelse av egen praksis. En av de ansatte

erfarte at KBP gav henne mer faglig tyngde da hun underviste. Dette bekreftes i litteraturen som et resultat av det å jobbe kunnskapsbasert (10).

FAGNETTVERK

Teammedlemmene i LMK-nettverket ble viktige ressurspersoner og endringsagenter sammen med prosjektlederne (3,20). De hadde kunnskap om organisasjonen, avdelingen og kulturen i de ulike faggruppene. Som ressurspersoner bidro de til endringer mot mer bruk av KBP i daglig arbeid med pasienter. De var spesielt gode rollemodeller, veiledere og endringsagenter for egne faggrupper. Forskning viser at dette har effekt for å fremme ønskelig atferd og endring innen KBP (15,20). Involvering av flere kollegaer bidro til faglige diskusjoner og mer kunnskap og ansvar, som igjen førte til økt inkludering i implementeringsprosessen. For at implementeringen skulle bli bærekraftig, erfarte vi det som vesentlig at flere ansatte bidro til å framheve KBP i så mange fora som mulig. Studier framhever dette som grunnleggende for at den enkelte medarbeider skal få bedre eierskap til å bli en kunnskapsbasert praktiker (12). Gjennomføringen av fokusukene var også viktige tiltak. Litteraturen peker på dette som fremmede faktorer for å arbeide kunnskapsbasert, fordi det kan opprettholde fokuset og engasjementet i praksisendringen (20).

ARBEIDSMILJØ

I forskningslitteraturen framkommer det at et godt arbeidsmiljø preget av åpenhet, samarbeid og deling av kompetanse, kan bidra til økt motivasjon, trygge personalet i arbeidet og gjøre dem mer positive til endringer (9,12). Dette fikk vi

bekreftet ved at det gode arbeidsmiljøet på Lian bidro til å ufarliggjøre KBP, noe som hadde stor betydning for implementeringen.

Barrierer

Forskning hevder at barrierer og aktuelle tiltak bør anerkjennes og integreres i KBP-opplæringsprogrammet (22). Under opplæringen fikk medarbeiderne mulighet til å formidle personlige og organisatoriske barrierer i plenumsdiskusjoner og summegrupper integrert i undervisningen. I samsvar med litteraturen var deres barrierer personalmangel, arbeidsmengde og tid (12,23). Dette kan virke inn på motivasjonen for å utøve KBP. Eliminering av barrierer er viktig for å sikre implementering av KBP (22).

PERSONALMANGEL OG ARBEIDSMENGDE

I studier legges det vekt på at ledelsen sørger for tilgjengelige ressurser og beskyttet studietid som en forutsetning for vellykket praksisendring (16,20). Rekruttering av flere ansatte var et forslag til tiltak som kunne gi større mulighet for å jobbe kunnskapsbasert.

TID

I fokusgruppeintervju kom det fram at pleierne ønsket hjelp fra ledelsen til å avtale studietid. De opplevde det ikke som legitimt å bruke arbeidstiden til refleksjon og nettsøk. En av sykepleierne beskrev det slik: «da jobber jeg ikke riktig som sykepleier». Flere ga uttrykk for at det var mye ny kunnskap å sette seg inn i på kort tid. Studier viser at det er viktig å ta høyde for at mye informasjon på en gang kan oppfattes som overveldende og dermed skape motstand samt manglende motivasjon i forbedringsarbeidet (21).

Utfordringer

Utfordringene før prosjektstart var, som tidligere nevnt, ulikt kunnskapsnivå innen KBP, varierende prioritering av tid til KBP, manglende datakunnskap, forskjellig kultur, holdninger til fagutvikling og stadig utskifting av personale.

Fagfolks vektlegging av erfaringsbasert kunnskap nevnes i litteraturen som en av de største utfordringene ved implementering av KBP (12). Tilbakemeldinger fra fokusgruppeintervju var utfordringen i å ta i bruk alle kunnskapskildene i KBP. Hovedsakelig benyttes brukermedvirkning og brukerkunnskap, egen og kollegers erfaringsbaserte kunnskap som kilder. Resultat fra Røkholt m.fl. viser at å søke etter forskning for å understøtte praksis brukes i mindre grad (12). Andre studier hevder omlegging fra erfaringsbasert praksis er en holdnings- og atferdsmessig utfordring som tar tid (24).

SVAKHET VED PROSJEKTET

Kritisk vurdering av forskning ble for lite vektlagt, noe vi mener var en svakhet ved prosjektet. Å være kildekritisk beskrives i litteraturen som utfordrende, fordi det er behov for opplæring og trening for å tilegne seg disse ferdighetene (3). For å kompensere hadde vi planlagt temadag for deltakerne om kritisk lesing i etterkant av prosjektet. I tillegg oppfordret vi dem til å delta på søkekurs i regi av biblioteket. Journal club ble også foreslått som et alternativ til undervisning i dette emnet.

I ettertid ser vi det ville vært en fordel å involvere flere medarbeidere i utarbeidelsen av prosjektplanen. De ville da ifølge litteraturen tidligere kunne fått bedre eierskap til prosjektet (21).

Dette ville ført til en mer stabil ressursgruppe, som kunne sikret enda bedre kontinuitet og videre utvikling av prosjektet.

Ledelsen burde hatt bedre kunnskap om KBP før prosjektstart. Det ville bedret deres forutsetninger for å videreføre implementeringen.

Vi var for få til å framsnakke KBP og følge opp våre kolleger i og med at vi var to prosjektledere og LMK ble avvirket før prosjekt-slutt.

VEIEN VIDERE

I en studie framheves betydningen av fagpersonens evne og vilje til å endre og arbeide etter prinsippene i KBP som essensielt for effektiv og vedvarende implementering (25). Det innebærer også en grunnleggende motivasjon, endringsvilje og utholdenhet når barrierene gjør seg gjeldende (13,14). Forskning hevder at endrings- og holdningsarbeid krever langsiktig engasjement fra de involverte. I tillegg er veiledning og støtte nødvendig for å oppnå endring av praksis (9). Resultatene måles mer over år enn uker og måneder (13).

For at de ansatte i rehabiliteringsavdelingen skulle ta i bruk KBP, måtte de ta et selvstendig valg i det å bli en kunnskapsbasert praktiker. Holdningsendring og motivasjon for å arbeide kunnskapsbasert er en prosess som er i gang på Lian. Ved å endre daglige rutiner ønsker de å bruke mer tid til litteratursøk i kombinasjon med tid til pasientene.

For å fortsette en bærekraftig implementering bør KBP brukes i eksisterende møtefora, internundervisning, fagdager og faglunsjer, medarbeidersamtaler og kompetanseplaner, ved oppdatering av fagprosedyrer,

case-refleksjoner, fokusuker og individuell oppfølging. Årlig bruk av selvevalueringsskjema kan også gi en indikasjon på om bruk av KBP opprettholdes. Oppfølging av ressurspersoner som gir veiledning og besvarer spørsmål om KBP, vil også være viktig (14).

Avslutning

I fokusgruppeintervjuene var det bred enighet om at styrken i prosjektet var engasjerte prosjektledere, forankringen i ledelsen og etableringen av LMK med ressurspersoner. En gjensidig og vedvarende forpliktelse på organisasjons- og individnivå for å etablere en god praksiskultur hadde også betydning for å oppnå bærekraftig endring som vedvarer over tid og fungerer for alle faggrupper i den praktiske hverdagen.

Det var viktig med variert opplæring. KBP ble ufarliggjort med praksisnære oppgaver, humor og fokus på individuell oppfølging. En klar identifisering og bevissthet rundt barrierer, og at ledelsen tok ansvar for å redusere disse, hadde også betydning for implementeringsprosessen.

Å bli en kunnskapsbasert fagperson er en langsom modningsprosess som tar tid å innføre som en rutine i arbeidshverdagen. Vilje og tålmodighet kreves for å endre daglige arbeidsvaner. Hver ansatt må ta et bevisst personlig ansvar, være motivert, tilegne seg ny kompetanse og prioritere kunnskapsbaserte tiltak.

KBP er gjennom prosjektet satt på dagsordenen og er blitt en integrert og naturlig del av arbeidshverdagen i avdelingen ved prosjektets avslutning. Tilbakemeldinger fra ansatte viser nå økende ambisjoner om å bruke kunnskapsbaserte kartleggings-

verktøy og tiltak. Kompetanseutviklingen som ble satt i gang gjennom prosjektet, har ført til et felles kunnskapsgrunnlag og bedre forståelse om hvorfor det skal jobbes kunnskapsbasert. Prosjektet har ført til at fagutvikling nå er satt mer i system. Ansatte jobber i dag mer kunnskapsbasert enn i 2015, som igjen bidrar til å kvalitetssikre rehabiliteringstilbudet.

Svar fra selvevalueringsskjema og fokusgruppeintervju i desember 2019 viser fortsatt positiv utvikling 3 år etter endt prosjekt, selv om det fremdeles er potensial for forbedring.

Referanser

- Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, 2013.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet: 9. april 2020. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sandvik, G.K. Stokke, K. og Nortvedt, M.W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, 6(2), 161-167. Hentet: 9. april 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilkestrategier-er-effektive-ved-implementering-avkunnskapsbaser-praksis-i>
- Nortvedt, M.W. Jamtvedt, G. Graverholt, B. Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (red.) (2012). *Jobb kunnskapsbasert! – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Akribe.
- Liland, H.I., Moe, V., Thomassen, S. og Lind, R. (2017). Jobber og underviser kunnskapsbasert, *Sykepleien*, 105(8), 44-47. Hentet: 10. mars 2020. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63441>
- Flottorp, S. og Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis, *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187-196.
- Graverholt, B. og Tuntland, T. (2008). Arbeidsformer som implementerer Kunnskapsbasert praksis. *Ergoterapeuten*, 1(8), 54-59.
- Strategiplan for St. Olavs Hospital 2015 - 2018. Hentet: 1 april 2020. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/Documents/Strategi%20for%20St.%20Olavs%20Hospital%202015-2018.pdf>
- Aasekjær, K., Waehle, H.V. Ciliska, D. Nordtvedt, M.W. og Hjälmhult, E. (2016). Management Involvement – A decisive condition when implementing evidence-based practice, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 32-41.
- Sirkka, M. Larsson-Lund, M. og Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work: a journey towards sustainable evidence-based practice, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21:2, 90-97.
- Høgskolen i Bergen (2012). Nettkurs i Kunnskapsbasert praksis. Hentet: 10. mars 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Røkholt, G. Davidsen, L.S. Johansen, H.N. og Hilli.Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 1-20.
- Tuntland, H. (2008). Hvordan bli en kunnskapsbasert yrkesutøver? *Ergoterapeuten*, 11(8), 1-6.
- Dogherty, E. Harrison, M.B. Graham, I. Vandyk, A.D. og Keeping-Burke, L. (2013). Turning knowledge into action at the point of care: the collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 129-139.
- Hole, G.O. Brenna, S.J. Graverholt, B. Ciliska, D. og Nortvedt, M.W. (2016). Education change agents: a qualitative descriptive study of graduates of Master's program in evidence-based practice. *BMC Medical Education* 16(1):71.
- Thyness, E.M. (2008). Kunnskapsbasert praksis er gøy. *Ergoterapeuten*, 1(8), 6-9.
- Bakke, T. Brudvik, M. de Vibe, M. Konsmo, T. Nyen, B. Udness, E. og Vege, A. (2013). En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,
- Tuntland, H. og Nordheim, L. (2009). Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis. Presentasjon av CASP-modellen. *Ergoterapeuten*, 9(9), 22-29.
- Young, T. Rohwer, A. Volmink, J. og Clarke, M. (2014). What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *Plos One*, 9(1), 1-13. Hentet: 6. mars 2020. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0086706>.
- Gale, B.V.P. og Schaffer, M.A. (2009). Organizational readiness for Evidence-based practice, *JONA*, 39(2), 91-97.
- Røssvoll, T.B. Hansen, M.B. og Hartviksen, T.A. (2016). Implementering av kunnskapsbasert praksis. Kvalitetsforbedring i ambulant rehabiliteringsteam. *Ergoterapeuten*, 5(16), 20-27.
- Van Dijk, N. Hooft, L. og Waard, M.W. (2010). What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Academic Medicine*, Vol. 85, No 7. 1163-1170.
- Da Silva, T.M., Costa, L.C.D., Garcia, A.N., og Costa, L.O.P. (2014). What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. Hentet: 12 april 2020. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2014.10.009>
- Aarons, G. Erhart, M.G. Farahnak, L.R. og Hurlburt, S.M. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): A randomized mixed method pilot study of leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10(1), 1-12.
- Dannapfel, P., Peolsson, A., og Nilsson, P. (2013). What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science*, 8 (3), 1-13.