

# Kunnskapsbaserte tjenester i kommunale sykehjem – idealer og realiteter

Nasjonale myndigheter legger vekt på at tjenestene som utøves i helse- og omsorgstjenesten skal være kunnskapsbaserte (1).

## Introduksjon

Det presiseres blant annet at det skal benyttes ny forskning for å styrke relevant kunnskap som kan brukes i planlegging og kontinuerlig kvalitetsforbedring i tjenesteutøvelsen (1, 2). Ifølge Meld. St. 38 (2020-2021) er kommunene lovpålagt å legge til rette for kunnskapsbasert praksis (KBP) (3). KBP omfatter forskning- profesjon- og erfaringsbasert kunnskap, samt kunnskap om pasienters ønsker og behov (4, 5). Gjennom KBP søkes det å øke ansattes bevissthet om sammenhengen mellom kunnskapsinnhenting og beslutningstaking for slik å forbedre kvaliteten i tjenesteutøvelsen (6, 7). KBP er en sentral arbeidsmetode som kan bidra til å sikre forsvarlige kommunale tjenester (8, 9), og det er viktig at sykepleiere lærer seg hvordan de kan søke og anvende relevant kunnskap og kritisk vurdere denne. Det har imidlertid vist seg at det er utfordrende for helse- og omsorgstjenesten å imøtekomme forventningene om KBP (10, 11). Tema for denne studien er å belyse sentrale utfordringer knyttet til arbeidet med KBP i kommunale sykehjem.

Sykehjem har en sentral funksjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ivaretar pasienter med komplekse og sammensatte lidelser (9). I 2018 var det 40 100 plasser i sykehjem og aldersboliger i Norge (12). Private aktører hadde ansvar for drift av 10 % av disse sykehjem- og aldersboligene (13). Virksomhetene som utfører tjenestene har ansvar for å følge med i, og benytte profesjons-, erfarings-, og forskningsbasert kunnskap, samt kunnskap om pasientens behov (1). KBP skal gjennomføres i en kommunal helsetjeneste som siden 1980- tallet har hatt New Public Management (NPM) som det styrende prinsipp. I NPM legges

det vekt på kostnadseffektivitet, resultatoppnåelse, kvalitetsmåling og brukertilfredshet (14, 15). Mange kommuner møter utfordringer knyttet til ledelse i kommunale institusjoner når de søker å imøtekomme myndighetenes krav til kvalitet på de tjenestene som tilbys (16, 17, 18). Når lederes erfaring i hjemmesykepleien, somatikken og sykehjem sammenlignes, viser det seg at sykehjemmene har høyest andel ledere med kort ledererfaring, det vil si, ikke lengre erfaring enn fem år (19). Sammenlignet med somatikken og hjemmesykepleien opplever ledere i sykehjem større økonomiske utfordringer når de søker å yte tjenester som har god kvalitet. Dette kan ha sammenheng med at i sykehjem er arbeidsdagen preget av manglende sykepleiefaglig kompetanse og underbemanning (20). Samtidig får sykehjemmene ansvar for stadig sykere pasienter med komplekse og sammensatte lidelser (21). Ledere gir også uttrykk for at det er utfordrende å gi ansatte mulighet for faglig påbygging og utvikling (19). Forskning viser at sykepleiere i praksisfeltet mangler grunnleggende kunnskaper i KBP (22, 23). Det fremkommer videre at mange sykepleiere er negative til å anvende forskning i yrkesutøvelsen (24, 25). I denne artikkelen belyses følgende problemstilling: Hvilke utfordringer opplever sykehjems ledere og fagutviklingssykepleiere i planlegging og implementering av kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem? Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hva som fremmer og hemmer planlegging og iverksetting av KBP i kommunale sykehjem.

## Teoretisk tilnærming

Sykehjemmet som organisasjon er et sosialt system der det å gi forsvarlige tjenester er et sentralt mål

## FAKTA

Hilde Nordahl-Pedersen, Sven Tore Dreyer Fredriksen\*, Bente Lilljan Lind Kassah\*, Wivi-Ann Tingvoll\*

**Hilde Nordahl-Pedersen**  
Førstelektor, Handelshøyskolen i Harstad, UiT Norges arktiske universitet, Havnegata 5, 9480 Harstad, Norge. E-mail: Hilde.Nordahl-Pedersen@uit.no, Mobil: 903 66 855

**Sven-Tore Dreyer Fredriksen\***  
Førsteamanuensis DrPH, Institutt for helse og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Campus Harstad, Havnegata 5, 9480 Harstad, Norge; Fag- og forskningssykepleier ved Huntingtonnettverket, Knorrebakken 2, 9411 Harstad. E-mail: Sven-Tore.D.Fredriksen@uit.no, Mobil: 990 12 894

**Bente Lilljan Lind Kassah\***, Professor Emerita, Institutt for barnevern og sosialt arbeid, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Havnegata 1, 9480 Harstad. E-mail: Bente.L.Kassah@uit.no, Mobil: 970 88 644

**Wivi-Ann Tingvoll\***  
Dosent Emerita, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Campus Narvik, Lodve Langes gate 2, 8400 Narvik, Norge. E-mail: Wivi-Ann.Tingvoll@uit.no, Mobil: 975 39 555

\*betyr likeverdige forfattere



(26, 27). Når det søkes å ivareta kravet om KBP i sykehjem kan både formelle og uformelle organisasjonsstrukturer ha betydning for hvordan planleggings- og implementeringsprosesser forløper. Den formelle organisasjonsstrukturen viser inndeling i avdelinger, stillinger og formelle regler (28), mens den uformelle strukturen betraktes som ansattes atferd i organisasjonen, basert på felles mønstre av meninger og holdninger (26). Organisasjonsstrukturene kan betraktes som rammeverk for lederes handlingsrom, det vil si de muligheter og begrensninger som ledere opplever i sin utøvelse av lederskap i forbindelse med implementering av KBP (29). Det skilles mellom et formelt og subjektivt handlingsrom. Det formelle handlingsrommet påvirkes og formes i krysningspunktet mellom jobbkrav som mål og tidsfrister, samt begrensninger som formell og uformell struktur (30, 31). Det subjektive handlingsrommet kan betraktes som lederes kompetanse, motivasjon og evne til å se og utnytte muligheter for handling (30, 31). Hvordan ledere opplever sitt handlingsrom når KBP skal implementeres kan variere fordi lederrollen er kompleks og preget av motstridende forventninger knyttet til ansvar både for drift, personell og fag (29, 32). I denne studien betraktes ledelse som aktiviteter som søker å påvirke menneskers atferd, tenkning og holdning (33).

Formålet med KBP er å styrke beslutningsgrunnlaget for profesjonsutøvere i helsesektoren, samt øke bevisstheten om hvor kunnskapen som kan benyttes hentes fra. KBP innebærer at sykepleiere bruker ulike kunnskapskilder i fagutøvelsen for å forbedre kvaliteten i tjenesten. Kunnskap som ikke er oppdatert, kan i verste fall føre til feilbehandling av pasienter. Når KBP benyttes baseres sykepleiefaglige avgjørelser på systematisk innhentet profesjons-, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, samt de ønsker og behov pasienter har i gitte situasjoner (5, 34). Faglig skjønn er alltid en viktig del av sykepleierens vurderinger og beslutningsgrunnlag, og skjønnsutøvelsen er basert på kunnskap, som også inkluderer etiske vurderinger, profesjonserfaringer og pasientens situasjon (35).

Kompetanse kan betraktes å være sammensatt av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som er nødvendige for å utføre tjenesteoppgaver i henhold til definerte krav og mål (36). Kunnskap kan være både eksplisitt og taus. Ifølge Polanyi (37), kan eksplisitt kunnskap verbaliseres, og kunnskapen settes ofte i system gjennom strukturer, rutiner og prosedyrer. Taus kunnskap er kjennetegnet av at den vanskelig lar seg verbalisere da kunnskapen ofte er internalisert (37). Det vil si at kunnskapen er blitt en del av den enkelte tjenesteutøvers virkelighetsforståelse og virker styrende på blant

**Sammendrag:**

Norske kommuner er lovpålagt å legge til rette for kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem. I denne artikkelen belyses utfordringer som sykehjemsledere og fagutviklingssykepleiere opplever når de søker å planlegge og implementere kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem. Det er gjennomført kvalitative intervju med åtte informanter fra syv kommunale sykehjem. Funnene viser at det savnes kommunale insentiver og tilrettelegging for å innføre kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem, som tilgang på vitenskapelige databaser eller vektlegging av kunnskapsbasert praksis ved kommunale stillingsutlysninger. Funnene viser også at det er uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til hvordan kunnskapsbasert praksis kan ivaretas i sykehjem. Sykehjemslederne har ikke fulgt opp sitt lovpålagte ansvar om implementering av kunnskapsbasert praksis, noe som har bidratt til mangelfull kompetanse, skjøre faglige miljø og nettverk knyttet til kunnskapsbasert praksis.

**Nøkkelord:** kunnskapsbasert praksis, sykehjemsledere, handlingsrom, læring, fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

**Abstract:**

Norwegian municipalities are required by law to facilitate knowledge-based practice in municipal nursing homes. This article highlights the challenges nursing home managers and nurses responsible for developing the nursing profession experience when they seek to plan and implement the knowledge-based practice in municipal nursing homes. Qualitative interviews were conducted with eight informants from seven municipal nursing homes. The findings indicate a lack of incentives, including access to scientific databases and emphases on a knowledge-based approach in municipal job advertisements, to facilitate the introduction of knowledge-based practice in municipal nursing homes. Also, the findings show an unclear allocation of roles and responsibilities concerning how knowledge-based practice can be implemented in nursing homes. Nursing home managers have not followed the regulations and guidelines for implementing knowledge-based practice due to a lack of competence, a fragile professional environment and networks linked to knowledge-based practice.

**Keywords:** knowledge-based practice, nursing home managers, managerial discretion, learning, phenomenological hermeneutic approach.

annet problemforståelse, oppgaveløsning og samhandling. Når det gjelder arbeidet med KBP vil trolig eksplisitt kunnskap være mer tilgjengelig enn taus kunnskap når det skal utvikles en syntese mellom profesjon-, forskning-, erfaring- og bruker kunnskap. En syntese kan betraktes som en sammenfatning av enkeltelementer, i dette tilfellet ulike kompetanser, som danner et helhetlig kunnskapsfundament som gir grunnlag for å utvikle faglige ordninger som kan bidra til økt kvalitet i utøvelsen av sykepleie.

KBP handler særlig om systematisering av kunnskap for å oppnå læring i sykehjemmet. I denne artikkelen betraktes læring som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen (38). Personlig læring kan påvirkes av ansattes indre motivasjon, det vil si en indre drivkraft for læring. Ytre motivasjon omhandler den belønningen som gis etter endt ytelse (39), og i forhold til KBP kan belønning for eksempel gis i form av tidsressurs og tilbud om kompetanseheving for ansatte i sykehjem. Begrepet prososial motivasjon som handler om å gjøre noe godt for andre, uten å forvente noe igjen (40), kan også bidra til å belyse både individuell og organisatorisk læring.

Læring i organisasjoner karakteriseres av ulike former for læring, der enkeltkretslæring bidrar til å justere eksisterende prosedyrer og rutiner (41). I enkeltkretslæring er målene eller verdiene som styrer atferden tatt for gitt. Dobbelkretslæring derimot innebærer muligheter for mer radikale endringer og innebærer at det stilles spørsmål om organisasjonens mål og verdier bør revideres. Den viktigste forskjellen mellom enkeltkrets- og dobbeltkretslæring er viljen til konstant å vurdere og sette spørsmålsteget ved de mål og verdier som settes i sykehjemmet (41).

#### Metode

Denne studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, og Kvale og Brinkmanns (42) tilnærming ligger til grunn for både datainnsamling og analyse. I denne tilnærmingen legges det vekt på mening og forståelse av menneskelige opplevelser, erfaringer og handlinger.

#### Tilnærming til forskningsfeltet

Det ble valgt ut tre bykommuner i Norge. To av forskerne valgte ut aktuelle sykehjem og fordelte

disse mellom seg med tanke på gjennomføring av intervjuene. Begge forskerne var sykepleiere og hadde god kjennskap både til kommunehelse-tjenesten og til sykehjem. Sykehjemslederne ble i telefonsamtaler informert om hensikten med prosjektet. Det ble samtidig opplyst om at det var ønskelig å benytte individuelle dybdeintervju i datainnsamlingen. Alle sykehjemslederne som ble forespurt kommenterte at studien var viktig og de

---

## «Fagutviklingssykepleiere har et spesielt ansvar for å følge opp sykehjemsledernes føringer med hensyn til å bygge opp kompetansen i avdelingen, blant annet planlegging og implementering av KBP i sykehjem»

---

ønsket å delta. Sykehjemslederne kontaktet egne fagutviklingssykepleiere og begge faggruppene bekreftet i etterkant at de ønsket å delta i studien, og tid for gjennomføring av intervju ble avtalt. Sykehjemslederne og fagutviklingssykepleierne fikk også velge om de ville foreta intervjuene på, eller utenfor arbeidsstedet. Alle valgte å ha intervjuene på arbeidsstedet.

I studien inngikk åtte informanter; fire sykehjemsledere og fire fagutviklingssykepleiere fra syv kommunale sykehjem. Bakgrunnen for denne utvelgelsen er at det kan variere hvem som har fagutviklingsfunksjoner som ansvarsområde i ulike sykehjem, men det er sykehjemslederne som har det overordnede ansvar for kunnskapsutvikling. Fagutviklingssykepleiere har et spesielt ansvar for å følge opp sykehjemsledernes føringer med hensyn til å bygge opp kompetansen i avdelingen, blant annet planlegging og implementering av KBP i sykehjem. I et av sykehjemmene deltok både sykehjemsleder og fagutviklingssykepleier i intervjuet. I de andre institusjonene var det enten





sykehjemsleder eller fagutviklingssykepleier som ble intervjuet. Alle informantene var kvinner og hadde varierende fartstid i rollen som ledere og fagutviklingssykepleiere i sykehjem. Noen informanter hadde bachelorgrad, mens andre hadde videreutdanning, eller mastergrad i sykepleie. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD-sikt).

#### **Datainnsamling**

Datainnsamlingen foregikk ved bruk av semistrukturerte dybdeintervju, hvor fokuset var å få tak i informantens erfaringer knyttet til KBP (42). I intervju situasjonen ble det lagt opp til en åpen samtale hvor det ble stilt spørsmål til informantene og hvor forskerne fulgte opp svarene med relevante utdypningsspørsmål (43). Det ble gitt mulighet for fleksibilitet med tanke på endring av rekkefølge og formulering av spørsmålene som ble stilt. På denne måten kunne man forfølge svarene og historiene som ble fortalt av intervjupersonen. Semistrukturerte intervju ble valgt i denne studien fordi det gir fleksibilitet i samtalen og det er rom for informantens egne innspill. Semistrukturen inneholdt tre hovedområder; ledernes opplevde muligheter og begrensninger i arbeidet med KBP, organisering av arbeidet med KBP og kompetanse. Alle intervjuene ble startet med et innledende spørsmål: «Hvilke

muligheter og begrensninger opplever du som sykehjemsleder/fagutviklingssykepleier når du skal planlegge for og iverksette KBP i kommunale sykehjem?». Intervjuene varierte fra mellom 60-90 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på båndspiller og transkribert i etterkant.

#### **Analyse av data**

Intervjuene ble gjennomlest av alle fire forskerne. Hensikten var å få en overordnet forståelse av datamaterialets innhold. Kvale og Brinkmanns (42) fenomenologiske-hermeneutiske analyse omfatter tre faser; egenforståelse, allmenn forståelse og teoretisk fortolkning. Ved en første grundig gjennomlesning gjennomførte forskerne en overordnet fortolkning av informantens svar på spørsmålene knyttet til de semistrukturerte tema i intervjuguiden. I fase to benyttet forskerne aktuell kunnskap og egen forforståelse for å bygge videre på informantens svar for å utvikle en forståelse av deres opplevelser og erfaringer. Med dette som grunnlag ble det utviklet ulike temaer som dannede strukturen i en mer allmenngyldig forståelse. I den tredje fasen var teoretisk fortolkning sentral i søken mot dybdeforståelse. I presentasjonen av funnene inngår både analysefase en og to, mens fase tre utgjør diskusjonsdelen i artikkelen.



## Forskningsetikk

Alle informantene underskrev informert samtykke, hvor det blant annet framkom at informantene skulle anonymiseres og at de kunne trekke seg fra studien når som helst.

## Presentasjon av funn

Følgende hovedtema ble utviklet gjennom dataanalysen; 1) Uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til KBP, 2) Mangelfull kompetansedeling og skjøre faglige nettverk, 3) Manglende kommunalt ansvar.

### Uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til KBP

Empirien viser at det er manglende oppmerksomhet i forhold til hvordan kunnskapsbaserte tjenester kan ivaretas i sykehjemmet. Sykehjemsledernes erfaringer viser at det er utfordrende å motivere sykepleierne til å ta ansvar for kunnskapsbaserte tjenester. Fagutviklingssykepleierne ser ut til å ha lignende erfaringer, og en av dem uttrykker det slik (Informant 1): «Ja, jeg syns vel det er vanskelig å få sykepleierne, enkelte sykepleiere, til å tenke forskning ... og bare det at de har et ansvar for å oppdatere seg selv, også». En sykehjemsleder (informant 7) forteller: «Vi mangler [...] noen som virkelig brenner for det [KBP] og setter det på dagsordenen». Samtidig gir informanten uttrykk for at de har «[...] vært for dårlig å kommunisere ut at vi ønsker at denne kunnskapen [KBP] skal dere være med på å videreføre ut til de andre. Så der ser jeg en sånn svakhet». En annen sykehjemsleder (informant 8), som kan være representativ for flere, gav uttrykk for at sykehjemslederne og fagutviklingssykepleierne har en mangelfull forståelse for hva KBP er og innebærer.

Det fremkommer videre at eksisterende roller ikke er tillagt et ansvar for KBP, og det er heller ikke etablert nye roller som er tillagt dette ansvaret. Samtidig er det ikke utviklet faste ordninger for å sette det på dagsorden. En av sykehjemslederne (Informant 5) sier:

[...] vi har ikke noen fagutvikler eller noen pådrivere på faget. [...] Det er for mange kokker, og for få som har fag som fokus, for lite fagutvikling [...] det er ikke kultur for det, og det er ikke noe snakk om det.

En fagutviklingssykepleier (informant 1) forteller: «Jeg mener som fagsykepleier at leder burde komme med en bestilling til fagsykepleier på hva

som trengs spesifikt for sine avdelinger og hvilken opplæring vi ønsker å gi».

## «[...] når ansatte velger å ta videreutdanninger, så har vi for lite forventninger til hva de kanskje kan bidra med på de forskjellige arbeidsplassene»

Empirien tyder på at informantene i liten grad tar ansvar for å tilrettelegge og implementere KBP i sykehjemmet, ansvaret forskyves til den enkelte ansatte. Empirien tyder videre på at sykehjemslederne og fagutviklingssykepleierne har en mangelfull forståelse for meningsinnholdet i KBP og hva denne arbeidsmetoden kan innebære for kvaliteten i tjenesteutøvelsen.

### Mangelfull kompetansedeling og skjøre faglige nettverk

Empirien viser at ansatte i flere avdelinger har spesialkompetanse innenfor ulike sykepleiefaglige områder, som for eksempel innenfor tannhygiene og smertebehandling, men kompetansen blir sjelden delt i praksisfellesskapet.

En sykehjemsleder (informant 7) påpeker: «[...] når ansatte velger å ta videreutdanninger, så har vi for lite forventninger til hva de kanskje kan bidra med på de forskjellige arbeidsplassene. Der har vi for dårlige systemer». En sykehjemsleder (informant 5) forteller: «[...] vi har ikke et system som gjør at vi er flinke til å benytte oss av den kunnskapen som den personen har, nei».

En sykehjemsleder (informant 7) forteller:

Jeg har på en måte prøvd å få dem [med master] på banen, til å lage opplegg, for eksempel internundervisning for andre, men har møtt veldig motvilje. [...] til tross for at de i stor grad blir kompensert for å ta den utdanningen [...] jeg har opplevd veldig lite villighet for å dele denne kunnskapen.

Informantene forteller at de i liten grad setter av tid til fagdager og at noen bør ha ansvar for å orga-



nisere dette arbeidet. En fagutviklingssykepleier (informant 3) gir uttrykk for at:

Det [fagdager] har ikke vært noe som har vært praktisert, men det er noe vi har snakket om at vi har lyst å få til. Gjerne planlagt i turnus med årlige fagdager. [...] Det at det er noen som har den røde tråden i det faglige på huset, er kjempeviktig.

En fagutviklingssykepleier (informant 1) sier:

Jeg har lyst på faste planer for undervisning. Jeg kunne tenkt meg at det er eksterne som kommer inn og underviser. Ikke bare jeg eller Sara [fiktivt navn]. Men at vi får undervisning fra flere hold og andre synsvinkler og ... jeg tror jo det motiverer mange til å begynne å jobbe her, at de ser at ... man kan oppdatere seg her også.

Empirien viser at det ikke er utviklet faglig samarbeid mellom avdelingene i sykehjem eller mellom sykehjem. En fagutviklingssykepleier (informant 2), forteller: «Vi har ingen faglige nettverk i sykehjemmet». En sykehjemsleder (informant 7) påpeker: «Å bruke de [sykepleierne] på tvers av bogrupperne og sånt for å øke kompetansen på de øvrige sykepleierne, det er nok absolutt noe vi kunne blitt flinkere på».

Empirien tyder på at det er et ønske om å systematisere faglig læring og samarbeid innen den enkelte avdeling, mellom avdelinger og mellom sykehjem. Funnene tyder på at det er vanskelig å få til samarbeid på grunn av skjøre eller manglende faglige nettverk, samt liten vilje blant flere ansatte til å dele kunnskap.

#### **KBP - kommunens rolle**

Lederne i sykehjemmene forteller at de opplever kommunens rolle som utfordrende i forhold til tilrettelegging av KBP i kommunale sykehjem. På spørsmålet om hva kommunen har kommunisert i forhold til innføringen av KBP, sier en fagutviklingssykepleier (informant 6): «[...] ikke noe som jeg vet om, som de har gjort. Der vet jeg ikke om de har gjort noe i det hele tatt».

Vitenskapelige databaser er en vanlig kilde for å tilegne seg kunnskap om forskning innenfor ulike områder, men på spørsmålet om kommunen har gitt tilgang til vitenskapelige databaser er svaret fra en av sykehjemslederne (informant 5) representativt for samtlige informanter: «*Nei, ikke som jeg er kjent med i hvert fall*».

Empirien viser at det heller ikke i kommunale utlysninger etterspørres kompetanse om KBP, og/

eller masterkompetanse. En fagutviklingssykepleier (informant 6) sier:

Vi ønsker selvfølgelig å øke kompetansen, men vi har ikke [...] bestemt at vi ønsker å få så mange utdannede og ha en mastergrad. Kommunen har sviktet i forhold til å skaffe sykepleiere med masterkompetanse som kunne lede kunnskapsbasert praksis.

En annen sykehjemsleder (informant 7) forteller at: «Det står ikke i den utlysningsteksten. Det er jo en sånn standard utlysningstekst som brukes i kommunen, og det står ikke noe om det».

Empirien viser at lederne er opptatt av at tjenestene skal være preget av kvalitet, men de tre elementene som inngår i KBP er ikke en del av kvalitetstenkningen. En sykehjemsleder (informant 5) hevder at:

Vi er opptatt av å levere kvalitet, for det står høyt, at det skal være kvalitet over det vi gjør, men det blir ikke knyttet opp mot forskningsbasert kunnskap og Samhandlingsreformen, altså de ordene blir ikke nevnt. Det blir liksom opp til oss hvordan vi løser det.

Funnene kan forstås som om at kommunen fraskriver seg sitt ansvar for å følge opp politiske pålegg om å tilrettelegge for KBP i kommunale sykehjem. Kommunens manglende engasjement blir også synlig gjennom manglende opplæring i KBP som arbeidsmetode, mangelfulle stillingsutlysninger og ansatte har liten eller ingen tilgang på vitenskapelige databaser i arbeidssammenheng.

#### **Diskusjon**

Vi vil i det følgende diskutere hvilke utfordringer sykehjemsledere og fagutviklingssykepleiere opplever i planlegging og implementering av kunnskapsbasert praksis i kommunale sykehjem. Temaene blir diskutert i følgende rekkefølge: Manglende kommunalt ansvar, uklar rolle- og ansvarsfordeling i forhold til KBP, mangelfull kompetansedeling og skjøre faglige nettverk.

#### **Manglende kommunalt ansvar**

Empirien viser at kommunenes ansvarsfraskrivelse bidrar til at hverken Samhandlingsreformens føringer eller lovpålagte krav knyttet til KBP i sykehjem blir ivaretatt (3, 2, 1). Funnene viser at ansvarsfraskrivelsen får omfattende følger for det formelle handlingsrom som sykehjemsledere og fagutviklingssykepleiere har for å imøtekomme



føring og lovpålagte krav om KBP i tjenesteutøvelsen. Det formelle handlingsrommet blir begrenset fordi kommunene ikke gir tilbud om ressurser i form av for eksempel tid eller kompetanseheving i forhold til KBP. Samtidig begrenses det formelle handlingsrommet av lav normering av sykepleiestillinger og ubesatte sykepleiestillinger, noe som kan bidra til at sykehjemslederne ikke prioriterer å sette i gang KBP og påfølgende kvalitetsutviklingsprosesser (3, 2). Sykehjemsledernes begrensede formelle handlingsrom kan slik føre til at de ikke ivaretar sitt ansvar i forhold til KBP, noe som kan betraktes som en ansvarsfraskrivelse også i sykehjemmet. Det er mulig at sykehjemsledernes ansvarsfraskrivelse er et svar på et krysspess som fremkommer på grunn av formelle pålegg om å implementere KBP, samtidig som de skal ivareta forventningene om drift, personell og fag (29, 7, 32). Kommunens ansvarsfraskrivelse kan ytterligere legitimere sykehjemsledernes ansvarsfraskrivelse og kan slik bidra til at de ikke evner å benytte sitt subjektive handlingsrom for å implementere KBP

i en hektisk arbeidshverdag. Samhandlingsreformens føring blir gjennom dette ikke fulgt opp.

Ansvarsfraskrivelsen som ser ut til å foregå både på overordnet kommunalt nivå og på ledernivå i sykehjem kan slik ha betydning for manglende fagkompetanse, svake fagmiljø og fravær av faglige nettverk knyttet til KBP. Dette kan bidra til begrenset nytenkning og kvalitetsutvikling i tjenesteutøvelsen.

#### **Uklar rolleforståelse og manglende kunnskapsdeling**

Empirien tyder på at sykehjemsledernes utøvelse av ledelse preges av normer der praktisk erfaring og drift får størst oppmerksomhet, noe som kan bidra til at den teoretiske og akademiske kunnskapen knyttet til KBP kommer i bakgrunnen (44). KBP er fraværende som faglig diskusjonstema og er ikke tatt opp hverken på faglige eller administrative møter. Dette kan ha sammenheng med at sykehjemslederne ikke prioriterer arbeidet med å utvikle roller som kan ha et klart ansvar for å tilret-



telegge for, og motivere til KBP (32). Det er mulig at sykehjemsledernes ansvarsfraskrivelse bidrar til å begrense fagutviklingssykepleierne formelle handlingsrom og forventningene som rettes mot rollen med hensyn til KBP kan fremstå som uklare eller fraværende. Manglende eller uklare forventninger innebærer trolig at det ikke blir tilrettelagt for teoretisk innføring i KBP som arbeidsmetode for å heve kompetansen i sykehjemmet med tanke på økt kvalitet i tjenesteutøvelsen. Det rettes hel-

## «Uklart ansvar og manglende roller i forhold til KBP bidrar trolig til svak kompetanseheving og mangelfull utvikling av rutiner og prosedyrer»

ler ikke forventninger mot sykepleiere som har masterkompetanse om å dele relevant kunnskap i forhold til KBP, samtidig som det også fremkommer at sykepleiere med masterkompetanse ikke føler seg forpliktet til å bidra med sin kunnskap i fagfellesskapet. Masterkompetanse forblir ofte en individuell kunnskap som ikke blir gjort eksplisitt (37) til tross for at det er behov for denne kompetansen i sykehjemmet, noe som også andre studier viser (20). Mangelfull kunnskapsdeling tyder på at den prososiale motivasjonen er svak (40), og det er heller ikke utviklet ytre insentiver som kan bidra til et ønske om kunnskapsdeling. Det blir med andre ord ikke arbeidet systematisk med utvikling av roller, faglige rutiner og prosedyrer som kan ivareta KBP.

Uklart ansvar og manglende roller i forhold til KBP bidrar trolig til svak kompetanseheving og mangelfull utvikling av rutiner og prosedyrer. Dette kan bidra til at den enkelte sykepleier ofte må gjøre individuelle vurderinger når det er behov for tiltak i forhold til pasienter. Disse vurderingene er basert på egen kompetanse og utøvelse av skjønn som bygger på både taus- og eksplisitt kunnskap. Når den enkelte sykepleier blir stående alene med sine vurderinger, gis det lite rom for erfaringsdeling som kan bidra til at taus kunnskap blir delt og noen ganger verbalisert (37). Det at flere

sykepleiere gjør individuelle vurderinger og har et individuelt ansvar for pasienttiltak, kan bidra til svekket informasjonskontinuitet i tjenesteutøvelsen (45), fordi deres vurderinger ikke deles i et fagfellesskap. Informasjonskontinuitet innebærer at relevant informasjon om pasienter alltid er tilgjengelig for tjenesteutøvere som har behov for denne informasjonen. Når KBP som arbeidsmetode ikke benyttes i sykehjemmet, kan dette gå på bekostning av utvikling av regler og prosedyrer som kan gjøres tilgjengelig gjennom informasjonssystemer som kan gi sykepleierne kontinuerlig og relevant informasjon om den enkelte pasient. Dette fordi KBP som arbeidsmetode bidrar til å systematisere og syntetisere profesjon- forskning og erfaringsbasert kunnskap, samt kunnskap om pasienters ønsker og behov i den enkelte situasjon. Tjenesteutøvelsen foregår innenfor NPMs rammeverk der sykehjemsledere har et selvstendig ansvar for å legge til rette for strukturer som kan styre adferden i retning av kompetanseheving og kvalitet i tjenesteutøvelsen (33, 46). Empirien viser imidlertid at sykehjemslederne ikke ivaretar sitt ansvar med hensyn til KBP, noe som kan forstås som om at føringene innenfor NPM ikke blir ivaretatt.

En tjenesteutøvelse preget av individuelt ansvar kan føre til etiske dilemmaer og emosjonelt arbeid (47). Emosjonelt arbeid oppstår når sykepleiere opplever et gap mellom de forventninger som rettes mot dem i tjenesteutøvelsen, og det de selv kjenner at de er i stand til å yte til enhver tid (48). Et individuelt ansvar kan bidra til emosjonelt arbeid knyttet til etiske utfordringer når sykepleierne individuelt skal beslutte hvilke tiltak som skal iverksettes. Emosjonelt arbeid over tid kan trolig også ha betydning for hvor lenge sykepleiere velger å bli i sin stilling i sykehjemmet.

Manglende systematikk i arbeidet med kunnskapsutvikling bidrar til begrenset organisatorisk læring i sykehjemmene og den felles kunnskapsbasen blir begrenset (38). Når det ikke blir etablert formelle organisasjonsstrukturer for KBP, kan det skape utfordringer i forhold til læring både på et individuelt og organisatorisk nivå, samt utfordringer i forhold til kvalitet på tjenesteutøvelsen. Dette kan føre til at læringsprosessene i sykehjemmene preges av enkeltkretslæring, det vil si små, stegvise endringer som kan gi svak faglig utvikling (38, 41). Enkeltkretslæring vil neppe være tilstrekkelig for å få til KBP. Dette fordi denne arbeidsformen baserer



seg på en sammenfatning av brukernes behov og erfaringer, utøvernes profesjons-, forsknings-, og erfaringskunnskap som grunnlag for å utvikle faglige rutiner og prosedyrer (5). Metoder for KBP er både omfattende og krevende, og berører fundamentet for tjenesteutøvelsen. Det er mulig at for å lykkes med å få til syntesen mellom kunnskapsdimensjonene (36) i KBP kan dobbeltkretset læring være nødvendig. Ved dobbeltkretset læring stilles det spørsmål om verdigrunnet som tjenesteutøvelsen er tuftet på, er riktig i forhold til politiske føringer og pålegg (41). Dobbelkretset læring kunne gi mulighet for å imøtekomme Samhandlingsreformens (1) krav til faglig kvalitet i tjenesteutøvelsen.

Manglende insentivsystemer kan også ha betydning for hvorfor både individuell og organisatorisk læring er begrenset i sykehjemmene. Et samspill mellom indre, og ytre motivasjon i form av insentiver (39, 49), kan være viktig for å få i gang organisatoriske utviklingsprosesser for kunnskapsdeling, samt individuell og organisatorisk læring. Empirien viser imidlertid at ytre insentiver i form av for eksempel etablering av solide fagmiljø, nettverksbygging, praksisfellesskap, tilgang til vitenskapelige databaser, samt ressurser for arbeidet med kunnskapsbasert praksis, er fraværende. Den kommunale ansvarsfraskrivelsen bidrar til at det ikke blir lagt til rette for formelle system for læring.

Det kan stilles spørsmål om hva som er årsakene til at politisk og administrativ ledelse i kommunen ser ut til å fraskrive seg ansvaret for tilrettelegging for KBP. Det kan muligens være manglende kunnskap blant disse aktorene, og begrenset kunnskap gir et begrenset handlingsrom. Premissene som politiske prioriteringer hviler på kan være lite utredet og kunnskapssvake, og resultatet kan bli slik som denne studien viser; en ansvarsfraskrivning på flere nivåer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og KBPs potensiale blir i liten grad realisert. Spørsmålet er om det kanskje også her er nødvendig med en kunnskapsoppdatering knyttet til KBP hos både politisk og administrativ ledelse slik at handlingsrommet for politiske beslutninger på kommunalt nivå kan utvides.

### Oppsummering

Studiens problemstilling var å belyse hvilke utfordringer sykehjemsledere og fagutviklingssykepleiere opplever i planlegging og implementering av

KBP i kommunale sykehjem. Hovedfunnet viser kommunal ansvarsfraskrivelse i forhold til å følge opp politiske pålegg. Ansvarsfraskrivelsen kommer til uttrykk gjennom fravær av insentiver og manglende tilrettelegging i forhold til implementering av KBP som arbeidsmetode i kommunale sykehjem. Kommunens ansvarsfraskrivelse ser ut til å ha en smitteeffekt som synliggjøres gjennom at sykehjemsledernes formelle og subjektive handlingsrom begrenses, og de vegrer seg eller prioriterer ikke å implementere KBP, selv om dette er en lovpålagt oppgave. De empiriske funnene reiser nye spørsmål i forhold til videre forskning. Et sentralt område som fremkommer kan knyttes til kommunal ansvarsfraskrivelse i forhold til lovpålagte oppgaver i helse- og omsorgstjenesten.

### Litteratur

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/2>. Meld. St. 10 (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
2. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/3>. Meld. St. 38 (2020-2021). Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.
3. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>
4. Helseinspektøren (2018). De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet [nettdokument]. Helseinspektøren (sist faglig oppdatert 30. januar 2018, lest 28. mai 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helseinspektoren.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>
5. Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L. (2012). Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Akribe.
6. Helsebiblioteket. (2021). Kunnskapsbasert praksis (sist faglig oppdatert 17. september 2021, lest 28. mai 2023). Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
7. Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. Nordisk sygeplejeforskning, 7(3), 195-208. <https://doi.org/10.18261/isn.1892-2686>
8. Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
9. Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
10. Persson, H. Å., Ahlström, G. & Ekwall, A. (2022). Professionals' readiness for change to knowledge-based palliative care at nursing homes: a qualitative follow-up study after an educational intervention. *MBC Palliative Care*, 21(132). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01018-y>
11. Ahlström, G., Nilsson, P., Benzein, E., Behm, L., Wallerstedt, B., Persson, M. & Sandgren, A. (2018). Implementation of knowledge-based palliative





- care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol. *BMC Palliative Care*. 17(52). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0308-2>
12. Wettergreen, J., Ekornrud, T. & Abrahamson, D. (2019, 17. september). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Statistisk sentralbyrå. Hentet 28. mai 2023 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
13. Næringslivets hovedorganisasjon. (2023). Om du trenger sykehjem eller hjelp hjemme. Hentet 28. mai fra <https://www.nho.no/tema/proffentlig/alderdom/>
14. Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg. *Magma. Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, 1, 65-72.
15. Hernes, G. (2007). Med på laget: om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen. (FAFO-rapport 9). Fafo. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/med-pa-laget>
16. Forsberg, A. (2016). Omvårdnad på akademisk grund: att utvecklas och ta ansvar (1. utg.). Natur & kultur Akademisk.
17. Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
18. Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC nursing*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>
19. Norsk sykepleierforbund. (2022). Førstelinjeledere i døgkontinuerlige virksomheter (NSF Rapport 1021942). Agenda Kaupang. <https://www.nsf.no/rapport/forstelinjeledere-i-dognkontinuerlige-virksomheter-agenda-kaupang-2022>
20. Mæhre, K. S. (2017). «Vi må ha hjelp!» Pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en forsterket sykehjemsavdeling etter Samhandlingsreformen [Doktoravhandling]. Nord universitet.
21. Pedersen, K. R. & Tingvoll, W.-A. (2021). Utøvelse av kunnskapsbasert praksis i sykehjem. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (red.). (2021). *Handlingsrom for profesjonalisert velferd. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (s. 155-175). Cappelen Damm Akademisk.
22. Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins.
23. Pravikoff, D. S., Tanner, A. B. & Pierce, S. T. (2005). Readiness of US Nurses for Evidence-Based Practice: Many don't understand or value research and have had little or no training to help them find evidence on which to base their practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 105(9), 40-51. <https://doi.org/10.1097/00000446-200509000-00025>
24. Smith-Strøm, H., Oterhals, K., Rustad, E. C. & Larsen, T. (2012). Culture clash regarding nursing students' experience of implementation of EBP in clinical practice. *Vård i Norden*, 32(4), 55-59. <https://doi.org/10.1177/010740831203200412>
25. Cilliska, D. (2005). Educating for Evidence-Based Practice. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 345-50. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.008>
26. Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2019). Hvordan organisasjoner fungerer (5. utg.). Fagbokforlaget.
27. Etzioni, A. (1982). *Moderne organisasjoner* (1. utg.). Tanum.
28. Selznick, P. (1984). *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. University of California Press.
29. Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W.-A. (2021). Utøvelse av ledelse i kommunale sykehjem – handlingsrommets betydning. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen og W.-A. Tingvoll (red.). *Handlingsrom for profesjonalisert velferd. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (s. 131-153). Cappelen Damm Akademisk.
30. Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen, H. og Tingvoll, W.-A. (2021). Antologiens sentrale begreper og perspektiver. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen og W.-A. Tingvoll (red.). *Handlingsrom for profesjonalisert velferd. Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (s. 9-25). Cappelen Damm Akademisk.
31. Espedal, B. og Kvitastein, O. A. (2012). Rom for læring: Betydningen av handlingsrom for ledelse. *Magma – tidsskrift for økonomi og ledelse*, 15(8), 30-39. <http://hdl.handle.net/11250/282754>
32. Martinussen, W. (2008). *Samfunnsliv. Innføring i sosiologisk tenkemåter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
33. Yukl, G. (2019). *Leadership in organizations* (8. utg.) Pearson.
34. Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzolt, F., Burls, A. & Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>
35. Martinsen, K. (2005). Samtalen, skjønnet og evidensen (1. utg.). Akribes.
36. Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
37. Polanyi, M. (2009). *The tacit dimension*. University of Chicago Press.
38. Argyris, C. (1977). *Double Loop Learning in Organizations*. *Harvard Business Review*, 55(5), 115-125. [https://www.academia.edu/download/33422921/08\\_Argyris\\_doublelooplearning.pdf](https://www.academia.edu/download/33422921/08_Argyris_doublelooplearning.pdf)
39. Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivation: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary educational psychology*, 25. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
40. Buch, R., Dysvik, A. & Kuvaas, B. (2016). Produktiv motivasjon i arbeidslivet (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
41. Argyris, C. & Schon, D. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Addison-Wesley.
42. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
43. Fog, J. (1999). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervju*. Akademisk Forlag.
44. Tingvoll, W.-A., Pedersen, K. R. & Nymo, R. I. J. (2018). Ny praksismodell gjorde studentene bedre i ledelse og organisering. *Sykepleien Forskning*, 13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73575>
45. Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., Haggerty, J. & Tarrant, C. (2007, juni). Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? (Report by National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D). NCCSDO. <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2027553>
46. Kassah, B. L. L., Tingvoll, W.-A. & Fredriksen, S.-T. D. (2014). Samhandling – sykepleieledere og bestiller-utførelsenhet. *Geriatrisk sykepleie*, 6(3). <https://sykepleien.no/2014/12/geriatrisk-sykepleie>
47. Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. & Fredriksen, S.-T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, 30(95), 29-33. <https://doi.org/10.1177/010740831003000107>
48. Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
49. Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American psychological association*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>