

Ledning för evidensbaserad omvårdnad

- En översikt av ledningens och sjuksköterskors hinder och möjligheter att främja evidensbaserad omvårdnad

FÖRFATTARE Martin Olsson
Linus Vikström

PROGRAM/KURS Sjuksköterskeprogrammet,
180poäng/Omvårdnad – eget arbete
HT 2007

OMFATTNING 15hp

HANDLEDARE Kerstin Nilsson

EXAMINATOR Solveig Lundgren

Titel:	Ledning för evidensbaserad omvårdnad - en översikt av ledningens och sjuksköterskors hinder och möjligheter att främja evidensbaserad omvårdnad
Engelsk titel:	Management promoting evidence-based nursing - A review of manager's and nurses hindrance and possibilities to make nursing evidence-based
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/ Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180poäng/ Omvårdnad – eget arbete/VOM200
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	30
Författare:	Martin Olsson Linus Vikström
Handledare:	Kerstin Nilsson
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Bakgrund I kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) går att läsa: ”Sjuksköterskans arbete ska ... bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet ...”. Detta innebär i praktiken att evidensbaserad omvårdnad (EBN) borde genomsyra all omvårdnad. Så är dock inte fallet och arbetet med att implementera EBN i vården bör intensifieras. För att möjliggöra detta krävs ett förändringsanpassat ledarskap.

Syfte Syftet med litteraturstudien är att beskriva vad som hindrar och vad som skapar möjligheter för användning av omvårdnadsforskning och evidensbaserad omvårdnad med ett särskilt fokus på ledarskapsfunktionen.

Metod Studien är en litteraturöversikt bestående av 10 vetenskapliga artiklar. Sökorden nursing, utilization, promote, leadership och facilitate användes i databasen Cinahl. Detta resulterade, efter granskning, i 9 artiklar. Den tionde artikeln söktes manuellt. Burnards (1996) metod för kvalitativ analys har använts.

Resultat och slutsatser Barriärer för användningen av omvårdnadsforskning och EBN är välutforskade, men fokus behöver flyttas till vad som kan/bör göras för att lyckas med implementeringen av EBN. Chefer i vården kan genom sitt ledarskap påverka användningen av omvårdnadsforskning och evidensbaserad omvårdnad. Resultatets beskrivning av aktiviteter och egenskaper som beskrivs som positiva för en ledare som vill implementera EBN i sin verksamhet stämmer på många punkter överens med modellen för transformellt ledarskap. Ledare och sjuksköterskors attityder till forskning är avgörande för implementeringen av EBN.

We are only of the threshold of nursing. In the future, which I shall not see, for I am old, may a better way be opened. May the methods by which every infant, every human being, will have the best chance of health – the methods by which every sick person will have the best chance of recovery, be learned and practised!...

Florence Nightingale

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Historik	2
Evidensbaserad omvårdnad och forskningsanvändning	3
Ledarskap	4
Vad innebär begreppet ledarskap?	4
Chefskap kontra ledarskap per definition	5
Konstruktion av ledarskap	5
Transaktionellt/ transformellt ledarskap	7
SYFTE	8
METOD	8
Inklusionskriterier	8
Databassökning	8
Artikelgranskning - kvalitetsgranskning	9
Analys av artiklarnas innehåll	9
RESULTAT	10
Barriärer för forskningsanvändning	10
Barriärer på sjuksköterskenivå	10
Barriärer på organisations- och ledningsnivå	11
Vetenskapen som barriär för vetenskapen	12
Katalysatorer för EBN	13
Sjuksköterskans funktion	13
Organisationens och ledarens funktion	13
Ledaren som EBN-motor	14
Ledarskapsaktiviteter	14
Främjande av förändringsattityder	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Begreppsförvirring	18
Barriärer	18
Katalysatorer	19
Ledaren/ledarskap	20
Förslag till framtida forskning	21
SLUTSATSER	21
KLINISK RELEVANS	21
REFERENSER	22

Bilaga

Bilaga 1: Sammanställning av ingående artiklar

INTRODUKTION

Kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården (HoS) går fort; kraven ökar på kunskaper inom informations- och kommunikationsteknologi liksom på förbättrad kvalitet och kostnadseffektivitet. Detta kräver att legitimerad personal inom sjukvården såsom sjuksköterskor ständigt utvecklar sin kompetens och använder den kunskap som finns inom t.ex. omvårdnad. Det här är nödvändigt för att säkerställa att sjuksköterskan har den kompetens som behövs för att möta dagens och framtidens behov. Ett viktigt kompetensområde för sjuksköterskan är mot bakgrund av detta, förmågan att söka och använda forskningsbaserad och/eller evidensbaserad kunskap. Detta påstående stöds av socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). I den går att läsa: ”Sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer” (aa s 8).

Att arbeta evidensbaserat kan, kopplat till verksamhetsutveckling, innebära att sjuksköterskor skaffar sig förmågan att kritiskt fundera kring de rutiner som finns och de metoder som används och även skapa en dialog om hur man ska införa ny kunskap. Sjuksköterskan ska kunna söka, analysera och kritiskt granska aktuell information som rör professionen. Hon eller han ska kunna implementera ny kunskap och genom detta verka för ”omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” (aa s 13). Sjuksköterskor ska kunna initiera eller medverka i och bedriva utvecklingsarbete. En annan viktig uppgift är att handleda studenter och medverka i forskningsarbete (aa).

Vad gäller evidensbaserat arbete, personlig och professionell utveckling, kan det innebära att självständigt analysera styrkor och svagheter i sin kompetens. Vilket i sin tur innebär att sjuksköterskan fortlöpande engagerar sig i den kompetensutveckling som erbjuds samt att ge förslag på hur denna kan se ut grundat på individuella behov (Narayanasamy & Owens, 2001).

Detta arbete är inriktat mot ledarens arbete och ansvar. Det innebär att det också har betydelse för den enskilda sjuksköterskan då ledarskap inte går att studera utan att också inbegripa sjuksköterskan eftersom ledarskap måste ses som en relation mellan ledare och ledda (Nilsson, 2003). Därtill berörs sjuksköterskan av kravet på evidensbaserad vård i sitt dagliga arbete genom hennes eller hans deltagande i projektarbeten och upprätthållande av ansvarsområden mm. I detta sammanhang kan evidensbaserat arbete utifrån patientens behov vara att:

”Systematiskt leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens. Utvärdera teamets insatser utifrån kunskaper om gruppdynamik utveckla gruppen och stärka förmågan till konflikthantering och problemlösning. Motivera arbetslaget och ge återkoppling i en positiv anda tillvarata medarbetarnas synpunkter och förslag för att utveckla och förbättra vården. Verka för att bedriva patientfokuserad omvårdnad på ett kvalitets- och kostnadsmedvetet sätt

Underlätta forsknings- och utvecklingsarbete. Leda och utforma omvårdnadsarbetet utifrån bästa tillgängliga kunskap och medverka i verksamhetsplanering och uppföljning” (Socialstyrelsen, 2005, s 14).

Sammanfattat kan sägas att samhället och HoS ställer krav på att vårdpersonal arbetar evidensbaserat. Chefer inom HoS har ansvar för att skapa förutsättningar och villkor för hur detta ska ske (Nilsson, 2003). I sammanhanget bör nämnas att evidensbaserat arbete är en pågående process och att olika enheter och även individer har kommit olika långt i detta arbete. Enligt Nilsson Kajermo (2004) arbetar inte alltid sjuksköterskor evidensbaserat även om möjligheten finns. I sin avhandling fann Nilsson Kajermo att när kunskapsproduktionen har blivit så omfattande som den har blivit, är det paradoxalt nog, en risk att inte ”se träden för all skog”. Det kan vara svårt att urskilja vad som är specifikt och vad som är väsentligt, eftersom det finns så många studier att välja bland. Det kan med andra ord vara problematiskt att omsätta forskningsresultat till praktiskt omvårdnadsarbete. Nilsson Kajermo påvisar också att sjuksköterskor i Sverige använder forskningsresultat i en ganska begränsad omfattning i omvårdnadsarbetet. Frågan är varför användningen av evidens i omvårdnaden är begränsad?

BAKGRUND

Tre centrala begrepp för denna uppsats beskrivs i den fortlöpande texten, nämligen evidensbaserad omvårdnad, forskningsanvändning och ledarskap. En kort historik ges också för att skapa förståelse för utvecklingens riktning.

Historik

Florence Nightingale är det största och kanske mest välkända namnet vad gäller innovation inom ämnet omvårdnad. Hon är också ett exempel på en individ vars intresse, engagemang och dedikation skapade den individbaserade grunden till den kunskapsbas som sjuksköterskor idag använder (Kirby, 2004).

År 1958 erhöll sjuksköterskorna i Sverige sin legitimation och i slutet av 1970-talet blev sjuksköterskeutbildningen inkluderad i högskoleutbildningen, i och med detta identifierades sjuksköterskornas forskningsområde som omvårdnad. Efter detta växte sjuksköterskornas möjlighet till forskning. Det var en långsam utveckling till en början men idag ses en kraftig tillväxt inom omvårdnadsforskningen. Omvårdnad sågs till en början som en verksamhet eller ett hantverk. I dag talas om en disciplin, ett ämne och ett forskningsområde. Omvårdnadsforskning innebär att söka kunskap om människan och hennes utveckling. Detta kan ta sig uttryck som att forska inom hälsa och välbefinnande i samband med födelse, sjukdom, lidande och död. Som en följd av att sjuksköterskor har börjat forska och skriva avhandlingar ses omvårdnadsforskningen mer ur ett humanistiskt synsätt än som tidigare, ur ett naturvetenskapligt synsätt. Att evidensbasera omvårdnaden gör att omvårdnadsforskningen och dess resultat blir en angelägenhet för hela HoS. (Willman & Stoltz, 2002)

Evidensbaserad omvårdnad och forskningsanvändning

Evidens kommer av latinets "evidentia" vilket betyder att veta. I modernt språk är evidens liktydigt med bevis och evidensbaserat betyder följaktligen bevisbaserat (Svenska Akademiens Ordbok, 2007). För personal inom vården är det av yttersta vikt att de metoder som används ger bästa möjliga effekt och för att uppnå det behöves en systematisk metod för att bedöma vad som ger bästa möjliga resultat. Att jobba evidensbaserat innebär att arbeta med metoder som har vetenskapligt stöd för sin effekt. Evidensbaserad forskning, bygger på sammanställning av de senaste och bästa forskningsresultaten och innebär en metaanalys av den litteratur man samlat. Forskningen får på så viss ytterligare en nivå av tillförlitlighet (SBU, 2007). Evidensbaserad kunskap är inte statisk utan utvecklas kontinuerligt. En evidensbaserad metod är alltså den som just nu har det bästa underlaget för sin effekt (Friberg, 2006).

Begreppet Evidence-Based Medicine (EBM) har blivit allt mer populärt och nya definitioner beskrivs fortlöpande (Drevenhorn & Bengtsson, 2002). EBM innebär en systematisk genomgång av de bästa möjliga vetenskapliga bevis som finns i litteraturen. Resultatet är tänkt att användas som underlag för beslut och behandling inom vården. Evidence-Based Nursing (EBN) är en utveckling ur EBM och följer samma riktlinjer som EBM fast med en anpassning till omvårdnad och sjuksköterskans yrkesroll. Evidence-Based Practice (EBP) är ett annat vanligt använt begrepp som har en mer allmänklinisk innebörd och är ett nytt paradig (Stevens & Cassidy, 1999).

Resultatet av den här typen av studier finns i den vetenskapliga litteraturen. I detta sammanhang behöver begreppet "research utilization", forskningsanvändning förklaras. Estabrooks (1999) använder tre sätt att beskriva begreppet "Research utilization". Det kan vara en konkret applikation av forskningsresultat (instrumentellt eller direkt), att påverka tänkande på en generell nivå men behöver inte nödvändigtvis generera särskilda handlingar (begreppsliga eller indirekta) och slutligen kan det vara ett motiverande eller politiskt verktyg (symboliskt eller policy). Det bör påpekas att forskningsanvändning eller "research utilization" kan hänvisa till forskning med en lägre bevisstyrka.

Den kanske främsta källan till evidensbaserad forskning för svenska sjuksköterskor är Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). SBU utkommer med rapporter där en grupp ämneskunniga experter sammanställer aktuell forskning inom ett bestämt område. SBU:s rapporter ska visa på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag, evidens, vad gäller nytta, risker och kostnader som är förknippade med olika åtgärder. SBU har regeringens uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv (Nilsson Kajermo, 2004).

SBU:s litteraturgranskningar utgår ifrån de riktlinjer som Goodman satt upp (SBU, 2007). Detta innebär bland annat en rangordning av olika vetenskapliga metoders bevisstyrka. Det finns här tre nivåer, högt, medelhögt och lågt bevisvärde. Högst bevisvärde, eller tillförlitlighet, har studier med många deltagare som valts ut slumpvis. Studier i den här kategorin ska också vara väl genomförda och analyserade. De ska också uppfylla de kriterier som SBU satt upp innan urvalet av studier sker. Det vanligaste exemplet på studier med högt bevisvärde är s k RCT-studier (randomized controlled trial). Medelhögt bevisvärde anses studier ha som i och för sig är väl genomförda men som inte riktigt

uppfyller kriterierna. Lågt bevisvärde anses studier ha som t ex har stora icke förklarade bortfall eller som av andra anledningar anses ha osäkert resultat.

SBU har en standardiserad arbetsgång för sina skgula rapporter (SBU, 2007). Den består av sex punkter:

1. Avgränsa frågan
2. Bestäm vilken kvalitet som krävs för ingående artiklar
3. Relevant forskning samlas in
4. Sälla ut den forskning som inte klarar av kvalitetskraven
5. Resultatet sammanställs.
6. Sammanfattning av resultatet och presentation av slutsatser.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) gjorde 2003 en inventering av befintliga metoder inom omvårdnad som var evidensbaserade (Willman, Forsberg, & Carlsson, 2005). Över 100 metoder hittades och kategoriserades.

Ledarskap

Eftersom ledarskap är ett centralt begrepp i vår uppsats kommer vi att försöka återspegla hur detta begrepp kan ses ur olika perspektiv. Vi kommer inledningsvis visa att begreppet ledarskap är komplext och mångtydigt, liksom att beskriva ledarskap kontra chefskap. Därefter kommer vi att analysera ledarskap med hjälp av Nilssons (2003) modell av hur ledarskap konstrueras. Slutligen sammanfattar vi vad transformativt ledarskap är.

Vad innebär begreppet ledarskap?

Ledarskap är något som människor, i synnerhet chefer, utövar i syfte att påverka andra människors tänkande, inställning och uppförande. När ledarskap utförs i en organisation är avsikten att få andra att arbeta för att nå de uppställda målen för verksamheten. Ledarskap kan syfta till att motivera medarbetare att prestera mer och få dem att trivas på arbetet. Det innebär att ledarskap till stor del är en process mellan människor, där utövandet syftar till att påverka andra i en bestämd riktning. Jacobsen och Thorsvik (2002) fokuserar tre aspekter av begreppet ledarskap:

1. "Ledarskap är en rad handlingar som utövas av en eller flera personer." (aa s 473). Det är svårt att i vissa sammanhang skilja på en person som handlar och själva handlingen som personen utför. Med anledning av detta har teorier om ledning ofta starkt fokus på ledaren som person. Den tidiga ledarskapslitteraturen ägnade stor uppmärksamhet åt att beskriva vilka personlighetsdrag som typifierar en god ledargestalt.
2. "Ledarskap har till uppgift att få andra människor att göra något." (aa s 473). Detta påstående gör att begreppet ledarskap kan kopplas till andra begrepp som motivation, sociala relationer, gruppbildning och gruppdynamik. Inom ledarskapsforskning har vikt lagts vid att studera vilket beteende hos ledaren som är det mest effektiva när det gäller att påverka andras beteende och de processer som skapar mänskligt beteende.
3. "Ledarskap ska bidra till att organisationen når sina mål." (aa s 473). Det här påståendet kan innebära att arbetsuppgifter och resurser mellan människor och grupper i en organisation fördelas på ett för verksamheten gynnsamt sätt. Det handlar ytterst om att skapa förutsättningar för att organisationen når sina uppsatta mål. Med detta knyts ledarskapet starkt till olika teorier om hur organisationer kan utformas för att de ska bli effektiva - organisationsteori.

Chefskap kontra ledarskap per definition

Vad är skillnaden mellan chefskap och ledarskap? För att ge ett svar på detta måste först klargöras att i detta sammanhang beskrivs inte en personlighet utan den yrkesutövning som innefattar chefs- respektive ledarskap.

Chefskap är ett begrepp som grundar sig i en formell organisation, någon som tilldelar den enskilde individen befogenheter och makt. Chefskap är något som utövas i en bestämd position till exempel i en hierarkisk organisation, denna position är överordnad i förhållande till vissa andra positioner. Hagström (1990) har en definition som lyder ”chef betecknas den som har underordnade i en formell position som består honom/henne med vissa redskap i syfte att uppfylla kravet att utöva ledarskap” (aa s 52).

Ledarskap är något som går att dra paralleller ur till entusiasm och entusiasmera, alltså det som gör att ledda människor låter sig ledas. Ledarskap är vidare något som omfattar en grupp av människor och kan beskrivas som en inflytandeprocess där den som betecknas som ledare skapar inflytande över sina underställda eller medlemmar i en grupp man leder. Detta beskrivs som ”ledare är den som har följare, dvs. den som i en given situation, genom att utöva ett mer eller mindre medvetet ledarskap, ej enbart betingat av våld, tvång eller hot, förmår styra andra individer i enlighet med sina intentioner” (aa s 53).

Konstruktion av ledarskap

Nilsson (2003) beskriver i sin doktorsavhandling en modell över hur vårdenhetschefens ledarskap konstrueras. Den centrala komponenten i denna modell är samspel, detta på grund av att det är i en social kontext ledarskap utövas. Med detta menas att vårdenhetschefer, första linjens chefer, utövar sitt ledarskap genom samspel med andra människor i sin vardag. Vårdenhetschefer leder verksamheten de är satta att vara chefer över i nära anslutning till sina medarbetare, vilket innebär att ledarskapet ska ses som en interaktiv process som grundas i just samspel. De medarbetare som uppfattar chefen som en samspelepartner har lättare att uppfatta chefen som ett stöd i stället för hinder vid utförande av arbetsuppgifter. Samspel innefattar också kommunikation, vilket är något som förutsetts leda till en förtroendefull atmosfär. Det underlättar för vårdenhetschefer att uppfatta signaler från medarbetare. Dessa signaler kan gälla den psykosociala situationen på enheten och även saker som berör arbetsbelastningens fördelning medarbetare emellan. Således är samspel kärnan i ledarskapets konstruktion; det som gör att personer inom en enhet samverkar i syfte att nå ett och samma mål.

Nästa komponent i Nilssons (2003) modell över ledarskapets konstruktion är acceptans, vilket krävs för att vårdenhetschefer ska kunna lösa de uppgifter de är satta att lösa tillsammans med sina medarbetare – medarbetarna måste då acceptera den funktionen chefen har. Vid internrekrytering av chefer ur en enhet ökar förutsättningarna för acceptans av ledarskapet, om den rekryterade uppfattar att han eller hon klarar arbetet och har förståelse för de institutionellt bestämda mönstren. Acceptans kan leda till att chefen kan ha ett större ”svängrum” när det gäller spontanitet i hur ledarskapet kan utformas och det kan också vara lättare att hantera olika hot mot den funktionen ledarskapet för tillfället har. Funktionen ledarskap formas till viss del utifrån iakttagarnas intressen. Iakttagarna påverkas av sitt sociokulturella sammanhang. Det betyder att de utvecklar förväntningar på chefernas agerande i olika situationer eller med andra ord ”det skapas sociala mekanismer

för kontroll av hur funktionen ska upprätthållas” (aa s 132). Detta leder till att det inte bara är cheferna själva som ska acceptera ledarskapets funktion utan även chefers medarbetare och andra personer i omgivningen. Slutsatsen av detta kan vara att om samtliga som på något sätt berörs av ledarskapet tycker att deras förväntningar uppfylls av chefers agerande så har denne det psykologiska mandat som krävs för att det ska kunna kallas för acceptans.

Den tredje komponenten i Nilssons (2003) modell över ledarskapets konstruktion är begreppet bemästrande. Första utgångspunkten i ledarskapets sammanhang är att det i chefsfunktionen ligger en kollektiv överenskommelse att funktionen chef innebär makt. När en chef tilldelas makt måste denne känna att han eller hon också bemästrar att göra rätt saker med den tilldelade makten. Makten kan också tolkas som ett handlingsutrymme. Om handlingsutrymmet uppfattas som stort så har den person som är i chefsposition stora möjligheter att påverka den verksamhet som ska ledas och tvärtom när handlingsutrymmet är litet. Det är mot bakgrund av detta som det går att dra slutsatsen att chefers egna uppfattningar bidrar till att ge ledarskapet dess möjligheter och begränsningar. Krav och ansvar inom ramen för en ledares funktion styrs också av organisationsstruktur, Nilsson använder sig av exemplet ekonomi: ”I organisationer där ekonomiskt ansvar lyfts bort från enheten motverkas deras intentioner att ta ansvar, eftersom ekonomiskt ansvar, enligt vårdenhetscheferna, har implikationer på alla ansvarsområden.” (aa s 133). Bemästrande är ingen statisk process utan genom fler erfarenheter, goda och dåliga förändras, vidgas handlingsutrymmet. När chefer handlar inom vad de uppfattar vara sitt handlingsutrymme skapar de sin verklighet genom att bemästra detta utrymme.

Den fjärde och sista komponenten i Nilssons (2003) modell över ledarskapets konstruktion är begreppet anpassning, vilket krävs för att lösa ledarskapet på en enhet som har en hög förändringstakt. Den anpassning som första linjens chefer utvecklar i relation till vad chefskapet består av bidrar alltså till ledarskapets konstruktion. När cheferna är upptagna med att anpassa sig till den rådande situationen på enheten finns en viss risk att det blir rutin i anpassningen. Om en chef koncentrerar sig på att lösa kortsiktiga problem så kommer den långsiktiga planeringen att bli lidande av detta och chefen kommer således att få fortsätta lösa kortsiktiga problem – en anpassning sker till den nya planeringsförutsättningen. Anpassning sker inte bara till rådande situation utan omfattar även individens sammansättning av tolkningar. Nilsson kallar det tolkning av institution: ”Anpassning till de rådande förhållandena sker således inte bara till vad som upplevs vara yttre förhållanden utan också till hur de själva tolkar institutionen och agerar utifrån denna tolkning.” (aa s 134). I Nilssons studie liksom Berntsson och Furåker (2003) och Bondas (2004) framkommer att vårdenhetschefer tenderade att fastna i det vardagliga arbetet i sin strävan att få verksamheten att fungera här och nu. Därför hamnar utvecklingsarbetet i skymundan.

Dessa komponenter i ledarskapet har ett gemensamt och det är att alla i något avseende är relationella. Vårdenhetscheferna kan i sitt relationella ledarskap använda samspel och bemyndigande om de accepterat sitt ledarskap och optimalt anpassar sig till sin situation för att understödja att personalen i verksamheten använder tillgänglig kunskap och att sjuksköterskor arbetar evidensbaserat. Därför beskrivs Bass ledarskapsteori närmare i nästa avsnitt. Bass har funnit att det transformella ledarskapet är mest aktivt och effektivt för att nå uppsatta mål. Det transformella ledarskapet är liktydigt med en relationell ledarskapsprocess (Bass, 1999).

Transaktionellt/ transformellt ledarskap

En relativt ny tradition inom vad man kallar värdebaserad ledning kallas transformellt ledarskap. I detta sammanhang är det viktigt att skilja på transaktionellt och transformellt. Det transaktionella ledarskapet behandlar förhållandet mellan ledare och dess medarbetare som en typ av social transaktion, där underställd personal ger av sin kreativitet och kapacitet eller arbetsförmåga i utbyte mot belöning. Utmaningen i den här typen av ledarskap blir för ledningen att skapa motivation hos personalen att nå organisationens mål med hjälp av löften om belöningar av olika slag. Belöningar kan bestå av pengar, högre befattningar, mer inflytande och annat som tilltalar den enskilde medarbetaren. En relation som går ut på detta prestations- belöningsförhållande är bräcklig långsiktigt och kan lätt brytas om de olika parternas intressen går isär till exempel om en av dem får ett bättre erbjudande på annat håll (Bass, 2006).

Transaktionellt ledarskap har enligt Jacobssen och Thorsvik (2002) två huvudelement:

1. ”Aktivt bruk av belöningar för att åstadkomma ett målinriktat beteende.
2. Avvikelseledning, vilket innebär att ledaren aktivt ingriper i den operativa aktiviteten bara om allt inte går enligt planerna.” (aa s 506).

Transformellt ledarskap går däremot ut på att ledaren använder sig av känslor som drivkraft i utövandet av ledning. Detta ska inte betraktas som manipulation utan snarare en teknik för att stimulera känslor eller en process där en ledares uppgift är att sätta ord på de känslor människorna har som ingår i ledarens enhet. Att göra på det viset kallas att man spelar på människors irrationella sidor. Det transformella ledarskapet kännetecknas av visioner, förmåga att inspirera och motivera, ta individuell hänsyn till medarbetare, ge stöd liksom att intellektuellt stimulera medarbetare (Bass, 2006). Jämförelser kan göras mellan transformellt och karitativt ledarskap då den senare tar fasta på skapandet av en vårdande kultur. Utveckling av hälsa och lindrat lidande för patienten är i fokus i den vårdande kulturen men också att skapa en hälsosam och kreativ arbetsmiljö för personal. Ledaren som utgår från den karitativa ledarskapsteorin arbetar för att möjliggöra arbetsförhållanden så att personalen kan nå de bästa resultaten i relation till patienternas vård/omvårdnad (Bondas, 2006).

Transformativt ledarskap består enligt Jacobssen och Thorsvik (2002) av fyra element:

1. ”Utveckling av en vision som inte bara handlar om rent organisatoriska mål (till exempel lönsamhet och expansion) utan något som man strävar efter att förbättra. Centralt i visionerna står ofta värden som rättvisa, ansvar och frihet.
2. Inspiration av anställda att prestera något extra, ofta genom att ledare framstår som synliga rollfigurer och genom aktiv användning av symboler.
3. Hänsyn till individen, som följs upp på ett personligt sätt så han får en känsla av att betyda något och vara respekterad.
4. Intellektuell stimulans genom att ledare hela tiden ger de anställda nya utmaningar som sätter deras förmåga på prov.” (aa s 506).

Det finns studier som pekar på att transformativt ledarskap innefattar de viktigaste ledaregenskaperna för att skapa en effektiv organisation. Bland dessa egenskaper nämns särskilt förmågan att utveckla en vision och att kunna inspirera till kreativitet (Bass, 2006).

Som tidigare angivits i introduktionen visar Nilsson Kajermo (2004) att HoS inte lyckats implementera evidensbaserad omvårdnad i den omfattning som vore önskvärd. Frågan blir då vad som hindrar och vad som skapar möjligheter för användning av evidensbaserad omvårdnad?

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att beskriva vad som hindrar och vad som skapar möjligheter för användning av omvårdnadsforskning och evidensbaserad omvårdnad med ett särskilt fokus på ledarskapsfunktionen.

METOD

Studien är en litteraturöversikt där redan befintlig forskning inom området sammanställts och analyserats. Den metod som Friberg (2006) beskriver i sin uppsatsguide har använts. Detta tillvägagångssätt har sitt ursprung i metasyntes. Vi har valt att använda oss av Burnards (1996) metod för analys av utvalda artiklar.

Första steget är enligt Friberg (2006) att välja ett fenomen eller en företeelse, vilket i vårt fall är att sjuksköterskors arbete bör bli mer evidensbaserat. Nästa steg är att välja kontext och i vårt fall har vi valt att utgå från sjuksköterskor i ledningsfunktion och utan ledningsansvar. När dessa utgångspunkter beslutats började sökandet efter artiklar, vilka senare granskats utifrån deras kvalitet och i vilken mån de kan kopplas till vårt fenomen.

Inklusionskriterier

Studien består av vetenskapliga artiklar med koppling till studien syfte och frågeställning. De är skrivna på engelska. Samtliga artiklar är ”peer reviewed”. Medverkande i studierna är vuxna män och kvinnor (>18 år). Artiklarna är publicerade mellan år 2001 och 2007 och ska finnas antingen som fulltextdokument på Internet eller lokalt på Göteborgs universitetsbibliotek (UB).

Databassökning

Databassökningen genomfördes under september - oktober 2007 i databasen Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Vi har använt sökorden nursing, utilization (amerikansk engelska), utilisation (brittisk engelska) och facilitate. Vi har letat efter sökorden i artiklarnas abstracts. Vi har dessutom använt Cinahls möjligheter till förfinad sökning. Viss sökning i PubMed genomfördes, men då sökfunktionen inte var lika välanpassad till vår uppgift blev resultatet av dessa inledande sökningar alltför svagt för att det skulle vara motiverat att gå vidare. Valet föll därför på Cinahl som enda databas för studiens sökningar. Med hjälp av Cinahls avancerade sökverktyg har endast artiklar som bygger på evidence-based practice (EBP) kommit med i vår träfflista. Vidare har vi med samma verktyg sorterat fram artiklar som är ”peer reviewed” och ”research-based”. I tabell 1 presenteras en översikt av artikelsökningens träffar.

Tabell 1. Sökord använda i Cinahl.

Sökord	Antal träffar	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
nursing and utilisation	7	1	1
nursing and utilization	34	15	7
nursing and promote	37	3	1
nursing and leadership	24	3	2
nursing and facilitate	41	5	3
Totalt antal artiklar*	143	18	9

* Samma artiklar har hittats med olika sökord, därav skillnaden i summeringen.

Artikelgranskning - kvalitetsgranskning

Titel och abstract till de 143 artiklar som var resultatet av våra sökningar lästes igenom och värderades mot syftet. De 18 artiklar som valts ut i ett första steg efter databassökningen har lästs av studiens båda författare och en gemensam bedömning av deras relevans för ämnet har gjorts för ytterligare urval. Detta resulterade i 9 av de 10 artiklar som utgjort studiens resultat. Den tionde artikeln hittades genom manuell sökning i tidskriften "World Views on Evidence-based Nursing". De slutligt valda artiklarna har granskats kvalitetsmässigt. I ett första steg i kvalitetsgranskningen användes en granskningsmall utarbetad av Willman och Stoltz (2006) för att gradera vissa kvaliteter. Resultatet av detta visar på vissa svagheter, men samtliga utvalda artiklar gick att motivera som underlag till resultatet. Därefter genomfördes en utökad granskning med stöd av de granskningsmallar som utarbetats vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet (Riktlinjer för omvårdnad - eget arbete, 2004). Utgångspunkten vid val av artiklar har varit att ge en bred bild av ämnet samtidigt som kopplingen till syftet behållits. Artiklar som inte bidragit med nytt stoff, alternativt, artiklar med otydlig koppling till syftet, har valts bort.

Analys av artiklarnas innehåll

För analys av de artiklar som ingår i studiens resultat har, som tidigare nämnts, Burnards (1996) metod för dataanalys använts. Det innebar en induktiv ansats där teman eller kategorier skapas utifrån den resultatmassa som ingår i studien. All text har analyserats men resultatet utgår från de delar som kan kopplas till studiens syfte. Första steget i analysen innebar att artiklarna lästes i sin helhet, därefter följde en noggrann genomläsning av artiklarnas resultat. På så sätt erhöles en djupare förståelse för innehållet. I samband med detta gjordes noteringar av ord och fraser som svarade mot studiens syfte i marginalen på artiklarna. Andra steget innebar att utifrån studiens syfte identifiera innehåll (så kallade meningsbärande enheter) som hörde samman, vilka grupperades i teman. Därefter analyserades varje huvudtema och därmed kunde olika områden identifieras som sedan bildade subteman där det samlade innehållet ingår. Det fjärde steget ska enligt Burnard (1996) utmynna i en teori, men detta steg har ej använts i denna studie. Istället har resultatet tolkats utifrån tidigare ledarskapsforskning som den beskrivs i bakgrunden. Detta sker dock först i diskussionen.

RESULTAT

Efter analys av våra artiklar framträdde tre huvudteman som inkluderade 7 subteman. En översikt av studiens teman och subteman återfinns i tabell 2.

Tabell 2. Översikt över resultatets teman och subteman

Huvudteman	Subteman
Barriärer för forskningsanvändning	Barriärer på sjuksköterskenivå
	Barriärer på organisations- och ledningsnivå
	Vetenskapen som barriär för vetenskapen
Katalysatorer för EBN	Organisationens och ledarens funktion
	Sjuksköterskans funktion
Ledaren som EBN-motor	Ledarskapsaktiviteter
	Främjande av förändringsattityder

Barriärer för forskningsanvändning

Barriärer på sjuksköterskenivå

Resultatet i McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon och Thompson et al (2002) artikel grundar sig på fyra perspektiv som kunde isoleras genom dess karakteristika. Tre av dessa perspektiv har bäring mot barriärer mot användning av forskningsresultat på individuell nivå inom sjuksköterskeyrket.

- 1) Sjuksköterskor som hade förmågan att ta till sig forskningsbaserad kunskap upplevde att de inte hade tillräckligt organisationsstöd för att praktiskt använda denna nya kunskap.
- 2) Sjuksköterskor kände att forskare och forskningsresultat saknade klinisk förankring och att resultaten därför inte hade tillräckligt stor användbarhet i vården.
- 3) Sjuksköterskor saknade motivationen att själva använda forskningsresultat och ville att en tredje part skulle ha uppgiften att göra dem begripliga och praktiskt användbara.

Sjuksköterskor som arbetar med att ta fram och validera forskningsresultat på arbetet gör i vissa fall det utanför ordinarie arbetsuppgifter, vilket innebär splittring i tid och kan av andra kollegor uppfattas som att de "smiter" från sina uppgifter och lägger tid på onödiga saker. Detta blir en barriär för den enskilda sjuksköterskan även om arbetet ska utföras inom ramen för hans eller hennes ansvarsgrupp/område. Andra problem som forskarna lyfter fram och som grundas i samma fenomen är vad som uppfattas som konkurrerande aktiviteter på avdelningarna, till exempel internutbildning, dokumentation och olika kvalitetsprojekt som på samma sätt som ansvarsgrupper (forskningsrelaterade) "stjäl" tid från övriga uppgifter. En annan barriär som framträder tydligt i artikelns resultat är att sjuksköterskor inte upplever sig ha tid att vara sig leta forskningsresultat eller att förändra gällande rutiner baserat på nya rön (McCaughan et al, 2002).

Nästa barriär på sjuksköterskenivå är att det inte finns en etablerad kultur i sjuksköterskefunktionen att läsa och ta del av vetenskapliga artiklar. Det saknas kunskap om hur artiklar hittas och hur de tolkas (Hutchinson & Johnston, 2004, Kajermo, Nordström, Krusebrant & Lütznén 2001). En respondent i Nilsson Kajermo et al (2001) artikel uttrycker det så här:

“I don't think that many nurses are interested in reading articles in the English language as work in their spare time. Nursing is practical work and persons interested in theoretical matters only to a small extent become nurses” (aa s 676).

Ovanstående poängteras även i Hutchinson och Johnstons (2004) artikel där sjuksköterskor har fått rangordna hur stor procent en barriär motsvarar. På första plats hamnar uppfattningen att sjuksköterskor inte har tid att läsa vetenskapliga artiklar. Andra barriärer som uppfattats som viktiga i sammanhanget är:

- statistiska analyser är oförståeliga
- relevanta forskningsresultat är inte samlade på en plats
- kollegor stöttar inte implementeringen av forskningsresultat
- den praktiska användningen är inte beskriven (aa)

Motsvarande barriärer tas upp i Olade's (2003) artikel där det går att se hur stor del av respondenterna som är uppdelade på respektive anledning till att inte använda forskningsresultat i klinisk verksamhet. Relevanta resultat ur denna är:

- ingen tid
- ingen kunskap om forskning
- inget visat intresse från chefen
- ingen kollega som har kunskap om forskning som kan konsulteras

Gerrish och Clayton (2004) tar också upp motsvarande resultat i sin artikel och hävdar att sjuksköterskorna i deras studie förlitar sig på erfarenhetsbaserad kunskap mer än forskningsrelaterad. Ledningens styrdokument och policys är mer styrande för verksamheten än vad kunskap som de själva identifierat i forskning är. Brist på tid, resurser och ledningsstöd upplevdes som gränssättande när de skulle använda sig av forskningsresultat inom ramen för arbetsuppgifterna. De sjuksköterskor som hade möjligheten och förmågan att hitta och konkretisera resultat av forskning saknade självförtroendet att ändra arbetsrutiner (Gerrish & Clayton, 2004). Även emotionell utmattning leder till minskad forskningsanvändning (Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin & Hayduk, 2007).

Barriärer på organisations- och ledningsnivå

Barriärer på organisations- och ledningsnivå uttrycks ibland implicit i artiklarna på så sätt att det som framställs kan tolkas som att det påverkas av ledning och organisation. En vanligt beskriven barriär för forskningsanvändning är upplevd tidsbrist (McCaughan et al, 2002, Olade, 2003, Hutchinson & Johnston, 2004, Kajermo et al, 2001, Gerrish & Clayton 2004). Denna brist på tid beskrivs som ett problem både vad gäller möjligheten att läsa vetenskaplig litteratur och möjligheten att använda denna. Kajermo et al (2001) beskriver hur en kombination av överbeläggning, synnerligen sjuka patienter och oerfarna vikarier blir en tillfällig barriär för implementering av EBN.

Sjuksköterskor anser att det saknas stöd från omgivningen (McCaughan et al, 2002), bl a ledningen (Olade, 2003, Hutchinson & Johnston, 2004, Gerrish & Clayton, 2004). Det handlar främst om annan sjukvårdspersonals inställning till omvårdnadsforskning. Hutchinson och Johnston (2004) visar i sin artikel att sjuksköterskor upplever läkare som icke samarbetsvilliga, vilket stöds av Gerrish och Clayton (2004). Vidare skriver McCaughan et al (2002) att förändring i sig upplevs som påfrestande av vårdpersonal och därför motarbetas.

Sjuksköterskans uppfattade brist på auktoritet, formell och informell, beskrivs också som en barriär för implementering av forskning (Hutchinson & Johnston, 2004). Ledarens roll som avgörande faktor för forskningsanvändning anges liksom avsaknad av stöd från ledningen som barriär för forskningsanvändning (Olade, 2003, Gerrish & Clayton 2004).

I Gerrish och Claytons artikel (2004) framkom att bristande resurser är en barriär för forskningsimplementering, denna är utbredd bland sjuksköterskor. Markussens (2007) litteraturoversikt stödjer denna studies resultat vad gäller barriärer för forskningsanvändning. Återkommande barriärer är tidsbrist, bristande stöd från personal och tillgänglighet.

Vetenskapen som barriär för vetenskapen

Vetenskaplig litteratur upplevs ofta komplex och svåra att förstå (McCaughan et al, 2002). Särskilt statistiska redovisningar upplevs svårförstådda (McCaughan et al, 2002, Hutchinson & Johnston, 2004). Detta leder till minskat engagemang och minskad analys av kvantitativa data.

“Int: So would you be put off by an article [with statistics in it]?”

Nurse: No, I d read it, but I’d probably scan over the statistics and not analyse them as much as I should do.” (McCaughan et al, 2002, s 50)

I stället för att läsa vetenskaplig omvårdnadslitteratur vänder sig många sjuksköterskor till populärvetenskaplig omvårdnadslitteratur (McCaughan et al, 2002).

”The reason I get the Nursing Times is cos it’s a bit like a doctor’s surgery read, you can put your feet up and...it’s just ordinary nurses writing in and saying what they think, and that’s what I like about it really. It’s not really heavily academic at all really, and it’s got a lot of like...bullet points in” (McCaughan et al, 2002, s 50).

Sjuksköterskor anser att resultat i omvårdnadsforskning inte är generaliserbart till den kontext där de arbetade (Hutchinson & Johnston 2004). French (2005) skriver att specialistsjuksköterskor ofta saknar evidens som sin ledstjärna när de väljer vilka vetenskapliga rön de använder i sitt dagliga arbete bl.a. väger praktiska svårigheter tungt som (mot)argument vid val av litteratur.

Tillgänglighet beskrivs som en begränsande faktor för forskningsanvändningen på många avdelningar (McCaughan et al, 2002, Hutchinson & Johnston, 2004). Informationsteknologi är i detta avseende en bestämmande faktor. Det kan handla om organisationens förmåga att tillhandahålla tekniken lika väl som individens förmåga att använda den (McCaughan et al 2002). Många sjuksköterskor beskriver också det som ett

problem att forskningen inte finns på en plats, samlad och lättåtkomlig (Hutchinson & Johnston, 2004, Gerrish & Clayton, 2004).

Markussens (2007) litteraturoversikt handlar också om subtemat ”Vetenskap som barriär för vetenskap” eftersom den visar på tydliga problem med att sjuksköterskor har svårt att ta till sig vetenskap.

Katalysatorer för EBN

Sjuksköterskans funktion

Inte bara omvårdnadsforskare och sjukvårdsinstitutioner vill införa mer evidens i vården. Olade (2003) visar i sin studie att enskilda sjuksköterskor också har en önskan av att använda mer forskning, 76 % av deltagarna i studien angav att de önskade använda mer forskning om barriärerna var mindre.

I flera av de granskade artiklarna påpekas vikten av att miljön ska vara stödjande (McCaughan et al, 2002, Olade, 2003, Hutchinson & Johnston, 2004, Gerrish & Clayton 2004) för att sjuksköterskor på en avdelning ska använda EBN. Individens påverkan är viktig liksom att sjuksköterskor med forskningskompetens fungerar som förebilder belystes (Hutchinson & Johnston, 2004).

I förlängningen bör också sjuksköterskor bidra till utvecklingen av sin profession genom att själva forska, vilket leder fram till den lösning som Gerrish och Clayton (2004) förordar, nämligen en cyklisk process, som går ut på att forska, utveckla och utvärdera, som en förutsättning för att utöva evidensbaserad omvårdnad.

Organisationens och ledarens funktion

Gerrish och Clayton (2004) pekar på vikten av att införa evidens i vården och att personalen som arbetar med detta får erkännande genom organisatoriskt och ledarskapsmässigt stöd. Även Hutchinson och Johnstons (2004) visar hur viktigt sjuksköterskor tycker att skapandet av ett stöd i omgivningen är. Det bör finnas en återkoppling på utfört arbete exempelvis i form av feedback från kollegor och chefer. Det är viktigt att detta stöd sker i en anda av intresse, dedicerad och uppmuntran. Avsaknad av stöd antas leda till att ta de nödvändiga initiativ som krävs för att förändra verksamheten från att baseras på traditions- och erfarenhetsbaserad kunskap till att bygga på evidensbaserad kunskap inte tas. För att kontinuerligt ställa om verksamheten allteftersom kunskapen växer krävs ett kontinuerligt förändringsarbete. För att uppnå detta är det viktigt att skapa en lärande miljö (Gerrish & Clayton, 2004).

I en lärande organisation bör förmågan att hitta och tolka forskningsresultat underhållas och utvecklas. Detta kan ske på individnivå men det ligger i chefernas ansvar att denna kompetens behandlas som övriga kompetenser och att de behandlas i särskild ordning och inte som en sorts underförstådd kompetens som bara ska finnas och tolkas som självklar. Detta kan innebära att ledare måste planera för utbildningsprogram där just letandet, sållandet och användandet av forskningsresultat behandlas i relation till vad personalen

behöver för att verksamheten ska kunna benämnas som evidensbaserad och personalen kan bli aktiva forskningskonsumenter (Kajermo et al, 2001).

Hutchinson och Johnstons (2004) har tillfrågat sjuksköterskor om hur olika åtgärder påverkar användandet av omvårdnadsforskning. Den åtgärd som deltagarna i studien ansåg var viktigast för att främja användandet av omvårdnadsforskning var, i rankad ordning:

1. Öka tillgänglig tid för läsning och användning av forskning
2. Utföra mer kliniskt fokuserad och relevant forskning
3. Genomföra avancerade utbildningar för att öka individens kunskapsbas
4. Öka ledningens stöd av forskningsimplementering
5. Förbättra tillgängligheten av vetenskapliga artiklar
6. Göra vetenskapliga artiklar enklare att förstå
7. Anställa sjuksköterskor med forskningskunskaper som kan fungera som förebilder.

Tid, utbildning, tillgänglighet och stöd är således viktiga faktorer för att öka forskningsanvändningen i omvårdnadssammanhang. (Hutchinson & Johnston, 2004)

Ledningens förmåga att agera utifrån uppkomna behov och önskemål var en positiv faktor för personalens inställning till innovationer. Även kompetensutveckling av personal hade en positiv inverkan på inställningen till innovation (Cummings et al, 2007).

Gerrish och Claytons (2004) studie visar att sjuksköterskor oftare hämtar kunskap från PM än forskningslitteratur. Detta, menar författarna, belyser vikten av att uppdatera den typen av dokument kontinuerligt för att försäkra sig om att de är evidensbaserade.

Ledaren som EBN-motor

Ledarskapsaktiviteter

I Hutchinsons och Jonstons (2004) studie framställs ett antal ledarskapsaktiviteter som skulle kunna bidra till utvecklingen av evidensbaserad vård. Dessa möjliggörande faktorer är på olika sätt relevanta i ett EBN sammanhang. Ledare i organisationen bör, enligt författarna, öka den avsatta tiden för att personalen ska kunna hitta, värdera och implementera forskningsresultat. De bör också tillåta att det genomförs klinikfokuserad och relevant forskning. Ledare ska verka för att skapa möjlighet till mer kollegialt stöd i nätverksstruktur och höja utbildningsnivån i syfte att bredda kunskapsbasen i yrkesfunktionen. Ledare bör uppmuntra till användning av forskningsresultat i olika sammanhang relevanta inom vården, öka de infrastrukturella möjligheterna till delgivning av forskningsresultat liksom möjligheterna att förstå vetenskapliga artiklar vad avser statistik, språk och vedertagna begrepp inom den akademiska världen. Ledare i vården bör anställa sjuksköterskor med erfarenhet av forskning för att använda dem som katalysatorer i utveckling av EBN.

Bradley, Schlesinger, Webster, Baker och Inouyes (2004) artikel bygger på en studie där ett multifacetterat program med åtgärder för att implementera evidens i vård av äldre har adopterats. För att sammanfatta resultatet av denna studie går det att utgå från vidtagna ledarskapsåtgärder (punkterna 1-5 nedan).

1. Skapa internt stöd för programmet och identifiera krav och mål
 Denna uppgift uppfattades som komplex på grund av att personal inom olika professioner hade olika mål och krav. Ledare behövde identifiera skillnaderna och utveckla individuella budskap baserade på befattning och profession. En annan effektivitetsåtgärd för att få stöd för programmet var att belysa de fördelar som programmet ger individer i organisationen. Exempel på detta var att konkret visa att användningen av programmet skulle lösgöra tid för personalen för klinisk verksamhet.
2. Utveckla ett effektivt ledarskap baserat på rollerna: advokat, kliniker och chef
 I advokatrollen kunde ledare jobba med att skapa anslag för programmet och att väcka intresse hos personal. I den kliniska rollen ingick att delta i vårdplanering och vårdmöten i vilka ledaren gav direktiv för patientinterventioner och följde upp resultatet av vården kopplat till uppsatta mål. Chefsrollen kunde ledaren bland annat följa upp logistiska och kvalitativa aspekter av programmet.
3. Integrera programmet i redan befintliga program: koordinering i stället för tävling
 Ledare fokuserade i detta sammanhang på att framhäva positiva effekter av programmet genom fakta och objektivitet t.ex. genom att visa hur programmet gav utrymme för handlingsmöjligheter vid knappa resurser. En följd av detta blev att programmet visade sig komplettera ett annat istället för att konkurrera med ett etablerat vårdprogram.
4. Dokumentera och använda positiva resultat
 Ledare inom ramen för programmet drog slutsatsen att tidigt redovisade positiva resultat i hög grad bidrog till att förtroendet för programmet och dess innehåll (EBN) förblev högt under genomförandet. Personal hade stort förtroende för resultat baserade på små konkreta studier även om man akademiskt sett kunde diskutera dess validitet.
5. Viktigt att behålla kontakten med det kliniska arbetet samtidigt som man förändrar arbetskulturen
 Implementeringen av åtgärdsprogrammet innebär stora och små förändringar. En sådan kan vara införandet av interdisciplinära team; nya strukturer. En viktig slutsats kopplat till detta är att ledare måste vara medvetna om att förändring tar tid och nås genom en process. Om man forcerar stegen i denna process kan man förlora personalens motivation vilket leder till följder såsom oförlighet och en organisation som strävar efter en förändring men inte når denna.

Wallin, Ewald, Wikblad, Scott-Findlay, och Arnetz (2006) beskriver i sin artikel ett antal åtgärder eller initiativ syftande till att länka evidens till omvårdnaden. Baserat på vad dessa åtgärder går ut på syns ett tydligt fokus på ledarens och dennes aktiviteter. Studien är avsedd att skapa en guide till organisationell förbättring. Angreppssättet är att ge exempel på ledarskapsinitiativ:

- Att som ledare stödja kunskaps- och färdighetsutveckling genom att skapa en lärande och professionell miljö, stödja personalens initiativ inom detta.
- Skapa förutsättningar och rutiner för feedback på individ, grupp och organisationsnivå.
- Involvera personal i beslutsfattning på avdelningsnivå vilket skapar delaktighet.
- Stödja professionell auktoritet och autonomi syftandes till låg personalomsättning.
- Etablera en optimal nivå av organisationell stress; inte för hög, inte för låg, ge personalen ett rimligt handlingsutrymme.
- Övergripande bör man utveckla en hög grad av förståelse för kontextuella faktorer som är nödvändiga för att använda forskningsresultat i praktiken.

Främjande av förändringsattityder

Olade (2003) åskådliggör i sin artikel ett antal existerande attityder till forskning. Studien visar att en stor del av sjuksköterskorna har en ofördelaktig attityd mot forskning. Sjuksköterskor som har en akademisk grad i något annat ämne än omvårdnad har mest positiva attityder till forskning. Chefer och ledare visade mest negativa attityder till forskning.

Olade (2003) visar också att det går att skilja mellan forskningsintresserad och forskningsadekvat. Stor del av deltagarna i studien ansåg att de var intresserade av forskning på ett allmänt plan men när de bedömde i vilken utsträckning de följde forskningsrön pekade många svar på låg grad av följsamhet. Grad av utbildning påverkade attityder till forskning på så sätt att låg utbildning är kopplat till en mer negativ attityd och tvärtom. Position var också signifikant på så sätt att de med hög position hade en mindre fördelaktig attityd. Därtill framkom att inslag av forskning i grundutbildningen av sjuksköterskor inte säkert leder till en positiv attityd till forskning.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien har genomförts på fördjupningsnivå 1. Detta har inneburit en del begränsningar i tid och resurser vilket medför ofrånkomliga svagheter. En första sådan svaghet är att studien begränsats till artiklar ur endast en databas och dessutom har enbart artiklar som funnits lokalt tillgängliga använts. Vad gäller databaser finns det ytterligare skäl till varför enbart Cinahl använts. Nämnda databas har sökfunktioner som är unika och sökningar var svåra att genomföra med samma precision i andra databaser. Ytliga sökförsök i PubMed resulterade inte i några väsentliga mängder intressant material.

Val av sökord och inklusionskriterier kan, som oftast, ifrågasättas. Inledande sökningar i diverse databaser visade att författarnas förutfattade meningar om vilka sökord som skulle ge, för studiens syfte, relevanta svar, kom på skam. Det går därför att ifrågasätta om författarna haft tillräcklig kunskap om området, innan sökandet efter artiklar började, för att göra en relevant bedömning av vilka sökord som gav bästa möjliga urval. Frågan är också om sökord som skulle ha varit intressanta missats av samma anledning. Vi kan ändå se att det råder någon typ av datamättnad eftersom samma artiklar dyker upp i olika sökningar och många författare och referenser återkommer i de artiklar som ingår i studien. Dessutom stödjer den litteraturstudie som använts i den här uppsatsen övrigt resultat och innehåller referenser som redan ingår i uppsatsen.

Studiens generaliserbarhet är svårbedömd. Alla utom tre av resultatets artiklar har utomnordiskt ursprung. De är därmed utförda i en kontext som till stor del skiljer sig från den svenska verklighet som studiens författare befinner sig i. Markussen (2007) hävdar dock att barriärer för forskningsanvändning upplevs mycket liknande i USA, Storbritannien, Sverige och Finland. Övriga delar av resultatet har däremot inte kunnat visas ha samma internationella generaliserbarhet. Ett annat perspektiv på generaliserbarhet är skillnader mellan olika typer av sjukvård. Exempel på detta är öppen kontra slutenvård

eller små sjukhus kontra stora sjukhus. Här visar snarare resultatet på klara skillnader (Cummings et al, 2007) som inte tillräckligt kunnat utredas för att skapa generaliserbarhet.

Kvalitetsgranskning av ingående artiklar i en litteraturstudie är ett hantverk. Artiklarna i studiens resultat har granskats både med de för Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitets (Riktlinjer för omvårdnad – eget arbete, 2004) fastställda checklistor samt med mall för granskning av artiklar som tidigare nämnts i metodbeskrivningen (Willman & Stolz, 2002). Styrkan i att använda två olika granskningsmallar är att kvalitetsbestämningen blir tydligare och bredare. Artiklarna värderas därmed ur fler perspektiv. Det Willman och Stolz (2002) granskningsmall bidrar med utöver institutionens mallar, är en gradering av kvaliteten snarare än en förklaring av densamma. Trots att de båda metoderna till stor del bygger på binära svarsalternativ så är det ändå svårt att bedöma ingående artiklar på ett fullt så objektivt sätt som mallen/checklistorna ger sken av. Dessutom är det studiens författares första bekantskap med den här typen av verktyg för kvalitetsgranskning av vetenskapliga artiklar. Slutsatsen är att granskningen av artiklarnas kvalitet uppfyller alla formella krav men att det ändå kan finnas utrymme för tveksamheter.

Studiens ingående artiklar består både av sådana med kvalitativ som kvantitativ ansats, även en systematisk litteraturgenomgång finns med. Sökningarna har gett en tydlig övervikt av kvantitativa artiklar. Problemet har då blivit att få ut kvalitativa beskrivande värden ur den forskning som finns. Kvalitativa värden har alltså dragits ur kvantitativ data. Följden blir att resultatet bygger på värden och data som riskerar att inte överrensstämma med artikelförfattarnas intentioner. Denna risk finns alltid, men blir kanske större i detta fall.

Sammantaget anser vi att den använda metoden har möjliggjort att studiens syfte uppfyllts.

Resultatdiskussion

Resultatet kan tolkas på olika sätt. Inledningsvis återges en sammanfattande tolkning av resultatet såsom författarna uppfattar denna. Därefter diskuteras resultatet inom ramen för respektive område som återfinns som rubriker i resultatet.

Tabell 3 är ett försök att skapa en bild av substansen som framkommer av resultatet. Under kolumnen *Historiskt* beskrivs den bild av sjuksköterskans funktion såsom den beskrivs. Denna bild karakteriserar sjuksköterskan som en assistent till medicinprofessionen. Yrkesspecifik kunskap överförs genom ett lärlingsskap, där hantverkskunnandet baseras på traditionen från en mer erfaren kollega. Denna bild av sjuksköterskeyrket är kanske särskilt signifikant för tiden innan 1958 då sjuksköterskor fick sin legitimation.

Under kolumnen *Möjligheter/begränsningar* beskrivs faktorer eller katalysatorer som påverkar eller möjliggör utvecklingen från en förlegad uppfattning av sjuksköterskeyrket mot den uppfattning som resultatet indikerar att omvårdnadsprofessionen strävar efter idag.

Under kolumnen *Framtid* beskrivs sjuksköterskeyrket genom de nyckelbegrepp som anses relevanta för dagens och framtidens omvårdnadsprofession. Sjuksköterskor i dagsläget är att betrakta som fristående i sin profession, de är alltså mer eller mindre autonoma i sin yrkesroll. Tolkningen som är gjord pekar på att framtidens sjuksköterskor kommer att i större utsträckning än idag att använda forskningsbaserad och/eller evidensbaserad

kunskap. Detta påstående bekräftas av socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). I den går att läsa: ”Sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer” (aa s 8).

Följaktligen är kolumnerna *Historiskt* och *Framtid* den kontext som dessa faktorer (*Möjligheter/begränsningar*) är verksamma mellan. Faktorer som påverkar evidensimplementeringen i vården sker i en kronologisk kontext – historia, nutid, framtid.

Tabell 3. Resultatbild ”traditionsbaserat till evidensbaserat genom katalysatorer”.

Historiskt	Möjligheter/begränsningar	Framtid
Assistent	Ledarskap	Autonom
Hantverk	Forskning	Profession
Traditionsbas	Miljö	Evidensbas
	Infrastruktur	
	Utbildning	

Begreppsförvirring

Det finns i resultatet anledning att tro att det råder en viss begreppsförvirring mellan forskningsanvändning och EBP (även EBN och EBM), i artiklarna tenderar begreppen ”research utilization” blandas med ”EBN” se t ex Gerrish och Clayton (2004), även ”research utilization” används på olika sätt i olika sammanhang (se t ex Estabrooks (1999)). Forskningsanvändning innebär att bitar av tidigare forskning används (Polit & Hungler, 1999). EBP är i kontrast till detta, ett helhetsgrepp innefattande vetenskaplig teori, klinisk beslutsfattning och bedömning, kunskap om forskningsområdet och en analys över det vetenskapliga värdet i den aktuella forskningen. EBP är i sammanhanget att tolka som det mest kostnadseffektiva och det som har den högsta kliniska relevansen (Polit & Hungler, 1999, Sackett, Richardson, Rosenberg & Haynes, 1997). Slutsatsen av detta resonemang är att forskningsanvändning är en komponent och EBP kräver en stor färdighetsbas och ett mer komplext kunskapsläge i omvårdnadssammanhang. Trots dessa grundläggande skillnader, dessa två begrepp emellan, så upplever vi att de används ibland som en och samma sak i artiklarna som utgör resultat i vår uppsats.

Barriärer

Trots att intentionen var att beskriva forskningsområdet på ett så helhetligt sätt som möjligt så består resultatet till hälften av artiklar som har ett uttalat mål att beskriva barriärer och hinder (McCaughan et al, 2002, Olade, 2003, Hutchinson & Johnston 2004, Kajermo et al, 2001, Gerrish & Clayton, 2004). Orsaken till att urvalet ser ut på detta sätt är att sökningar helt enkelt gav betydligt mer träffar som beskrev hinder och barriärer. Det går att spekulera i orsakerna till detta. En gissning är att det helt enkelt är lättare att beskriva hinder än möjligheter. Urvalet skedde med en önskan att beskriva forskningen inom detta område i sin helhet, men det blev svårt att bortse från att sökningarna gav en övervikt av artiklar på

ämnet barriärer. Även om barriärerna är mer studerade innebär det inte att sjukvården kan nöja sig med att dessa finns. I resultatet framkommer (Gerrish & Clayton, 2004, Cummings et al, 2007) att ledarskapet har betydelse för användningen av forskningsresultat. Den kritik det går att rikta till de studier vi granskat är att det inte framkommer på vilket sätt ledarskapet har betydelse. Det finns dock anledning att tro att ett utvecklingsinriktat ledarskap (Bass, 1999, 2006) skulle kunna bidra till att riva några av de barriärer som beskrivs i studierna. Ytterligare skäl till att tro att ett transformellt ledarskap skulle kunna bidra till att riva barriärer och vara ett möjliggörande ledarskap är att transformellt ledarskap anses vara ett värdebaserat ledarskap. Inom HoS utgör humanistiska värderingar en grundbult, vilket bland annat innebär att sjuksköterskor såväl som andra yrkesgrupper inom vården anser att patienten ska erbjudas god vård. En god vård kan inte ges utan att använda bästa tänkbara kunskap (Drevenhorn & Bengtsson, 2002, Stevens & Cassidy, 1999).

Större delen av den forskning som utrett barriärer har tittat på vad sjuksköterskan upplever. De har därmed, medvetet eller omedvetet, undvikit frågan om vilka de faktiska faktorerna är. Nilsson Kajermo (2004) talar om att sjuksköterskor inte alltid arbetar evidensbaserat trots att möjligheten att göra det finns. Det är inte en orimlig tanke att de upplevda barriärerna påverkas av faktorer utanför respektive utforskad verksamhet. Exempel på yttre påverkan skulle kunna vara den bild som media skapar. Här kommer dock ytterligare en komplikation, nämligen att det bara är i en av de i studien ingående artiklarna som resursbrist nämns som en barriär (Gerrish & Clayton, 2004). Just bristen på resurser är annars ett av de närmast schablonartade svaren som vi upplever används när problem ska beskrivas. Det finns dock en möjlighet att tidsbrist inbegriper resursbrist. Detta eftersom omvårdnad till mycket stor del står och faller med de människor som utövar den och tidsbrist kan översättas till personalbrist, som i sin tur kan härledas till resursbrist. Möjligen är det så att det är kulturella aspekter som gör att vissa begrep används framför andra och ytterligare andra begrepp får en något ändrad betydelse. Frågan om tidsbrist kan knytas till resultat från flera studier som visar att vårdenhetschefer tenderar att fastna i vardagligt arbete (Berntsson & Furåker, 2003, Bondas, 2004, Nilsson, 2003). Om ledaren fastnar i det vardagliga arbetet och inte driver utvecklingsfrågor kanske det då inte handlar om brist på resurser utan om att ledarna anpassar sig till rådande omständigheter. I Nilssons (2003) studier framkommer även att det finns en tendens till förväntan att ledarna avvaktar och väntar att någon annan kanske ska ange riktningen för arbetets utveckling. Är det en realitet kan det möjligen förklaras av rådande kultur.

Katalysatorer

Det finns en rad åtgärder som påverkar användandet av omvårdnadsforskning (Hutchinson & Johnstons, 2004). Samtidigt existerar en utbredd uppfattning att sjukvården bör sträva efter att arbeta mer evidensbaserat (Olade, 2003). Det kan tyckas att det därmed finns alla förutsättningar för att sjuksköterskor ska använda en hög grad av evidensbaserade åtgärder. Redan i introduktionen till den här studien visas dock att så inte är fallet (Nilson Kajermo, 2004). Någonstans brister kedjan. Resultatet kan tolkas som att den bristen sitter dels i en kultur (Hutchinson & Johnston, 2004, Kajermo et al, 2001) och dels i organisationen (Cummings et al, 2007). Även individen, i det är fallet sjuksköterskan, har en stor inverkan (McCaughan et al, 2002). Någonstans här blir det den individuella sjuksköterskan i allmänhet och sjuksköterskan i ledarfunktion i synnerhet den som har möjligheten att

påverka i vilken riktning arbetet med implementeringen av evidens och forskning sker. "Alla" har alltså möjligheten att göra skillnad och därmed själva bli katalysatorer för att främja användningen av forskning och evidens. Frågan är på vilka nivåer sjuksköterskan respektive ledaren ska använda sin möjlighet att främja utvecklingen mot mer evidensbaserad vård. Estabrooks (1999) talar om instrumentell eller direkt användning av forskningsresultat, begreppsliga eller indirekta och om symboliskt eller policy påverkan av forskningsresultat. Här menar vi att sjuksköterskan kanske i första hand står för den instrumentella delen medan ledaren i första hand påverkar användningen av forskningsresultat genom att påverka på de symboliska delarna. Många av de i resultatet beskrivna förutsättningarna och åtgärderna för att öka användningen av forskning och evidens kräver dock formell eller informell makt. Ledaren får därmed en nyckelposition.

Ledaren/ledarskap

Ledarskap och ledarens funktion är viktiga komponenter i implementeringen av evidens i vården (Gerrish & Clayton, 2004). Vilka åtgärder som är viktigt för ledningen att vidta i syfte att skapa förutsättningar för en evidensbaserad vård är relativt tydligt beskrivet i resultatet av bl a Bradley et al (2004). Det går utifrån detta att dra slutsatser om vilken typ av ledarskap som kan tänkas fungera bäst vid implementering av evidens och forskning.

Som tidigare nämnts beskriver Nilsson (2003) hur ledarskapet är konstruerat. I hennes beskrivning är samspel kärnan, samtidigt som det finns en relationell komponent. Dessa två delar av ledarskapet är återkommande i resultatet och utifrån denna beskrivning av ledarskapet går det att dra slutsatser om vilken av de i litteraturen befintliga ledarskapsmodeller som har bäst förutsättningar att fungera i en verksamhet som utvecklas i en riktning mot mer evidensbaserad omvårdnad.

Ett antagande är att det transformella ledarskapet (Bass, 1999) som det är beskrivet i bakgrunden är den modell för ledarskap som ger de bästa förutsättningarna för en framgångsrik användning av forskning och evidens. I Bondas (2004) modell kallad "det caritativa ledarskapet" uttrycks sjuksköterskan i ledarfunktion som en "vårdutvecklare" den här modellen passar också mycket väl i de ledarskapsegenskaper som beskrivs i resultatet.

Ovanstående kan tolkas som att chefer inom vården genom sitt ledarskap kan påverka användningen av forskning och evidensbaserad omvårdnad i en positiv riktning, men att det krävs att ledaren har en god relationell förmåga och en kunskap om vilka verktyg som behövs för att lyckas. Å andra sidan kan detta ifrågasättas. Är det alltid möjligt att driva utveckling utan att tydligt ange mål för en verksamhet och genom överenskommelser med medarbetarna arbeta verkställande mot att nå dessa mål; ett så kallat transaktionellt ledarskap. Möjligen kan ett aktivt användande av belöningar (Jacobsen & Thorsvik, 2002) påskynda användandet av evidensbaserad omvårdnad. I Nilssons (2003) avhandling lyfts behovet av såväl anpassnings som utvecklingsinriktat lärande fram för att vårdenhetschefer ska utveckla sitt ledarskap. Sannolikt är det inte bara de som behöver utveckla lärandet på dessa båda arenor. Det kan förmodas gälla alla i vården. Används enbart ett anpassningsinriktat lärande riskera traditioner att reproduceras. Ett utvecklingsinriktat lärande i vårdorganisationen kan förväntas bidra till utveckling av vården mot större användning av evidens.

Förslag till framtida forskning

Mot bakgrund av kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor går det att fastslå att arbetet med att införa evidens i vården är viktigt för vårdkvaliteten och ett krav från samhället (Socialstyrelsen, 2005). Om sjukvården, som vi ger en fingervisning om i detta arbete, har kunskaperna, resurserna och de organisatoriska förutsättningarna att skapa EBN, varför görs det då inte i större utsträckning? En anledning kan vara att den kunskap som produceras genom forskning helt enkelt inte har tillräckligt hög grad av pragmatism. De som ska omsätta dessa forskningsresultat i praktiken förstår inte artiklarna. Artiklarna beskriver inte konkreta åtgärder mm.

Vårt förslag till fortsatt forskning blir således att forska kring hur forskningsresultat ska bli användbara på bred front för all personal inom vården.

SLUTSATSER

- Barriärer för användningen av omvårdnadsforskning och EBN är välutforskade, men fokus behöver flyttas till vad som kan/bör göras för att lyckas med implementeringen av EBN.
- Chefer/ledare i vården kan genom sitt ledarskap påverka användningen av omvårdnadsforskning och evidensbaserad omvårdnad.
- Resultatets beskrivning av aktiviteter och egenskaper som beskrivs som positiva för en ledare som vill implementera EBN i sin verksamhet stämmer på många punkter överens med modellen för transformellt ledarskap.
- Ledare och sjuksköterskors attityder till forskning är avgörande för implementeringen av EBN.

KLINISK RELEVANS

- Studien visar vad en ledare kan undvika för att inte hindra användning av EBN.
- Det finns konkreta, vetenskapligt grundade, åtgärder en chef/ledare i vården kan vidta för att öka användningen av omvårdnadsforskning och evidensbaserad omvårdnad.
- Transformellt ledarskap skapar goda förutsättningar för användning av EBN.
- För att lyckas med implementering av EBN måste ledare arbeta/påverka attityder hos vårdpersonal.

REFERENSER

- Bass, B. M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9–32.
- Bass, B. M. (2006). *Transformational leadership*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates, cop.
- Drevenhorn, E & Bengtsson, A. (2002). Evidensbaserad omvårdnad, sjukvård och kunskap. *Vård i Norden* 2(22), 48-51.
- Berntsson, L., & Furåker, C. (2003). Vårdenhetschefers arbetsvillkor och utbildningsbehov. *Vård i Norden*, 23, 26-31.
- Bondas, T. (2004). *Det caritativa ledarskapet: vårdledarna som vårdutvecklare. I Proceedings VIII (s.20-25)*. Paper presented at the Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi, Hoitotieteellinen tutkimus näkyväksi-kuinka vastata ihmisen ja yhteiskunnan haasteisiin, Tampere, Finland.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 332-339.
- Bradley, E., Schlesinger, M., Webster, T., Baker, D., & Inouye, S. (2004, November). Translating research into clinical practice: making change happen. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1875-1882.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Cummings, G., Estabrooks, C., Midodzi, W., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007, July). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56(4S), S24-39.
- Estabrooks, C. A. (1999). The conceptual structure of research utilisation. *Research in Nursing and Health* 22, 203–216.
- French, B. (2005, May). Evaluating research for use in practice: what criteria do specialist nurses use?. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 235-243.
- Friberg, F. (Ed.). (2006). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gerrish, K., & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12(2), 114-123.
- Hagström, B. (1990). *Chef i offentlig verksamhet. Forskning kring offentligt ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Hutchinson, A., & Johnston, L. (2004). Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 304-315.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002), *Hur moderna organisationer fungerar, andra upplagan*, Lund: Studentlitteratur.
- Kajermo, K., Nordström, G., Krusebrant, A., & Lützén, K. (2001, September). Nurses' experiences of research utilization within the framework of an educational programme. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 671-681.
- Kirby, S. (2004). A historical perspective on the contrasting experiences of nurses as research subjects and research activists. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 272–279.
- Markussen, K. (2007). Barriers to research utilization in clinical practice. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 27(1), 47-49.

- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., & Thompson, D. (2002,). Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 46-60.
- Narayanan, A. & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of advanced nursing*, 33(4), 446-455.
- Nilsson, K. (2003). *Mandat - makt - management: en studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. (Akademisk avhandling.). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Nilsson Kajermo, K. (2004). *Research utilisation in nursing practice barriers and facilitators*. (Diss.). Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Nursing.
- Olade, R. (2003, October). Attitudes and factors affecting research utilization. *Nursing Forum*, 38(4), 5-15.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. New York: Lippincott-Raven Publishers.
- Riktlinjer för omvårdnad - eget arbete, (2004). Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.
- Sackett, D., Richardson, S., Rosenberg, W., & Haynes, R. (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- SBU. (2007). *Statens beredning för medicinsk utvärdering*. Retrived 2007-09-13 from www.sbu.se.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikel nr 2005-105-1 [Electronic Version]. Retrieved 2005-10-10 from www.socialstyrelsen.se.
- Stevens, K R & Cassidy, V R (1999) *Evidence-based Teaching*. Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Svenska akademiens ordbok*. <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>, senast tillgänglig 2007-09-13.
- Wallin, L., Ewald, U., Wikblad, K., Scott-Findlay, S., & Arnetz, B. (2006). Understanding work contextual factors: a short-cut to evidence-based practice?. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), 153-164.
- Willman, A & Stoltz, P (2002), *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* . Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Forsberg, A., & Carlsson, S. (2005). Identifiera omvårdnadens metoder – en nödvändighet för implementering av evidensbaserad omvårdnad. *Vård i Norden*, 25(4), 51-55.

Bilaga 1. Sammanställning av ingående artiklar

Reference:	Bradley et al (2004)
Author:	Bradley, E., Schlesinger, M., Webster, T., Baker, D., & Inouye, S.
Title:	Translating research into clinical practice: making change happen.
Source:	Journal of the American Geriatrics Society
Year:	2004
Aim:	To describe the process of adoption of an evidence-based, multifaceted, innovative program into the hospital setting, with particular attention to issues that promoted or impeded its implementation. This study examined common challenges faced by hospitals implementing the Hospital Elder Life Program (HELP) and strategies used to address these challenges
Method:	Qualitative study design based on in-depth, open-ended telephone interviews.
Results:	Six common challenges faced hospital staff: (1) gaining internal support for the program despite differing requirements and goals of administration and clinical staff, (2) ensuring effective clinician leadership, (3) integrating with existing geriatric programs, (4) balancing program fidelity with hospital-specific circumstances, (5) documenting positive outcomes of the program despite limited resources for data collection and analysis, and (6) maintaining the momentum of implementation in the face of unrealistic time frames and limited resources. Strategies perceived to be successful in addressing each challenge are described.
Country:	US

Reference:	Cummings et al (2007)
Author:	Cummings, G., Estabrooks, C., Midodzi, W., Wallin, L., & Hayduk, L.
Title:	Influence of organizational characteristics and context on research utilization.
Source:	Nursing Research
Year:	2007
Aim:	To develop and test a theoretical model of organizational influences that predict research utilization by nurses and to assess the influence of varying degrees of context, based on the Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) framework, on research utilization and other variables.
Method:	The study sample was drawn from a census of registered nurses working in acute care hospitals in Alberta, Canada, accessed through their professional licensing body (n = 6,526 nurses; 52.8% response rate). Three variables that measured PARIHS dimensions of context (culture, leadership, and evaluation) were used to sort cases into one of four mutually exclusive data sets that reflected less positive to more positive context. Then, a theoretical model of hospital-and unit-level influences on research utilization was developed and tested, using structural equation modeling, and 300 cases were randomly selected from each of the four data sets.
Results:	Model test results were as follows-low context: $\chi^2 = 124.5$, $df = 80$, $p < .001$; partially low: $\chi^2 = 144.2$, $p < .001$, $df = 80$; partially high: $\chi^2 = 157.3$, $df = 80$, $p < .001$; and partially low: $\chi^2 = 146.0$, $df = 80$, $p < .001$. Hospital characteristics that positively influenced research utilization by nurses were staff development, opportunity for nurse-to-nurse collaboration, and staffing and support services. Increased emotional exhaustion led to less reported research utilization and higher rates of patient and nurse adverse events. Nurses working in contexts with more positive culture, leadership, and evaluation also reported significantly more research utilization, staff development, and lower rates of patient and staff adverse events than did nurses working in less positive contexts (i.e., those that lacked positive culture, leadership, or evaluation).
Country:	Canada

Reference: French (2005)
Author: French, B.
Title: Evaluating research for research for use in practice: what criteria do specialist nurses use?
Source: Journal of Advanced Nursing
Year: 2005
Aim: This paper reports a study identifying the criteria chosen by nurses to evaluate whether to use research in practice. This work is part of a larger project on the process of research use by nurses.
Method: Three different groups of nurse specialists from a number of health care providers in the North West of England were studied. The specialists were involved in a series of meetings at a local university to construct evidence-based policy recommendations for practice. The discussion was analysed to identify the evaluation criteria they used to assess what should be done in the practical setting.
Results: Three sets of evaluative criteria were identified relating to the research, the task and the fit of the task with the nursing context, and included relevance and quality of the research, effectiveness, practicality, effort and the impact of the task on client and staff, feasibility and fit with the status quo, and the availability of nursing control and feedback from practice. Criteria were domain-, task- and context-specific.
Country: UK

Reference: Gerrish & Clayton (2004)
Title: Promoting evidence-based practice: an organizational approach.
Source: Journal of Nursing Management
Year: 2004
Aim: To examine factors influencing the achievement of evidence-based practice.
Method: A survey by self-completed questionnaire was undertaken with a sample of clinical nurses (n = 330). The questionnaire examined the extent to which nurses utilised different sources of knowledge to inform their practice; perceived barriers to accessing evidence-based information and effecting change in practice; and a self-assessment of core skills necessary to underpin evidence-based practice.
Results: Nurses relied most heavily on experiential knowledge gained through their interactions with nursing colleagues, medical staff and patients to inform their practice. Organisational information in the form of policies and audit reports was drawn upon more frequently than research reports. Lack of time, resources and perceived authority to change practice influenced the extent to which nurses utilised formal sources of evidence. Whereas nurses were relatively well skilled at accessing and reviewing research evidence, they were less confident about their ability to change practice.
Country: UK

Reference: Hutchinson & Johnston (2004)
Author: Hutchinson, A., & Johnston, L.
Title: Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of research utilization in the practice setting.
Source: Journal of Clinical Nursing
Year: 2004
Aim: The aim of this study was to gain an understanding of perceived influences on nurses' utilization of research, and explore what differences or commonalities exist between the findings of this research and those of studies that have been conducted in various countries during the past 10 years.
Method: The questionnaire was administered in 2001 to all nurses (n=761) working at a major teaching hospital in Melbourne, Australia. A 45% response rate was achieved.
Results: Greatest barriers to research utilization reported included time constraints, lack of awareness of available research literature, insufficient authority to change practice, inadequate skills in critical appraisal and lack of support for implementation of research findings. Greatest facilitators to research utilization reported included availability of more time to review and implement research findings, availability of more relevant research and colleague support.
Country: Australia

Reference: Kajermo et al (2001)
Author: Kajermo, K., Nordström, G., Krusebrant, A., & Lützn, K.
Title: Nurses' experiences of research utilization within the framework of an educational programme
Source: Journal of Clinical Nursing
Year: 2001
Aim: To explore nurses' reactions on their experiences of disseminating and implementing research findings in clinical practice within the framework of an educational programme.
Method: Focus groups were used to collect data and a qualitative content analysis was performed. The main themes that were developed were: organizational and leadership issues; acquiring a new role; responses and reactions by others; and orientation to research
Results: Four main themes were found: Organizational and leadership issues; Acquiring a new role; Responses and reactions by others and Orientation to research. This study confirms that research utilization and the change to research-based nursing practice are complex issues which require both organizational and educational efforts.
Country: Sweden

Reference: Markussen (2007)
Author: Markussen, K.
Title: Barriers to research utilization in clinical practice.
Source: Nursing Research & Clinical Studies
Year: 2007
Aim: The aim in writing this article is to study if the literature reveals any evidence that support certain barriers due to research utilization and make some suggestions in minimizing the barriers.
Method: This paper reviews articles from 1995-2005 concerning barriers to research utilization in clinical setting. About 262 articles from scientific nursing journals and allied health field were read and analyzed. 35 are cited in this article
Results: Single barriers has little or no impact on research utilization. Barriers are complex and connected to both organizational, educational and personal characteristics. Interestingly, the findings also indicates that the same top barriers are ranked very similar across countries.
Country: Norway

Reference: McCaughan et al (2002)
Author: McCaughan, D Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T.A., & Thompson, D.
Title: Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making
Source: Journal of Advanced Nursing
Year: 2002
Aim: To examine the barriers that nurses feel prevent them from using research in the decisions they make.
Method: Cross-case analysis involving anonymised qualitative interviews, observation, documentary audit and Q methodological modelling of shared subjectivities amongst nurses.
Results: Four perspectives were isolated that encompassed the characteristics associated with barriers to research use. These related to the individual, organization, nature of research information itself and environment. Nurses clustered around four main perspectives on the barriers to research use: (1) Problems in interpreting and using research products, which were seen as too complex, 'academic' and overly statistical; (2) Nurses who felt confident with research-based information perceived a lack of organizational support as a significant block; (3) Many nurses felt that researchers and research products lack clinical credibility and that they fail to offer the desired level of clinical direction; (4) Some nurses lacked the skills and, to a lesser degree, the motivation to use research themselves. These individuals liked research messages passed on to them by a third party and sought to foster others' involvement in research-based practice, rather than becoming directly involved themselves.
Country: UK

Reference: Olade (2003)
Author: Olade R A.
Title: Attitudes and factors affecting research utilization.
Source: Nursing Forum
Year: 2003
Aim: The purpose of this study was to describe the attitude of nurses in rural settings towards nursing research and the relationship between selected variables and the nurses' attitudes towards research.
Method: A descriptive-correlational study design focused on the attitude of nurses (N = 106) in rural practice setting towards nursing research and the relationship between their attitudes and other factors.
Results: Fewer than a quarter of the nurses in this study had favorable attitudes toward research. Attitudes and interest varied with levels of education and position. Also, the isolation of rural nurses from nurse researchers creates a peculiar barrier to research utilization.
Country: US

Reference: Wallin et al (2006)
Author: Wallin, L., Ewald, U., Wikblad, K., Scott-Findlay, S., & Arnetz, B.
Title: Understanding work contextual factors: a short-cut to evidence-based practice?
Source: Worldviews on Evidence-Based Nursing
Year: 2006
Aim: The objective of this study was to identify predictors of organizational improvement by measuring staff perceptions of work contextual factors.
Method: The Quality Work Competence questionnaire was used in a repeated measurement survey with a 1-year break between the two periods of data collection. The sample consisted of 134 employees from four neonatal units in Sweden.
Results: Over the study period significant changes occurred among staff perceptions, both within and between units, on various factors. Changes in staff perceptions on skills development and participatory management were the major predictors of enhanced potential of overall organizational improvement. Perceived improvement in skills development and performance feedback predicted improvement in leadership. Change in commitment was predicted by perceived decreases in work tempo and work-related exhaustion.
Country: Sweden
