



**Karolinska
Institutet**

Evidensbaserad praktik i företagshälsovården

Nationell undersökning om kunskap, attityder,
hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning.

Projektgrupp:

Fil dr Elisabeth Björk Brämberg¹, projektledare

Med dr Teresia Nyman^{1,2,3}

Fil dr Jan Hagberg¹

Fil mag Hanna Bonnevier¹

Projektassistent Eva Nilsson¹

Med dr Lydia Kwak¹

Docent Gunnar Bergström^{1,2}

Med dr Ulric Hermansson^{1,4}

Docent Liselotte Schäfer Elinder^{1,5,6}

Professor Irene Jensen¹, projektansvarig

¹Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet

²Centrum för arbets- och miljömedicin, enheten för arbetshälsa, Stockholms läns landsting

³Enheten för ergonomi, Kungliga tekniska högskolan

⁴Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

⁵Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

⁶Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Studien har finansierats med anslag från AFA-försäkring och FORTE. Projektgruppen riktar ett tack till följande personer som har genomfört de intervjuer som ingår i studien: Ida Andersson, Karin Brattberg, Roar Eriksen, Emma Hasselkvist, Anna Lindh, Susanne Öhman.

Stockholm maj 2015

Denna rapport refereras till enligt följande: Björk Brämberg, E., Nyman, T., Hagberg, J., Bonnevier, H., Nilsson, E., Kwak, L., Bergström, G., Hermansson, U., Schäfer Elinder, L., Jensen, I.B. *Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. Nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer – en treårsuppföljning*. Rapport 2: 2015. Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet. Stockholm 2015.

Copyright enligt creative commons



Innehåll

Sammanfattning	5
Slutsatser.....	6
Inledning	7
Bakgrund	8
Evidensbaserad praktik (EBP).....	8
Företagshälsovård (FHV)	10
Akademisering av yrkesutbildningar	10
Utbildning inom kunskapsområdet företagshälsovård	11
Syfte	12
Metod	12
Population.....	12
Procedur.....	12
Webbaserad enkät.....	13
Mätmetod.....	14
Kvalitativa intervjuer med chefer inom FHV	14
Dataanalys	15
Statistisk analys	15
Analys av kvalitativa intervjuer och öppna svar i enkäten	15
Etiska överväganden.....	16
Resultat	16
Beskrivning av svarsgruppen.....	16
Individens intresse, behov och möjligheter att arbeta evidensbaserat	17
Individens inhämtning av ny kunskap och information	19
Organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik.....	21
Kvalitativa intervjuer med chefer inom FHV	23
Medarbetarnas intresse och ansvar för EBP	23
Tid och resurser för EBP	24
Personalkontinuitet och rekrytering av nya medarbetare.....	25
Spridning av EBP	25
FHV:s uppdrag i relation till kundföretagen	26
Kontakt med utvecklingsavdelning eller lärosäte	26
Kategorisering av öppna svar 2014	27
Möjliggörande faktorer	27
Hindrande faktorer.....	29
Diskussion	30
Individens intresse, behov och möjligheter att arbeta evidensbaserat	30
Individens inhämtning av ny kunskap och information	31
Organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik.....	31
Organisatoriskt lärande	32

Metoddiskussion.....	33
Slutsatser.....	34
Referenser	35
Bilaga 1	37

Sammanfattning

Evidensbaserad praktik (EBP) innebär att insatser ges utifrån bästa tillgängliga kunskap i kombination med klinisk kompetens och erfarenhet samt klientens förutsättningar. Under de senaste decennierna har det skett en successiv utveckling där vikten av och tillgängligheten till evidensbaserade metoder har ökat. Denna utveckling sker inte bara inom hälso- och sjukvård utan även inom andra områden viktiga för samhället. År 2011 genomförde Karolinska Institutet, Enheten för interventions- och implementeringsforskning tillsammans med Kungliga tekniska högskolan en studie om kunskaper om och attityder till evidensbaserad praktik i företagshälsovården (FHV) i Sverige. Föreliggande studie omfattar en treårsuppföljning med syftet att kunna jämföra eventuella skillnader mellan 2011 och 2014.

Syftet är att kartlägga kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer för användandet av evidensbaserad praktik inom FHV i Sverige, samt undersöka om, och i så fall hur, detta har förändrats jämfört med år 2011. En reviderad enkät skickades ut till 795 personer och besvarades av 498 personer, vilket gav en svarsfrekvens på 63 %. Kvalitativa intervjuer har genomförts med 24 chefer inom FHV.

I enkäten undersöktes följande områden: deltagarens intresse, behov och möjligheter för att arbeta evidensbaserat, hur deltagaren inhämtar ny kunskap inom sitt yrkesområde, hur den företagshälsovårdsenhet där deltagaren är anställd påverkar möjligheter att arbeta evidensbaserat samt möjliggörande och hindrande faktorer av betydelse för att arbeta evidensbaserat.

Resultatet från 2014 visade att de FHV-anställdas tilltro till den egna kompetensen att kritiskt granska vetenskaplig litteratur har ökat och det fanns fortsatt ett stort intresse för att arbeta evidensbaserat. Däremot uppgav de FHV-anställda att det fanns mindre organisatoriskt stöd för evidensbaserad praktik, vilket tyder på en mindre lyckosam utveckling. Resultatet visade på minskade förutsättningar inom FHV-organisationerna för evidensbaserad praktik och minskat stöd från ledning för evidensbaserad praktik. Den senaste treårsperioden har alltså inneburit en försämrad utveckling för evidensbaserad praktik på organisatorisk nivå. Resultatet från intervjuer med FHV-chefer visade att det behövs tid och resurser för evidensbaserad praktik och att personalkontinuitet är viktigt för kunskapsutveckling. Kontakt med utvecklingsavdelning eller lärosäte var en möjliggörande faktor för evidensbaserad praktik.

Slutsatser

- FHV-anställdas intresse och kompetens för att arbeta evidensbaserat har ökat under de senaste tre åren.
- FHV-anställda har ökad tilltro till sin egen förmåga att kritiskt granska vetenskaplig information.
- Andelen FHV-anställda som uppger att evidensbaserad praktik är viktigt för kundföretagen har minskat under de senaste tre åren.
 - Ledningen uppger som orsak till att kunder inte efterfrågar evidensbaserad praktik är att de utgår från att FHV säljer tjänster utifrån bästa tillgängliga kunskap.
- Det organisatoriska stödet har minskat under samma period.
 - Ledningen lägger ansvaret för kunskapsutvecklingen på individnivå och ser det inte som sin uppgift att stödja och utveckla ett organisatoriskt lärande.
 - Ledningen och FHV-anställda anger bristande ekonomiska resurser för att hinna med kompetensutveckling och implementering av nya metoder.
 - Stöd från organisation och ledning anges som viktiga möjliggörande faktorer för evidensbaserad praktik av FHV-anställda.

Inledning

År 2011 genomförde Karolinska Institutet, Enheten för interventions- och implementeringsforskning tillsammans med Kungliga tekniska högskolan en studie om kunskaper om och attityder till evidensbaserad praktik i företagshälsovården (FHV) i Sverige. Föreliggande studie omfattar en treårsuppföljning för att kunna jämföra eventuella skillnader mellan 2011 och 2014.

Studien som genomfördes 2011 resulterade i följande slutsatser:

1. Inom FHV finns både organisatorisk och individuellt intresse och stöd för att utveckla arbetet mot evidensbaserad praktik (EBP).
2. Anställda inom intern FHV rapporterade i högre omfattning än anställda inom extern FHV stöd från organisationen för att arbeta evidensbaserat.
3. Anställda inom FHV upplever intresse från kunder för evidensbaserade metoder och de uppger att kundernas behov och önskemål inte minskar möjligheterna för att arbeta evidensbaserat.
4. Anställda upplever i hög utsträckning behov av utbildning om evidensbaserad praktik och kompetensutveckling inom informations- och kunskapssökning.

I studien konstaterades att utbildning om evidensbaserad praktik bör skapas, vidare att externa FHV-företag bör öka sina möjligheter inom organisationen att stödja de anställda i att arbeta enligt EBP samt att FHV:s säljorganisation bör öka sin kompetens inom evidensbaserad praktik för att möta kundernas intresse och behov för evidensbaserade metoder.

Bakgrund

Evidensbaserad praktik (EBP)

I den här utvärderingen används Socialstyrelsens definition av EBP:

Evidensbaserad praktik handlar om en medveten och systematisk strävan att välja åtgärder på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens) för att öka möjligheten att hjälpa enskilda individer. Kunskap om åtgärders effekter behöver kompletteras med information om den hjälpbehövandes unika förutsättningar och önskemål, med kontextuella faktorer som är möjliggörande och begränsande samt med den professionelles kompetens, för att möjliggöra bästa hjälp (Socialstyrelsen, 2011).

Definitionen har likheter med en av de första definitionerna av EBP som formulerades i mitten av 1990-talet av Sackett med kollegor. Där definieras EBP som en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder, kompletterad med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). EBP har introducerats i olika sektorer inom både hälso- och sjukvården och FHV såväl nationellt som internationellt.

EBP kan ses som ett sätt att möta samhällets ökade krav på att hälso- och sjukvård och företagshälsovård skall vara uppdaterade (Franco, 2001; Sheldon, 2007). I och med hög tillgång till internet har dagens vårdsökande blivit allt mer pålästa (Hugenholtz, Schaafsma, Schreinemakers, van Dijk, & Nieuwenhuijsen, 2008). Det är vanligt att EBP uppfattas som att enbart läsa vetenskapliga artiklar. Just läsningen av vetenskaplig litteratur är en viktig uppgift inom EBP, samtidigt som EBP även omfattar att formulera frågor, hitta effektiva sökvägar, relevanta källor osv. Greenhalgh (2012) har gjort följande beskrivning för att arbeta enligt EBP:

1. Formulera ett problem och frågor som går att besvara.
2. Genom effektiva sökningar i relevant litteratur, vetenskapliga databaser etc söka fram bästa evidens för att ge svar på problemen/frågorna.
3. Att tolka och kritiskt värdera evidensen för att få en uppfattning om dess validitet och kliniska tillämpning.
4. Att tillämpa resultatet av den kritiska värderingen i det kliniska mötet med patienter.
5. Att utvärdera resultatet av denna process.

Förutsättningar för införandet av EBP är kopplat till hindrande och möjliggörande faktorer, som ofta är beroende av organisation och kontext. Det finns dock forskning som visar övergripande mönster av hindrande och möjliggörande faktorer. Ett av de mest rapporterade hindren för att arbeta evidensbaserat är brist på tid (O'Donnell, 2004; van Dijk, Hooft, & Wieringa-de Waard, 2010; Zwolsman, te Pas, Hooft, Wieringa-de Waard, & van Dijk, 2012).

Andra hindrande faktorer är; brist på kunskap om hur EBP tillämpas (till exempel att formulera frågor för sökningar), bristande tillgång till vetenskapliga databaser, brist på kunskap om effektiva sökstrategier, okunskap om hur forskningsresultat skall värderas och tolkas, samt bristande tilltro till den egna förmågan att överkomma dessa hinder (van Dijk et al., 2010). Ytterligare hindrande faktorer är kostnader för tillgång till artiklar i fulltext, språkliga hinder (de flesta texter är på engelska), patienters föreställningar och förväntningar samt kollegors uppfattningar om EBP (O'Donnell, 2004; Poitras, Durand, Cote, & Tousignant, 2011; Zwolsman et al., 2012).

Faktorer som möjliggör och främjar EBP är; avsatt tid för att söka information, kontakt med forsknings- och utvecklingsavdelning, workshops och seminarier för att träna att arbeta evidensbaserat, finansiella förutsättningar och att de anställda har relevant kompetens (Hugenholtz, Nieuwenhuijsen, Sluiter, & van Dijk, 2009; O'Donnell, 2004).

Förutom de hindrande och möjliggörande faktorer som rapporterats ovan finns specifika faktorer kopplade till FHV. Inom FHV omfattar de kliniska frågorna delvis att förebygga och behandla sjukdom, bedöma risker, funktionsnedsättningar, rehabilitering, livsstilsfrågor och arbetsåtergång. Schaafsma, Hulshof, van Dijk, and Verbeek (2004) samt Kwak et al. (2014) lyfter upp brist på evidens för effekter av insatser som används inom FHV. Tydliga och korta riktlinjer som sammanfattar evidensläget efterfrågas (Kinnunen-Amoroso, 2013), samt vetenskapliga databaser med innehåll avsett för FHV (Schaafsma et al., 2004).

Ett sätt att öka kvaliteten i åtgärder är användning av evidensbaserade riktlinjer. I Storbritannien har implementering av nationella riktlinjer utvärderats. Slutsatsen är att implementeringen är mer komplett där det finns engagerade styrgrupper och medarbetare som är involverade i att ta fram förbättringsplaner. Även andra faktorer spelade roll, införandet av riktlinjer för rökstopp underlättades förmodligen av samtidiga samhällsliga satsningar som exempelvis förbud att röka på allmänna platser (Preece, Williams, Jones, Peel, & Roughton, 2012). Ytterligare ett exempel på evidensbaserade riktlinjer är Kuijer et al. (2014) som har utvecklat riktlinjer för riskbedömning av tunga lyft för att förebygga arbetsrelaterad ryggsmärta.

I Sverige produceras riktlinjer och översikter av betydelse för FHV av bland annat Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen. För FHV finns sedan år 2012 Företagshälsans riktlinjegrupp som utformar evidensbaserade riktlinjer inom olika områden, exempelvis ländryggsbesvär. Se Kompetenscentret för företagshälsas webbplats: www.fhvforskning.se. Även det väl ansedda Cochrane biblioteket har en avdelning för *Occupational safety and health review group* (<http://osh.cochrane.org/>).

Enligt ovan finns det både hindrande och möjliggörande faktorer för att förändra verksamheter mot en mer evidensbaserad praktik. Implementeringsteori kan vara ett hjälpmedel för att förklara varför förändringar sker eller inte sker, på individ-, grupp- och organisationsnivå. Det finns flera teorier och modeller för implementering, för översikt och fördjupad läsning hänvisas till Schäfer Elinder och Kwak (2014) samt Nilsen (2014). Samtidigt finns det få studier som mäter effekter av evidensbaserad praktik med utfall på

organisations-, grupp- eller individnivå. Överlag är aktiva implementeringsstrategier vara mer effektiva än passiva i att ändra praxis (Grol, Wensing, & Eccles, 2005). Vidare har tidigare studier visat att strategier som innehåller flera komponenter är mest effektiva och att komponenter som interaktiv utbildning och påminnelser har god effekt (Boaz, Baeza, & Fraser, 2011; Francke, Smit, de Veer, & Mistiaen, 2008; McCormack et al., 2013; Prior, Guerin, & Grimmer-Somers, 2008).

Företagshälsovård (FHV)

I Sverige finns såväl privata som offentligt drivna företagshälsor. Sveriges Företagshälsor (SFH) är en branschorganisation som företräder FHV-företagen i Sverige. FHV arbetar framförallt i nära anslutning till arbetsplatser med frågor som rör arbetets och arbetsplatsens betydelse för hälsa och välmående. FHV:s arbetsområden rymmer såväl främjande som förebyggande och behandlande åtgärder på individ-, grupp- och organisationsnivå. Syftet är att arbeta för en hälsosam, hälsofrämjande och säker arbetsmiljö (www.foretagshalsor.se).

I Sverige har 65 % av alla anställda tillgång till FHV. Det finns ungefär 250 FHV-företag av olika organisationsformer, med cirka 5000 anställda. Branschen omsatte år 2013 ca 4 miljarder kr. Ungefär 20 % av alla tjänster består av hälsoundersökningar. FHV särskiljs från hälso- och sjukvården genom att specialisterna inom FHV har kunskaper om arbetsplatsen, arbetets påverkan på hälsan och vilka effektiva åtgärder som är lämpliga och möjliga i arbetslivet. FHV arbetar i nära kontakt med, och på uppdrag av, arbetsgivaren med åtgärder direkt på arbetsplatsen (Sveriges Företagshälsor, 2014).

Inom FHV arbetar flera professioner som även finns inom den svenska hälso- och sjukvården. De största yrkesgrupperna är sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster/fysioterapeuter, ergonomer, psykologer, beteendevetare, arbetsmiljöingenjörer och administrativ personal. Det finns dock stora skillnader mellan FHV och hälso- och sjukvården. FHV arbetar på uppdrag av arbetsgivare där arbetsgivare och FHV ingår ett avtal om vilka tjänster som skall levereras. FHV har uppgiften att främja och skydda hälsa hos anställda, snarare än vård och behandling av enskilda individer. FHV möter anställda istället för patienter, ofta i samverkan med arbetsgivare, facklig organisation osv. (Heselmans, Donceel, Aertgeerts, Van de Velde, & Ramaekers, 2010).

Akademisering av yrkesutbildningar

Sedan slutet av 1990-talet har det skett en akademiseringsprocess av yrkesutbildningar inom vårdområdet, som bland annat har gett högskolestatus och forskningsanknytning. Från att ha varit yrkesutbildningar som har lett till exempelvis arbetsterapeut-, sjuksköterske-, fysioterapeut-, eller läkarexamen och grund för att ansöka om legitimation, ger utbildningarna numera både yrkes- och akademisk examen inom huvudområdet. Forskningsförankringen i yrkesutbildningarna har inneburit att andelen disputerade lärare har ökat. Innehållet i utbildningarna skall ge studenter kunskaper i vetenskaplig teori och metod samt kritisk granskning. Avsikten är att bidra till ett livslångt lärande för professionella yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, bidra till kunskaper för att kritiskt värdera och tillämpa forskningsresultat samt skapa förutsättningar för fortsatta studier på forskarutbildningsnivå och en kommande forskningskarriär.

Utbildning inom kunskapsområdet företagshälsovård

För yrkeskategorier med specialisering inom företagshälsovård bedrevs tidigare vidareutbildning i form av fristående kurser av varierande längd vid universitet/högskolor på uppdrag av Arbetslivsinstitutet. Dessa kurser riktade sig till olika yrkeskategorier inom företagshälsovården: arbetsmiljöingenjörer, beteendevetare, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt sjuksköterskor. I och med Arbetslivsinstitutets nedläggning 2007, startade processen med att se över utbildningsutbud och behov inom kunskapsområdet företagshälsovård. I betänkandet från den statliga utredningen ”Ny företagshälsovård – ny kunskapsförsörjning” (Statens offentliga utredningar, 2007) konstaterades att företagshälsovårdsbranschen står inför ett omfattande generationsskifte och att utbildning är avgörande för kompetensförsörjningen. För att garantera långsiktighet och kvalitet föreslogs utbildningarna föras över till den reguljära högskoleutbildningen och att de tidigare fristående kurserna omvandlades till utbildningsprogram som ger en magisterexamen på avancerad nivå. Dessa magister- och masterprogram ges i dag av flera universitet/högskolor i Sverige. Vid Karolinska Institutet ges magisterprogrammet i arbete och hälsa, där tre inriktningar erbjuds: beteendevetenskap, ergonomi samt företagssköterska. Samarbete sker även med Kungliga tekniska högskolan som ger magisterprogrammet i teknik, hälsa och arbetsmiljöutveckling.

Akademiseringsprocessen har medfört att i företagshälsovårdens olika yrkeskategorier kommer det att tillkomma nya medarbetare med en kombinerad yrkes- och akademisk examen, i många fall med en högre akademisk examen än tidigare.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att kartlägga kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer för användandet av evidensbaserad praktik (EBP) inom FHV i Sverige, samt undersöka om, och i så fall hur, detta har förändrats jämfört med år 2011.

Metod

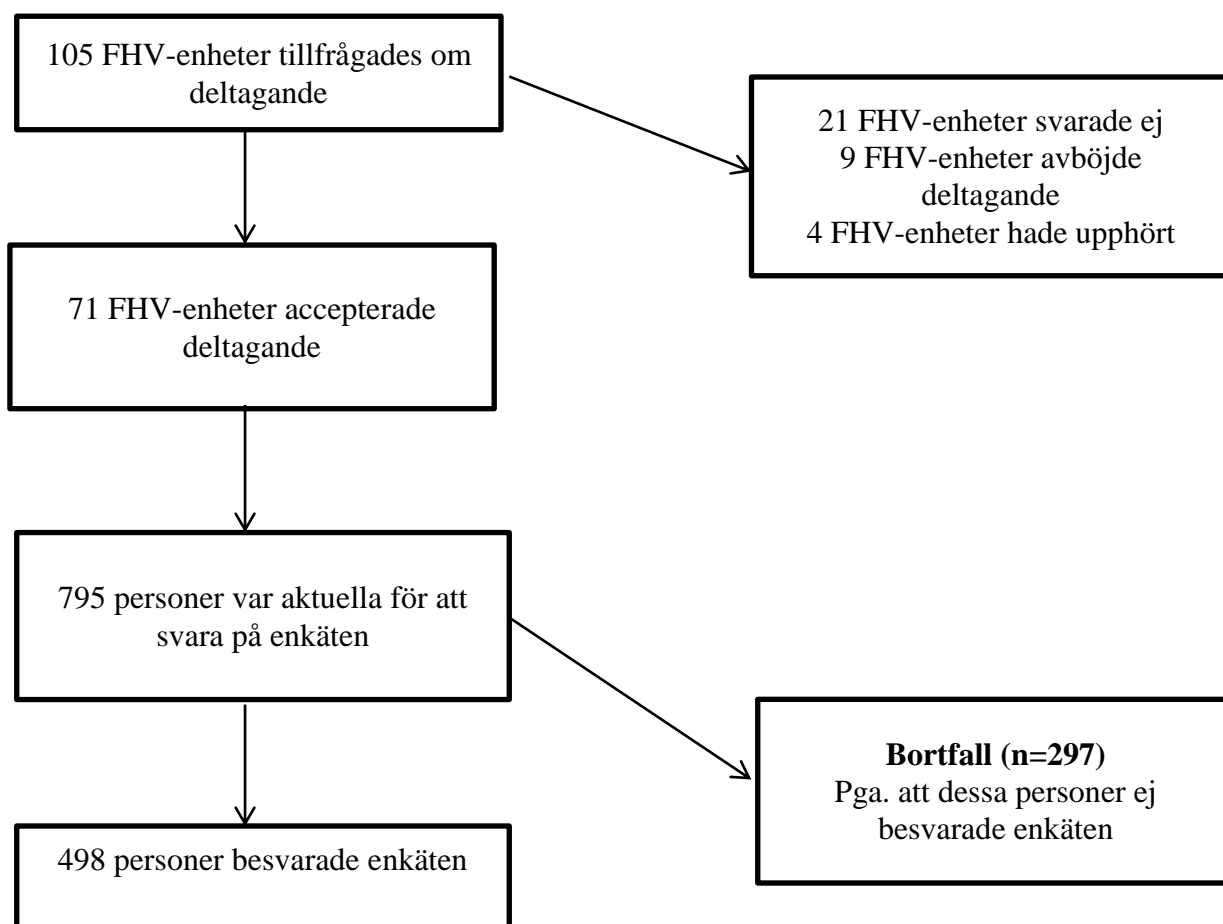
Population

Ursprungspopulationen utgjordes av de cirka 250 företagshälsovårdsföretag (FHV-företag) som fanns i Sverige år 2011. FHV-företagen identifierades via Försäkringskassans register. Sammanlagt omfattade år 2011 de cirka 250 FHV-företagen i Sverige ungefär 600 FHV-enheter. I kartläggningen från 2011 tillämpades ett slumpmässigt och därefter strategiskt urval av FHV-enheter, så att urvalet kunde anses representativt för samtliga FHV-enheter i Sverige. I urvalet 2011 tillfrågades 115 FHV-enheter om deltagande och 91 FHV-enheter tackade ja till att medverka. Av dessa besvarades enkäten av FHV-anställda vid 62 FHV-enheter.

I den aktuella utvärderingen, där vi avser att ta reda på hur utvecklingen har varit under de senaste tre åren, har vi tillfrågat de FHV-enheter som tillfrågades om deltagande i den förra enkätstudien (n = 115). Sedan den första enkätundersökningen genomfördes har det skett förändringar i företagshälsovårdsbranschen vilket medfört att vissa företag och/eller enheter har omorganiserats, köpts upp eller genomgått förändringar på annat sätt. Totalt 105 FHV-enheter fanns kvar i urvalet och tillfrågades om deltagande. Av dessa besvarades enkäten av FHV-anställda vid 71 FHV-enheter (se figur 1).

Procedur

Kontaktuppgifter söktes via FHV-företagens webbsidor och Sveriges Företagshälsor. Därefter skickades en förfrågan via e-post till 105 FHV-enheter där chefer tillfrågades om deltagande i studien. Sammanlagt skickades tre påminnelser ut till de som inte svarade. De som tackade ja till deltagande fick via en webbaserad registreringsenkät uppge e-postadresser till personer som arbetar på den aktuella FHV-enheten (namn, e-postadress). Förfrågan innehöll information om studiens syfte samt om att kontaktuppgifter till personer med enbart administrativa uppgifter inte insamlades. Totalt insamlades kontaktuppgifter till 795 personer, från 71 FHV-enheter (figur 1).



Figur 1. Flödesschema.

Webbaserad enkät

Studien genomfördes via en webbenkät som utvecklades inför kartläggningen 2011. En validerad enkät, som har utvecklats i Holland (Schaafsma et al., 2004) och översatts till svenska av Gummesson och Nordmark (2009) användes som utgångspunkt. Enkäten vidareutvecklades genom litteraturgenomgång inom området av projektgruppen och pilottestades innan distribution 2011.

Inför treårsuppföljningen 2014 gjordes vissa justeringar av enkäten, vilket innebar att påståenden som hade ett högt bortfall vid datainsamlingen 2011 togs bort. Dessa frågor bedömdes även vara oklara i sin formulering. Sammanlagt exkluderades sju frågor. De kvarvarande frågorna behölls oförändrade. Därefter granskades enkäten av en expertgrupp. I nästa steg genomfördes ett pilottest där enkäten skickades till 18 FHV-anställda med olika professioner vid två FHV-företag. Vissa layoutmässiga ändringar gjordes efter pilottestningen.

Den slutliga versionen av enkäten distribuerades som en webbaserad enkät i september 2014. Webbenkäten föregicks av ett brev med information om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt. Personerna i studien samtyckte till deltagande genom att besvara och skicka in

enkäten. Enkäten hölls öppen i fyra veckor och maximalt fyra påminnelser skickades ut till de personer som inte hade besvarat enkäten.

Totalt besvarades enkäten av 498 personer (svarsfrekvens 63 %), se tabell 1. Av de 297 personer som inte besvarade enkäten var 220 kvinnor (74 %) och 77 män (26 %). 138 personer (46 %) arbetade på externa privata större FHV-företag, 67 personer (22 %) på externa privata mindre FHV-företag, 12 personer (4 %) på interna privata FHV-företag och slutligen 82 personer (27 %) på kommun- eller landstingsägda interna FHV-företag.

Mätmetod

Webbenkäten inleddes med en definition av EBP, som följdes av fem frågeområden 1) bakgrundsinformation; 2) deltagarens intresse, behov och möjligheter för att arbeta evidensbaserat; 3) hur deltagaren inhämtar ny kunskap inom sitt yrkesområde; 4) hur den företagshälsovårdsenhet där deltagaren är anställd påverkar möjligheter att arbeta evidensbaserat; 5) möjliggörande och hindrande faktorer av betydelse för att arbeta evidensbaserat. Webbenkäten avslutades med en öppen fråga där deltagarna hade möjlighet att lämna kommentarer i fritext. Frågan var: ”Finns det andra saker som du vill lägga till eller kommentera som påverkar ditt intresse, behov och möjligheter för att arbeta evidensbaserat vid den företagshälsovård där du är anställd?”.

I avsnittet om bakgrundsinformation efterfrågades exempelvis kön, ålder, utbildningsnivå, antal år som yrkesverksam inom FHV samt tjänstetitel.

Enkäten utformades med fasta svarsalternativ, där ett påstående följdes av en femgradig skala där 1 = instämmer inte, 2 = instämmer till viss del, 3 = varken eller, 4 = instämmer i stort sett och 5 = instämmer helt. Enkäten avslutades med möjligheten att lämna övergripande kommentarer.

Kvalitativa intervjuer med chefer inom FHV

För att få fördjupad kunskap om organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik genomfördes intervjuer med chefer inom FHV. Deltagare till intervjuerna rekryterades via den e-postlista som användes för att få adressuppgifter till medarbetare vid FHV-enheterna. Samtliga chefer som hade tackat ja till att deras FHV-enhet kunde ingå i enkätstudien tillfrågades om deltagande i en intervju. Deltagarna inkluderades konsekutivt. Sammanlagt genomfördes 24 intervjuer.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med FHV-chefer (se tabell 6 för beskrivning av deltagarna). Intervjuerna genomfördes av studenter inom magisterprogrammet i arbete och hälsa vid Karolinska Institutet. Intervjuerna gjordes per telefon och spelades in. Studenterna hade vid tidpunkten för intervjuerna genomfört en kurs i vetenskaplig metodik. Innan intervjuerna fick studenterna en genomgång av kvalitativ intervjumetodik, de fick även lämna synpunkter på intervjufrågor och genomföra varsin pilotintervju. Syftet med pilotintervjun var att studenterna skulle få träna sig i intervjumetodik.

Frågeområdena i intervjuguiden omfattade följande: (1) tillämpning av EBP i den egna verksamheten (2) medarbetares kompetens inom EBP och kompetensutveckling (3) strategier vid nyrekrytering (4) kundföretagets intresse och behov av evidensbaserat arbete inom FHV

(5) möjliggörande faktorer för EBP (6) hindrande faktorer för EBP. Varje intervju inleddes med en öppen ingångsfråga där deltagaren ombads berätta om och ge konkreta exempel på hur de vid FHV-enheten arbetar med EBP samt bakgrundfrågor (kön/ålder/intern eller extern FHV/antal år som chef inom FHV).

Dataanalys

Statistisk analys

Analysen har genomförts som en panelundersökning. Statistiska analyser har genomförts med statistikprogrammet SPSS 22. Mann-Whitneys exakta U-test som baseras på rangsummor har använts vid statistiska jämförelser mellan åren 2011 och 2014.

Vid jämförelser utifrån FHV-kategori har grupperingen av FHV-enheterna gjorts utifrån storlek på FHV-verksamheten samt om den är extern eller intern. Följande grupper redovisas: privata externa större, privata externa mindre, privata interna samt kommun- eller landstingsägda interna. Statiska jämförelser görs för utvecklingen inom grupperna mellan 2011 och 2014.

I analyserna slogs svarsalternativ 1 och 2 ihop till instämmer inte/instämmer delvis och alternativ 4 och 5 slogs ihop till instämmer i stort sett/instämmer helt för att möjliggöra jämförelse med kartläggningen från 2011.

Analys av kvalitativa intervjuer och öppna svar i enkäten

Intervjuerna skrevs ut ordagrant. Utskrifternas överensstämmelse med ljudfilerna kontrollerades. Intervjuutskrifterna har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen genomfördes av projektledaren och inleddes med att samtliga 23 intervjuutskrifter lästes igenom noggrant. Därefter lästes varje intervju med syftet att identifiera meningsbärande enheter, det vill säga meningar eller stycken som svarar an till syftet med undersökningen. Varje intervju bearbetades flera gånger för att allt relevant material skulle framkomma. Därefter fick varje meningsbärande enhet en kod som speglade innehållet. I nästa steg jämfördes koderna från de olika intervjuerna och koder med liknande innehåll sammanfördes till kategorier. Koder och kategorier jämfördes kontinuerligt under analysprocessen med intervjudata så att det fanns en överensstämmelse mellan data och den framväxande analysen. Analysen diskuterades även i projektgruppen för att säkra resultatets tillförlitlighet. Den kvalitativa innehållsanalysen av chefsintervjuerna presenteras i sex kategorier.

Enkäten innehöll påståenden med öppna svarsalternativ. Dessa svar analyserades också med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Analysen startade med att samtliga svar kopierades från SPSS till ett Worddokument och lästes igenom. Därefter sammanfördes de svar som verkade ha ett liknande innehåll och tilldelades en gemensam kod. I nästa steg jämfördes koderna, de som tycktes spegla liknande innehåll sammanfördes och underkategorier bildades. Varje underkategori rubricerades med en rubrik som speglar innehållet. Slutligen jämfördes underkategorierna och sorterades in deduktivt i kategorierna möjliggörande faktorer och hindrande faktorer. Sorteringen skedde utifrån vad tidigare forskning har visat är vanligt förekommande möjliggörande respektive hindrande faktorer (se

exempelvis Schäfer Elinder och Kwak, 2014). För att säkra tillförlitligheten i analysen har svaren, koder och kategoriser jämförts mot varandra och diskuterats i projektgruppen.

Etiska överväganden

Studiens deltagare har erhållit muntlig och skriftlig information om studiens bakgrund och syfte. Deltagarna har vidare informerats om att deltagandet är frivilligt och att det när som helst kan avbrytas utan att ange orsak. Studien omfattas inte av lag om etikprövning av forskning som avser människor (Svensk författningssamling, 2003) eftersom vi inom ramen för studien varken insamlar känsliga personuppgifter eller syftar till påverkan (jfr interventionsstudie). Deltagarna samtyckte till deltagande i studien genom att skicka in enkäten. Intervjudeltagare lämnade muntligt samtycke.

Resultat

Beskrivning av svarsgruppen

Enkäten skickades ut till 105 FHV-enheter. Av dessa inkom svar från 71 FHV-enheter (68 %). Totalt besvarade 498 av de tillfrågade individerna (63 %) enkäten. Deltagandet var högst bland anställda vid privata interna FHV-enheter (75 %).

Medelåldern på de svarande var 52 år (tabell 1). För samtliga professioner var arbetslivserfarenhet inom FHV jämnt fördelat mellan de fyra typerna av FHV-företag, i genomsnitt 13 år. Uppdelat på respektive profession (tabell 1) var det arbetsmiljöingenjörer eller motsvarande samt arbetsterapeuter/fysioterapeuter/ergonomer som hade längst arbetslivserfarenhet inom FHV, 22 år respektive 13 år. I samtliga fyra typer av FHV-företag var majoriteten av de anställda kvinnor. Medelåldern var högst i grupperna arbetsmiljöingenjörer eller motsvarande och företagsläkare, 57 respektive 59.

Tabell 1. Fördelningen i deltagande, kön, ålder, yrkeserfarenhet och ledningsansvar efter typ av FHV-företag.

Typ av FHV-företag	Antal svar N (%)	Kvinnor N (%)	Ålder Medel (SD)	Yrkes- erfarenhet inom FHV År (SD)	Chefsbefattning N (%)
Privata externa större ≥ 50 enheter	169 (55)	138 (82)	51 (10)	12 (9)	15 (9)
Privata externa mindre < 50 enheter	104 (61)	86 (83)	52 (9)	13 (9)	17 (16)
Privata interna	31 (75)	21 (68)	51 (9)	12 (11)	5 (16)
Kommun- eller landstingsägda interna	194 (70)	136 (70)	53 (8)	12 (9)	24 (13)
Totalt	498 (63)	381 (77)	52 (9)	13 (9)	61 (12)

Fördelningen av kvinnor och män skiljde mellan olika professioner (tabell 2). Av de som besvarade enkäten var 77 % kvinnor. För kvinnor var de vanligaste professionerna företagssköterska (32 %), beteendevetare/psykolog (14 %) samt arbetsterapeut/fysioterapeut/ergonom (12 %). Bland männen var företagsläkare vanligast (24 %), därefter beteendevetare/psykolog (23 %) samt arbetsterapeut/fysioterapeut/ergonom (21 %).

Tabell 2. Deskriptiva data uppdelat på profession.

Profession	N (%)	Kvinnor N (%)	Ålder Medel (SD)	Yrkeserfarenhet inom FHV År (SD)	Chefsbefattning N (%)
Arbetsmiljöingenjör eller motsvarande	22 (4)	4 (18)	57 (7)	22 (9)	3 (14)
Arbetsterapeut/fysioterapeut/ergonom	85 (17)	60 (70)	51 (10)	13 (9)	3 (3)
Beteendevetare/psykolog	99 (20)	72 (72)	50 (10)	8 (6)	7 (7)
Företagsläkare	56 (11)	28 (50)	59 (7)	11 (8)	5 (9)
Företagssköterska	163 (33)	158 (97)	52 (9)	12 (10)	8 (5)
Hälsopedagog eller motsvarande	13 (3)	12 (92)	45 (9)	7 (3)	0 (0)
Annat	55 (11)	42 (76)	53 (8)	13 (9)	35 (65)
Uppgift saknas	5 (1)	5 (1)	-	-	10 (2)
Totalt	498 (100)	381 (77)	52 (9)	12 (9)	61 (12)

Individens intresse, behov och möjligheter att arbeta evidensbaserat

Resultaten visade att fyra av fem personer (80 %) instämmer i stort sett, eller helt i påståendet att arbeta evidensbaserat ingår i deras arbete (tabell 3). Knappt 9 av 10 som har besvarat enkäten (89 %) instämde helt eller i stort sett i påståendet att arbete utifrån bästa möjliga evidensbas kommer att bli mer och mer betydelsefullt inom företagshälsovården (tabell 3). Det finns bra kollegialt stöd på FHV-enheterna, eftersom drygt tre av fyra svarande (78 %) instämde helt eller i stort sett i påståendet att han/hon har kollegialt stöd för att arbeta evidensbaserat.

Svaren visar även deltagarnas syn på utbildnings- och kunskapsbehov. Deltagarna har god tilltro till den egna kunskapen att granska, tolka och implementera evidensbaserad information. Enbart en av fem instämde i stort sett eller helt i de påståenden som handlade om att man som individ saknade tillräckliga kunskaper för att kritiskt kunna granska och tolka evidensbaserad information samt påståendet att den FHV-anställda saknade kunskaper för att använda sig av evidensbaserad information.

Tabell 3. Påståenden som handlar om individens intresse, behov och möjligheter för evidensbaserad praktik.

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)	Varken eller (%)	Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)	Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*
Jag har kollegialt stöd för att arbeta evidensbaserat				
2011	6	17	77	0,583
2014	6	16	78	
Att arbeta evidensbaserat ingår i mitt arbete				
2011	6	15	79	0,519
2014	4	15	80	
Att arbeta evidensbaserat ökar min arbetsbelastning				
2011	40	26	34	0,000
2014	45	35	20	
Att arbeta utifrån bästa möjliga evidensbas kommer att bli mer och mer betydelsefullt inom företagshälsovården				
2011	2	6	92	0,040
2014	2	10	89	
Jag saknar tillräckliga kunskaper för att kritiskt kunna granska och tolka evidensbaserad information				
2011	47	24	29	0,040
2014	50	30	20	
Jag saknar tillräckliga kunskaper och färdigheter för att kunna använda och implementera evidensbaserad information				
2011	49	23	28	0,101
2014	50	31	19	

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05. Förändring markerad med **fet stil** är statistiskt säkerställd.

Vid jämförelse av svaren från 2011 och 2014 var tre jämförelser av sex statistiskt säkerställda i de påståenden som handlar om individens intresse, behov och möjligheter att arbeta evidensbaserat (tabell 3). En signifikant förändring sågs i påståendet som handlade om de FHV-anställda ansåg att EBP ökade deras arbetsbelastning. Förändring visade att en lägre andel år 2014 jämfört med 2011 instämde helt eller i stort sett i påståendet, samt att en större andel 2014 valde svarsalternativet varken eller jämfört med 2011.

Påståendet som avser individens syn på hur viktigt EBP är i en framtida FHV visade en statistisk säkerställd förändring, som innebar att färre instämde 2014 jämfört med 2011.

Tilltron till de egna kunskaperna för att kritiskt granska och tolka evidensbaserad information hade ökat signifikant mellan åren. Det var en statistisk säkerställd skillnad som visade att en högre andel 2014 som inte instämde/enda delvis instämde, eller angav svarsalternativet varken eller jämfört med 2011.

Vid jämförelse av påståendet som handlade om kollegialt stöd framkom ingen skillnad mellan datainsamlingarna och analysen visade nästintill oförändrade andelar i samtliga svarsalternativ. En oförändrat hög andel instämde i stort sett/instämde helt i påståendet vid båda datainsamlingarna.

När jämförelser gjordes sorterat på typ av FHV-kategori var en jämförelse av sex statistiskt säkerställd (bilaga 1, tabell 3:1). Förändringen avsåg påståendet som handlade om att EBP ökar de FHV-anställdas arbetsbelastning. De FHV-enheter som tillhörde kategorierna privata externa mindre samt kommun- eller landstingsägda interna visade en signifikant mindre andel som instämde i detta påstående.

En nära nog oförändrat hög andel i samtliga FHV-kategorier instämde i stort sett/instämde helt i påståendena som handlade om att man som FHV-anställd upplevde att man har kollegialt stöd för att arbeta evidensbaserat, samt att den FHV-anställda ansåg att EBP ingår i arbetet. I båda påståendena var det kommun- och landstingsägda interna som hade den högsta andelen vid båda mätningarna.

Individens inhämtning av ny kunskap och information

Resultaten visade att FHV-anställda använde av olika sätt för att inhämta ny kunskap och information, där sökning på internet var det vanligaste. Knappt sju av tio (69 %) instämde helt eller i stort sett i påståendet att han/hon regelbundet sökte efter information inom sitt yrkesområde (tabell 4). En något mindre andel (62 %) instämde helt eller i stort sett i påståendet att de regelbundet sökte efter information inom yrkesområdet i böcker, tidskrifter eller annat tryckt material. En tredjedel av de som hade svarat angav att de inte hade tid att söka information. Drygt fyra av tio instämde helt eller i stort sett i att de diskuterade kring bästa möjliga aktuella kunskapsläge/evidensbas (t.ex. artikeldiskussioner) på arbetsplatsen (44 %). När det gällde tilltron till evidensbasen inom det egna yrkesområdet angav drygt hälften av deltagarna att de inte alls eller endast delvis instämde i påståendet att tillförlitligheten i den information som han/hon hittar inom sitt yrkesområde är låg (57 %). Ungefär var femte person instämde helt eller i stort sett i påståendet att ny kunskap inhämtades genom att delta i olika forsknings- och utvecklingsprojekt (21 %).

Tabell 4. Påståenden som berör hur individen inhämtar ny kunskap och information.

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)	Varken eller (%)	Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)	Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*
Vi diskuterar kring bästa möjliga aktuella kunskapsläge/ evidensbas (tex artikeldiskussioner) på min arbetsplats.				
2011	25	27	49	0,282
2014	25	31	44	
Jag skaffar mig ny kunskap genom att delta i olika forsknings- och utvecklingsprojekt				
2011	59	19	22	0,658
2014	56	23	21	
Jag söker regelbundet efter information inom mitt yrkesområde i böcker, tidskrifter, annat tryckt material.				
2011	11	21	69	0,038
2014	12	26	62	
Jag söker regelbundet efter information inom mitt yrkesområde på internet.				
2011	10	19	71	0,360
2014	12	19	69	
Jag har inte tid att söka information.				
2011	37	29	33	0,363
2014	32	35	33	
Tillförlitligheten i den information jag hittar inom mitt yrkesområde är låg.				
2011	65	26	9	0,021
2014	57	35	8	

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05. Förändring markerad med **fet stil** är statistiskt säkerställd.

Vid analys av båda datainsamlingarna var två jämförelser av sex statistiskt säkerställda (tabell 4). Förändringen i inställning till påståendet som handlade om informationssökning (i tryckt material) innebar att en högre andel vid mätningen 2014 uppgav att de inte eller endast delvis instämmer, eller angav varken eller jämfört med år 2011. När det handlade om påståendet där den svarande skulle ta ställning till tillförlitligheten i den information som han/hon hittade, var en högre andel med låg tilltro till tillförlitligheten år 2011 jämfört med 2014.

En oförändrad andel 2014 jämfört med 2011 instämde i stort sett/instämde helt i att FHV-anslagna inte har tid att söka information. En något lägre andel 2014 jämfört med 2011 instämde i stort sett/instämde helt 2014 att de diskuterade bästa möjliga kunskapsbas/evidensbas vid sin arbetsplats.

När jämförelser gjordes sorterat på typ av FHV-kategori framkom en statistiskt säkerställd jämförelse (bilaga 1, tabell 4:1) i påståendet om tillförlitlighet till den information som man hittar inom sitt yrkesområde. Jämfört med 2011 var det år 2014 en högre andel inom FHV-kategorin privata externa större som angav varken eller, istället för instämmer inte/instämmer delvis. Andelen som instämde i stort sett/instämde helt var oförändrad.

Organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik

Resultaten visade att de FHV-anställda upplevde att det fanns kompetens och motivation inom företagshälsovården för att arbeta enligt evidensbaserad praktik (tabell 5). Drygt hälften av de som har besvarat enkäten instämde helt eller i stort sett i påståendet att det fanns tillräcklig kompetens för att arbeta evidensbaserat vid den egna FHV-enheten (53 %). Vid FHV-enheter förekom även diskussioner kring val av evidensbaserade metoder, 59 % av de svarande instämde helt eller i stort i att vid den FHV-enhet där personen var anställd diskuterades val av metoder och verktyg (till exempel riktlinjer, enkäter, checklistor och föreskrifter, riskbedömningsprotokoll).

Organisatoriska förutsättningar och stöd från ledning vid den anställdes FHV-enhet var viktiga ”ingredienser” för att arbeta enligt EBP. Drygt hälften (56 %) instämde helt eller i stort sett i att FHV-enheten tillhandahöll möjligheter att söka och ladda ner vetenskapliga artiklar från internet. Knappt hälften av de svarande instämde helt eller i stort sett att ledningen uppmuntrar till att arbeta evidensbaserat (46 %). Ungefär lika många angav att de instämde helt eller i stort sett i påståendet att FHV-enheten uppmuntrade enskilda medarbetare att söka vidareutbildningar (44 %).

I påståendet som handlade kundföretagen, instämde två av tre av de svarande (67 %) helt eller i stort sett i att det var viktigt för kundföretagen att FHV-enheterna arbetade evidensbaserat.

Tabell 5. Påståenden som handlar om organisatoriska förutsättningar för den enskildes möjlighet att arbeta evidensbaserat vid den Företagshälsovård där man är anställd.

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)	Varken eller (%)	Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)	Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*
Ledningen uppmuntrar mig att arbeta evidensbaserat.				
2011	19	20	61	0,000
2014	29	26	46	
Det finns tillräcklig kompetens för att arbeta evidensbaserat.				
2011	6	19	76	0,000
2014	16	30	53	
Jag uppmuntras att söka vidareutbildningar.				
2011	28	18	54	0,013
2014	31	25	44	
Vi diskuterar val av metoder och verktyg.				
2011	13	19	68	0,003
2014	19	21	59	
Det finns möjligheter att söka och ladda ner vetenskapliga artiklar från internet inom mitt yrkesområde.				
2011	15	11	74	0,000
2014	23	21	56	
Jag uppmuntras till nyinköp av litteratur inom mitt yrkesområde.				
2011	23	16	61	0,000
2014	28	29	43	
Jag uppmuntras att delta i forsknings- och utvecklingsprojekt.				
2011	36	25	39	0,000
2014	45	27	27	
Det är viktigt för våra kundföretag att vi arbetar evidensbaserat.				
2011	9	14	77	0,002
2014	10	23	67	

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05. Förändring markerad med **fet stil** är statistiskt säkerställd.

Vid jämförelse av datainsamlingarna 2011 och 2014 sågs statistiskt signifikanta förändringar för samtliga påståenden som belyste organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik (tabell 5). Överlag innebar förändringarna att de organisatoriska förutsättningarna försämrats mellan 2011 till 2014. En högre andel instämde inte alls eller delvis i att ledningen uppmuntrade till att arbeta enligt EBP år 2014 jämfört med 2011. Samma förändring sågs i påståendet som handlade om tilltron till den kompetens för EBP som fanns på den egna FHV-enheten, samt en lägre andel uppgav att metoder och riktlinjer diskuterades på FHV-enheten där man var anställd. När det gällde hur viktigt det var för kundföretagen att FHV-enheten arbetade evidensbaserat, sågs en förändring som visade att en högre andel år 2014 hade valt svarsalternativet varken eller, jämfört med 2011 då andelen som instämde i stort sett/instämde helt var högre.

Som visades ovan sågs flertalet statistiskt säkerställda förändringar avseende organisatoriska förutsättningar och ledningens stöd. En del av dessa förändringar kvarstod även när materialet analyserades utifrån typ av FHV-kategori (bilaga 1, tabell 5:1). I samtliga typer av FHV-enheter var det 2014 mindre stöd för påståendet att det fanns tillräcklig kompetens för att arbeta evidensbaserat jämfört med 2011. För svarande från privata externa mindre sågs en signifikant förändring avseenden ledningens uppmuntran, som innebar att en högre andel uppgav att det inte fanns stöd eller svarsalternativet varken eller. För att kontrollera tillförlitligheten i de resultat som handlar om organisatoriska förutsättningar och ledningens stöd, har analyser genomförts där enbart de enheter som deltagit vid båda datainsamlingarna har jämförts (bilaga 1, tabell 5:2). Resultaten av dessa analyser står sig i jämförelse med de resultat som presenteras här.

Kvalitativa intervjuer med chefer inom FHV

Med anledningen av utvecklingen avseende organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik under åren 2011 till 2014 (tabell 5), genomfördes kvalitativa intervjuer med 24 chefer inom FHV. Syftet med intervjuerna var att få fördjupad kunskap om organisationens kompetens och förutsättningar för EBP utifrån chefers perspektiv. För en beskrivning av deltagarna i intervjuerna, se tabell 6.

Tabell 6. Beskrivning av deltagarna (N = 24).

Kvinnor (%)	Medelålder (min – max)	Extern/intern	Medelår som chef inom FHV (min – max)
20 (83)	54 (37 – 68)	10/14	5 (1 – 20)

Resultatet från intervjuer med chefer inom FHV presenteras i följande kategorier:

- Medarbetarnas intresse och ansvar för EBP
- Tid och resurser för EBP
- Personalkontinuitet och rekrytering av nya medarbetare
- Spridning av EBP
- FHV:s uppdrag i relation till kundföretagen
- Kontakt med utvecklingsavdelning eller lärosäte

Medarbetarnas intresse och ansvar för EBP

Majoriteten av de intervjuade cheferna uppfattade att EBP var en del i den utbildning som medarbetarna hade med sig och att EBP motsvarade legitimerade yrkesprofessioners krav på att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. EBP sågs vidare som en del i ett arbetssätt där medarbetare hade ett eget ansvar för att hålla sig uppdaterade på aktuell forskning inom sitt arbetsområde. Medarbetarnas intresse och ansvar för EBP var även

väsentligt i och med att FHV har ett brett och omfattande uppdrag och medarbetarna vid FHV har olika yrkesprofessioner och ämnesområden, vilket innebar att cheferna ansåg att det fick ingå i varje yrkesprofessionens uppdrag att hålla sig à jour inom sitt område eller att ta initiativ till nya metoder inom området. En av cheferna ansåg att de som har varit på utbildning och fått möjlighet till så kallad spetskompetens inom sitt område hade ett ansvar att hålla sig uppdaterad inom forskningen och förmedla detta till sina kollegor. Chefen berättade att:

Den satsningen där man får utbildning och kompetensutveckling, då har man också ett ansvar att följa forskning och följa nya lagar, ja, allt det där, och sedan förmedla det till sina kollegor. Vi är så pass liten enhet så det är bra att alla har hört eller har sett. Alla som jobbar direkt mot kund är jätteintresserade också av ny forskning och att resonera kring det i sin yrkesgrupp och ställa sig frågor som: hur skulle det bli för oss? och hur ska vi tänka nu? (IP 21).

I intervjuerna framkom att EBP drevs av medarbetare som var intresserade och ville utveckla sig och sina medarbetare inom ett område. Cheferna uppfattade sin roll att stödja FHV-medarbetare genom att exempelvis skapa möjligheter för att gå en utbildning, att medarbetaren gavs möjlighet att medverka i framtagande av riktlinjer eller delta i konferenser. Flera chefer lyfte fram betydelsen av att entusiastiska medarbetare fick möjlighet att förkovra sig inom sitt intresseområde; dessa medarbetare kunde sedan ”omvärldsbevaka” sitt område och bidra till kunskapsutveckling hos medarbetare vid FHV-enheten.

Tid och resurser för EBP

Begränsat med tid och resurser till att arbeta enligt EBP var något som försvårade förutsättningarna inom den egna organisationen, enligt de intervjuade cheferna. Krav på att hålla budget innebar att resurser för exempelvis kompetensutveckling och utbildningar var begränsade. De intervjuade cheferna visade genomgående ett intresse och vilja att arbeta enligt EBP, men att krav på debiterbar tid i det vardagliga arbetet försvårade. Några chefer berättade att enheterna hade blivit inbjudna att delta i exempelvis forskningsprojekt, men om tiden för det arbetet inte gick att omsätta i debiterbar tid så blev det svårt att få budget att gå ihop.

För att kunna arbeta evidensbaserat inom de tids- och resursramar som gavs vid FHV-enheterna efterfrågade cheferna insatser baserade på EBP, exempelvis riktlinjer, som var enkla att ta till sig, användarvänliga samt kostnadseffektiva. De ekonomiska marginalerna var små vilket innebar att man som FHV-chef ansåg att det inte fanns tid för inläsning och därför inte var rimligt att ställa krav på att medarbetare skulle vara inlästa på omfattande material och dessutom se över möjligheterna för att tillämpa materialet vid den egna verksamheten. Vetenskapliga artiklar på engelska ansågs svårtillgängliga och de enskilda medarbetarna behövde dessutom ha kunskaper om hur innehållet skulle värderas och tillämpas. Därför lyfte flera chefer fram riktlinjer som en bra möjlighet att få ta till sig evidensbaserade metoder och tillämpa dem. En del svårigheter hade dock uppmärksamats av cheferna i samband med att

nya riktlinjer eller evidensbaserade metoder skulle implementeras i verksamheterna. En del metoder och riktlinjer ansågs för omfattande och tidskrävande av kundföretagen, vilket innebar att kundföretagen inte betalade även om behandlingen var den som rekommenderades. Ett exempel som cheferna gav var interpersonell terapi, som är en evidensbaserad metod. En av cheferna berättade att:

Vi har konsulter som är kognitiva beteendeterapeuter, de hinner inte genomföra riktig evidensbaserad terapi, vi har exempelvis interpersonell terapi som är manualbaserad och en av de få som rekommenderas av SBU jämte KBT, men en riktig interpersonell terapi tar sexton timmar och det får du nästan aldrig av kunden (IP 3).

Personalkontinuitet och rekrytering av nya medarbetare

Kontinuitet bland medarbetarna sågs som en viktig förutsättning för EBP, som bland annat handlade om att få en team-känsla bland medarbetarna, eller att man som medarbetare kände samhörighet och arbetade mot gemensamma mål. Flera chefer nämnde att de stod inför pensionsavgångar vid sina respektive enheter och att nyrekryteringar skulle komma som följd. Att en medarbetare, som hade varit drivande i exempelvis arbetet med evidensbaserade metoder, avslutade sin anställning kunde resultera i att andra medarbetare ”tappade farten” och inte fortsatte det arbetet. En av de intervjuade berättade:

Jag tycker att vi avsätter arbetstid och har möten varje vecka och följer upp, dokumenterar och säkerställer så att det finns goda förutsättningar, trots att det är brist på arbetstid emellanåt. Så det är struktur och vi har en ansvarig läkare som driver på det så det är goda förutsättningar. Så om den medarbetaren slutar, så blir det ett hack så då kan vi tappa fart igen. Så det är personberoende också av projektledaren (IP 11).

Vid rekrytering var fråga om vetenskaplig metodik och evidensbaserad praktik ibland med som något som cheferna ställde frågor om. De ansåg att det var viktigt att en ny medarbetare skulle ha intresse och drivkraft för att arbeta evidensbaserat. Det var dock svårt att få tag i rätt kompetens, berättade flera chefer. En chef tog upp att denne inte kunde konkurrera lönemässigt med så kallade stafettläkare hur duktig den enskilde läkaren än skulle vara.

Spridning av EBP

Samtliga intervjuade chefer angav att de arbetade för spridning av evidensbaserade metoder på flera sätt. Vanligtvis diskuterades nya forskningsstudier och metoder vid arbetsplatsträffar vid FHV-enheten och vid exempelvis regionövergripande möten. Några chefer berättade att nya riktlinjer och vetenskapliga studier var en punkt på agendan vid dessa möten. Vid dessa tillfällen var det enskilda medarbetare som fick möjlighet att rapportera om nya studier eller annat aktuellt inom området. Vid några av FHV-enheterna fanns så kallade områdesansvariga

medarbetare som hade som uppgift att förmedla nya arbetssätt och metoder till medarbetare. En av cheferna såg det som sin uppgift att skapa förutsättningar och kontaktytor för sina medarbetare, för att kunna medverka till spridning av EBP:

Det jag kan göra som chef är att skapa arenor där man kan förmedla information eller när de har varit som riktlinjearbetet, det försöker jag att hela regionen ska få tillgång till, att det lyfts upp och att de får komma och presentera sitt arbete på en regionsträff. Som chef kan jag försöka hitta arenorna som är lämpliga för att få ut budskapet till så många som möjligt (IP 12).

Flera av cheferna berättade även att vid informella möten, fikapauser och lunchraster diskuterades vetenskapliga artiklar och nya metoder.

FHVs uppdrag i relation till kundföretagen

FHV-enheternas avtal med sina kundföretag skapade olika förutsättningar för vilka evidensbaserade metoder som kunde användas. Även om cheferna uppfattade att kundföretagen inte efterfrågade evidensbaserade metoder, så uppfattade cheferna att det från kundföretagens sida fanns förväntningar på att FHV skulle leverera tjänster av god kvalitet och att FHV höll sig uppdaterade. Vidare ansåg cheferna att det ingick i FHVs uppdrag gentemot kundföretagen att FHV förmedlade kunskaper om evidensbaserade metoder. En av cheferna var dock kritiskt mot att evidensbaserade metoder användes som försäljningsargument eftersom FHV aldrig kan garantera att en metod eller insats kommer att ge önskvärd effekt eller den effekt som har visats i vetenskapliga studier. En chef berättar att:

Det är förödande om man med fokus på att man vet vad som är den evidensmässigt bästa metoden och om man "trumfar" igenom den som konsult, och den inte leder till de effekter som kunden förväntar sig, då spelar det ju ingen roll om du har använt en evidensbaserad metod för att göra det (IP 14).

Uppdragen gentemot kundföretagen omfattade i några fall preventiva och hälsofrämjande insatser riktade mot grupper, i andra fall insatser av "efterhjälpande" eller rehabilitering av enskilda individer. Flera chefer hade önskemål om att arbeta med preventivt riktade insatser mot grupper och att det fanns evidens för att tidiga insatser hade bättre effekter på exempelvis sjukskrivning och arbetsmiljö, men såg att uppdragen inte medgav ett sådant arbetssätt.

Kontakt med utvecklingsavdelning eller lärosäte

I intervjuerna framkom att några av cheferna hade kontakter med utvecklingsavdelning eller lärosäte och på så sätt fick medarbetare vid FHV-enheten ta del av utbildningar eller aktuell forskning. Några FHV-enheter hade tillgång till en egen utvecklingsavdelning som bistod enheterna med evidens och aktuella metoder. Enstaka chefer angav att den egna enheten hade deltagit i forskningsverksamhet genom att exempelvis rekrytera deltagare åt

forskningsprojekt. Vid några FHV-enheter fanns disputerade forskare anställda och som i sin tur hade en anknytning till ett lärosäte. Att ha kontakt med utvecklingsavdelning eller lärosäte angavs som en möjliggörande faktor för EBP, kontaktytorna innebar tillgång till ”nya rön” och att FHV-enheten kunde delta i utvecklingen av nya metoder och riktlinjer. I intervjuerna berättade cheferna att det vanligtvis var mycket intresserade och engagerade medarbetare som skötte dessa kontakter. Flera chefer efterfrågade fler nätverk och kontaktytor för att utbyta erfarenheter och arbetsmetoder, en av dem berättade att:

Jag tycker själv att vi lider brist på etablerade nätverk. Veta vart vi skall vända oss. Nu är ju som sagt en av kommande målsättningar för 2015 att arbeta upp nätverk och aktörer som vi kan ha ett nära samarbete med. För det tycker jag vi har för fattigt av idag (IP 4).

Kategorisering av öppna svar 2014

I följande text presenteras resultatet av de svar som inkom på den öppna frågan i enkäten till FHV-medarbetare 2014, som löd: ”Finns det andra saker som du vill lägga till eller kommentera som påverkar ditt intresse, behov och möjligheter för att arbeta evidensbaserat vid den företagshälsovård där du är anställd?”. Totalt lämnade 98 personer kommentarer på frågan. Svaren varierade i omfattning från några enstaka ord till långa stycken om maximalt 10 rader (tabell 7).

Tabell 7. Beskrivning av kategorier och underkategorier.

Möjliggörande faktorer	Hindrande faktorer
Utbildning och seminarier för att utveckla kunskaper och sprida information	Det finns för lite avsatt tid för att arbeta evidensbaserat
Stöd från ledning	Ekonomi – snabba insatser, kortsiktighet, vinst
Eget intresse viktig drivkraft	Kundföretagens önskemål
Behov av infrastruktur för EBP	Klinisk tillämpning av evidens är en utmaning

Möjliggörande faktorer

Utbildning och seminarier för att utveckla kunskaper och sprida information

Utbildningar, kurser och seminarieverksamhet föreslogs av flera deltagare som viktiga faktorer för att enskilda medarbetare ska utveckla kunskaper och hålla sig uppdaterade. Utbildningar och seminarier föreslogs också som möjliggörande för att sprida aktuell information inom olika områden och göra den tillgängliga. Det framkom även förslag om videokonferenser för att undvika restid och öka tillgänglighet.

Vore önskvärt att ha tillgång till seminarier ute i landet eller via video kring aktuell forskning och evidensbaserade metoder - särskilt i de fall man kommer fram till något nytt.

Stöd från ledning

I likhet med tidigare forskning inom området, framkom även här att stöd från ledningen är väsentligt för EBP. En aktiv och stödjande ledning/arbetsgivare innebar goda förutsättningar för att arbeta evidensbaserat. Bristande stöd från ledning/arbetsgivare innebar att deltagarna uppfattade att fokus riktas från evidens och mot vinst. Följande utsaga illustrerar stöd från ledning:

Jag har förmånen att arbeta hos en arbetsgivare som brinner för att hålla hög kvalitet -vetenskapligt baserad -något som ger mig som medicinsk chef möjlighet att integrera evidens i vardagen.

Eget intresse viktig drivkraft

I kommentarerna framkom att det egna intresset för att utbilda sig och tillägna sig nya kunskaper, läsa litteratur, inhämta evidens och skaffa ny information inom ett område var en viktig drivkraft och gav ”energi” till att arbeta vidare. I en kommentar framkom att det egna intresset innebar att personen kunde ”sälja in” evidensbaserade metoder till kunden och kundföretaget. Samtidigt verkade det egna intresset för EBP vara något som deltagarna fick ägna sig åt på fritiden och inget som bekostades av arbetsgivaren. Här följer en kommentarer:

Så länge företag styr av bara vinstintresse för aktieägarna försvårar det möjligheten att arbeta evidensbaserat. Jag gör det ändå och läser in litteratur på min fritid.

Behov av infrastruktur för EBP

En del kommentarer handlade om att en infrastruktur för EBP behövdes för att sprida evidensbaserade metoder och göra dem tillgängliga. Exempelvis skulle en aktuell hemsida eller återkommande nyhetsbrev innebära att information om evidens och forskningsresultat blir lättillgängliga, vilket enligt några deltagare skulle kunna spara tid för den enskilda FHV-medarbetaren, som i förlängningen inte skulle behöva leta upp aktuell evidens själv och dessutom granska och värdera den.

Det är till stor hjälp när nya forskningsrön skickas ut via länk eller dyl. När man har mycket att göra blir det mer sällan att man aktivt söker, om man inte håller på med något utvecklingsarbete inom området för då tar man sig den tiden.

Hindrande faktorer

Det finns för lite avsatt tid för att arbeta evidensbaserat

Flera kommentarer handlade om att deltagarna ansåg att det behövdes avsatt tid för att arbeta evidensbaserat. Deltagarna lyfte fram önskemål om ”öronmärkt” tid för att söka information, läsa in sig på ett område eller att pröva att implementera nya arbetssätt på den egna arbetsplatsen. Flera av de som lämnat kommentarer påtalade att det egna intresset är en viktig drivkraft för att arbeta evidensbaserat, men avsaknad av tid och prioritering av andra frågor var försvårande faktorer för detta arbete. Följande kommentar belyser behov av avsatt tid för att arbeta evidensbaserat:

Intresset är mycket stort och vi har alla möjligheter men att avsätta tid för att implementera är svårt då det är många akuta frågor som måste gå före.

Ekonomi – snabba insatser, kortsiktighet, vinst

I de kommentarer som handlade om ekonomi ställdes EBP mot FHV-företagets ekonomi. FHV beskrevs av deltagarna ha krav på debiterbara insatser, att budget skall hållas och vinst erhållas. EBP beskrevs, å andra sidan, som ett arbetssätt som inte genererade debiterbar tid. Ekonomiska ramar, snabba insatser och i viss mån kortsiktighet i planering innebar försvårande omständigheter för att arbeta evidensbaserat. Utveckling och implementering av evidensbaserade metoder beskrevs som lågt prioriterade i relation till ekonomi och att hålla budget.

FHV arbetar på en marknad med kortsiktiga avtal, där ofta lägsta pris avgör vem som vinner en upphandling. FHV-aktörerna är varandras konkurrenter. De flesta FHV kämpar med sin ekonomi och anställningarna är allt oftare otrygga. Vidareutbildning av personalen, forskning och utveckling av metoder är lågt prioriterade på en tuff FHV-marknad där lägst pris ofta avgör.

Kundföretagens önskemål

Flertalet kommentarer handlade om hur deltagarna uppfattade kundföretagens önskemål. Deltagarna ansåg att dessa önskemål vanligtvis hade stort inflytande över FHV:s verksamhet och att önskemålen vanligtvis handlade om att FHV förväntades välja insatser utifrån kostnad och inte utifrån evidens. En del deltagare verkade bemöta kundföretagens önskemål genom att påtala möjligheterna med evidens och att lyfta fram att insatser väljs utifrån beprövade metoder. De evidensbaserade insatserna stod för god kvalitet. Enligt deltagarna var det ett ”berättigande” av EBP. Följande kommentarer illustrerar dessa åsikter:

Att arbeta evidensbaserat mot kunden på arbetsplatser kräver ibland att man gör undersökningar och använder metoder som är tidskrävande. Att föreslå sådana undersökningsmetoder blir kostsamt för kunden vilket man inte är intresserad av.

Klinisk tillämpning av evidens är en utmaning

Deltagarna kommenterade att den kliniska tillämpningen av evidensbaserade metoder var en utmaning. De kommentarer som fanns i materialet speglade åsikten att tillämpning av evidens i den kliniska vardagen var viktigt. Samtidigt påtalades behov av riktlinjer och praktiska råd, så att tillämpningen förenklades i det vardagliga arbetet inom FHV. Några kommentarer handlade även om att det inte fanns evidens för ”allt” och att den evidens som fanns inom ett visst område behövde sättas i relation till patientens berättelse om sina symtom, till kliniska fynd och så vidare. Ytterligare en viktig faktor i sammanhanget var hur väl insatta enskilda medarbetare var i en viss metod, som visat sig vara effektiv i andra sammanhang.

Rädd för att man glömmet att en avgörande komponent kring hur utfallet blir beror på hur trygg/ internaliserad den evidensbaserade metoden är hos den professionelle som använder metoden. Jag har under mina år ännu inte råkat på en totalt vattentät evidensbaserad metod, då det finns en mängd variabler som skiljer ett ärende från ett annat samt att olika ärenden inom företagsvården har olika komplexitet.

Diskussion

Syftet med den här studien var att kartlägga kunskaper, attityder, hindrande och stödjande faktorer för användandet av EBP inom FHV i Sverige, samt undersöka om, och i så fall, hur detta har förändrats jämfört med kartläggningen år 2011.

Vid jämförelse av utvecklingen över treårsperioden från år 2011 till år 2014 i hela gruppen av svarande framkom att de FHV-anställdas tilltro till den egna kompetensen att kritiskt granska vetenskaplig litteratur har ökat och det fanns fortsatt ett stort intresse för att arbeta evidensbaserat. Däremot uppgav de FHV-anställda att det fanns mindre organisatoriskt stöd för EBP, vilket tyder på en mindre lyckosam utveckling.

Sammanfattningsvis visade resultatet på minskade förutsättningar inom FHV-organisationerna för EBP och minskat stöd från ledning för EBP. Den senaste treårsperioden har alltså inneburit en försämrad utveckling för EBP på organisatorisk nivå. Genomgående har organisatoriskt stöd för EBP inom externt organiserade FHV-enheter försämrats under den senaste treårsperioden.

Individens intresse, behov och möjligheter att arbeta evidensbaserat

I kartläggningen av svaren från 2014 framkom att det fanns en gynnsam attityd och inställning till att arbeta evidensbaserat. Det fanns god tilltro till de egna kunskaperna att granska och implementera evidensbaserad kunskap. Bland de öppna svarsalternativen framkom att individens eget intresse är en viktig drivkraft för EBP och alltså en möjliggörande faktor. Medarbetare som var positivt inställda till EBP möjliggjorde införandet av EBP, vilket även bekräftas av tidigare studier (Preece et al., 2012).

Vid jämförelse mellan år 2011 till 2014 sågs en utveckling som visade att de FHV-anställdas intresse för EBP har ökat under treårsperioden. Denna utveckling skiljde sig från tidigare studier genomförda inom hälso- och sjukvård (van Dijk et al., 2010). En systematisk

litteraturoversikt visade att vanligt förekommande hindrande faktorer för att arbeta enligt EBP var brist på kunskap för hur forskningsresultat ska värderas och tolkas, samt individens bristande intresse och tilltro till sin förmåga att överbrygga dessa hinder (van Dijk et al., 2010). Faktorer som var knutna till de FHV-anställdas intresse och tilltro till sin förmåga att arbeta evidensbaserat har istället ökat under den senaste treårsperioden.

Individens inhämtning av ny kunskap och information

Kartläggningen visade att det vanligaste sättet att inhämta ny kunskap och information var genom att söka på internet. Det verkade finnas god tilltro bland de som har svarat till att den information som man finner har god tillförlitlighet. Bland de skrivna kommentarerna fanns önskemål om utbildningar, kurser och seminarieverksamhet och som lyftes fram som viktiga faktorer för den enskilde medarbetarens kunskapsutveckling och uppdatering inom sitt yrkesområde. Resultatet ligger i linje med tidigare studier som visar att utbildning, workshops och seminarier var viktiga förutsättningar för att möjliggöra EBP inom FHV (Bernhardsson et al., 2014; Hugenholtz et al., 2009). Det är förmodligen väsentligt att enstaka utbildningstillfällen omfattar någon form av uppföljning, exempelvis genom workshops och/eller webbsida med råd och stöd för EBP, för att underlätta för deltagarna att vidmakthålla sina kunskaper (Bernhardsson et al., 2014; Boaz et al., 2011; McCormack et al., 2013) anpassat efter målgrupp (Grol & Grimshaw, 2003).

Jämförelse av utvecklingen mellan 2011 och 2014 avseende informationssökning speglade en successiv utveckling från informationssökning i böcker och tryckt material till sökning på internet. Under dessa år har det även kommit flera FHV-specifika hemsidor med information och riktlinjer avsedda för målgrupper inom FHV, vilket kan vara ytterligare en förklaring till minskad informationssökning i böcker och tryckt material. Resultatet bekräftas av Schaafsma et al. (2004) som menar att hemsidor med vetenskapligt innehåll, riktlinjer med mera avsett för FHV är en möjliggörande faktor för EBP.

Organisationens kompetens och ledningens stöd för evidensbaserad praktik

Kartläggningen 2014 av organisationens kompetens och ledningens stöd för EBP visade att knappt hälften instämde helt eller i stort sett att ledningen uppmuntrade till att arbeta enligt EBP. Från de öppna svaren framkom att stöd från ledning är en möjliggörande faktor. Hindrande faktorer knutna till organisatoriska förutsättningar var brist på tid, ekonomiska ramar och kundföretagens önskemål. Dessa resultat bekräftas av tidigare studier som visar att tidsbrist är vanligt förekommande hindren för EBP (O'Donnell, 2004; Zwolsman et al., 2012) samt kollegors kompetens och kunskap om EBP (Zwolsman et al., 2012).

Vid jämförelse av utvecklingen från 2011 och till 2014 ses en utveckling där organisatoriska förutsättningar, kompetens inom organisationen och ledningens stöd har minskat. Även när vi har gjort om analyserna och enbart inkluderat de enheter som har besvarat enkäten vid båda datainsamlingarna kvarstår dessa resultat. Motivet att göra om dessa analyser var för att se om förändringen delvis kunde förklaras av att en del enheter som har deltagit i kartläggningen från 2014 var nytillkomna. Resultatet från intervjuer med FHV-chefer bekräftade bilden; i intervjuerna framkom att cheferna ansåg att det fanns ett stort intresse och "driv" hos deras medarbetare, något som ansågs vara viktigt för införandet av EBP, samtidigt som cheferna berättade att själva implementeringen av nya arbetssätt och metoder inte hanns med i den

omfattning som de önskade. Det framkom även att EBP verkade drivas av enskilda medarbetare, vilket gjorde att EBP var ”personbundet”, det vill säga knutet till en eller flera intresserade medarbetare (”eldsjälar”). Tidigare forskning lyfter fram betydelsen av ledningens uppmuntran och stöd som en viktig förutsättning och framgångsfaktor för att arbeta enligt EBP (Weiner, Belden, Bergmire, & Johnston, 2011). I organisationer med engagerade styrgrupper förenklas införandet av exempelvis nya riktlinjer (Preece et al., 2012).

För ett lyckosamt införande verkar det alltså krävas såväl resurser som engagerade medarbetare och ledning samtidigt. Bristande resurser är ett välkänt hinder för implementering av nya arbetsmetoder. Mer sannolikt är dock att de personer som har besvarat enkäten 2014 har fått mer kunskaper om EBP och vad som krävs för att arbeta enligt EBP jämfört med 2011, och därmed blivit mer kritiskt inställda till de förutsättningar som skapas, eller inte, av den egna organisationen. Förändringen i utvecklingen mellan åren 2011 och 2014 skulle kunna förklaras av att FHV-medarbetare kan ha blivit mer kritiskt inställda till vad EBP innebär. Vid den första datainsamlingen verkade FHV-medarbetarna nöjda med att exempelvis kunna köpa en bok eller gå en kurs, men efterfrågar vid datainsamlingen 2014 mer stöd från ledning för att arbeta aktivt med att införa evidensbaserade metoder i sitt dagliga arbete.

Även intervjuerna med chefer gav intrycket av att EBP drivs av enskilda, engagerade medarbetare, trots att man som chef hade intentioner att ha kommit längre i införandet av rutiner för EBP än vad man faktiskt hade. Under vintern 2014 kom riktlinjer vid ländryggsbesvär som är ett exempel på evidensbaserade riktlinjer av betydelse för FHV. Användandet av riktlinjerna innebär att de FHV-medarbetare som skall använda dem behöver tid för inläsning och utbildning för att lära sig att använda riktlinjerna, vilket också ställer krav på tillgängliga resurser, en ledning som förstår betydelsen av det nya arbetssättet och att kundföretagen är villiga att bekosta insatser eller behandling som riktlinjerna innehåller.

Organisatoriskt lärande

Organisatoriskt lärande innebär att enskilda medarbetare kan ersättas, samtidigt som att organisationen utvecklas vidare för att en del av organisationens kunskap finns etablerad i arbetsrutiner, regler, normer och värderingar. För en långsiktig implementering av exempelvis EBP behövs förmodligen någon form av organisatoriskt lärande, där arbetsmetoder och rutiner ”byggs in” på en arbetsplats. Nya medarbetare kommer att ”införliva” och förhålla sig till rådande normer och arbetsmetoder som finns i organisationen, något som kallas ”ackumulerad kunskap” (Nilsen, 2014).

I den här studien har vi lyft fram FHV-anställdas inställningar och attityder till EBP. Definitionen av EBP gällde tillämpning i generell mening och var inte knutet till exempelvis införande av evidensbaserade riktlinjer eller arbetsmetoder. Som framgick av resultatet fanns det fortsättningsvis ett intresse och en gynnsam inställning till evidensbaserat arbetssätt hos FHV-anställda. Resultatet visade också på en mindre gynnsam utveckling avseenden organisatoriska förutsättningar och stöd från ledning, vilket även bekräftades av intervjuer med chefer inom FHV. Medarbetarnas intresse och inställning är givetvis goda förutsättningar, och intervjuer med FHV-chefer visade att även från ledningsperspektivet fanns intresse och driv för frågor som rörde EBP. Intervjuerna visade dock att viktiga byggstenar (t ex tid för att diskutera och tillämpa nya arbetssätt, utveckla rutiner för nya

arbetsmetoder vid den egna FHV-enheten), för hållbar implementering och utveckling av ett evidensbaserat arbetssätt inom FHV saknades.

Hållbar implementering förutsätter såväl ett organisatoriskt lärande, det vill säga att organisation och medarbetare blir ”bärare” och ”förvaltare” av nya rutiner, samt att enskilda individer är intresserade och motiverade att arbeta evidensbaserat. Alltså ett engagemang som förutsätter organisationens och ledningens stöd samt de FHV-anställdas eget intresse. Ett sådant lärande kan utvecklas genom stödjande infrastrukturer för EBP, exempelvis branschspecifika hemsidor som redovisar sammanställningar av forskningsstudier, uppföljningar av insatser inom FHV samt goda exempel på införande av nya arbetsmetoder och hur dessa kan anpassas till olika kontextuella förutsättningar inom FHV. Även akademiseringsprocessen inom vårdutbildningar kommer att bidra till ett organisatoriskt lärande. Processen kommer att innebära att fler FHV-medarbetare har kompetens inom vetenskaplig metodik och kunskaper om att kritiskt granska och värdera forskningsresultat.

Metoddiskussion

Enkäten skickades till ett strategiskt urval av FHV-enheter, som representerar olika FHV-kategorier. Svarefrekvensen var acceptabel (63 %). Bland de som besvarade enkäten var fördelningen mellan professioner väl överensstämmande med data från Sveriges Företagshälsor (Alipour et al., 2012).

Resultatet från enkäten innehåller data som speglar deltagarnas beskrivning av sin situation och attityder vid det aktuella tillfället. I denna typ av data finns alltid en risk att deltagarna besvarar enkäten utifrån hur de tycker att det ”bör” vara, istället för att ange sin egen inställning eller åsikt. Det kan alltså finnas en tendens till så kallad socialt önskvärda svar. Vi har försökt att motverka socialt önskvärda svar genom att i informationsbrevet som föregick enkäten betona att det var deltagarens egen inställning och åsikt som var av betydelse för undersökningen, samt att svaren skulle behandlas konfidentiellt. Det går dock inte helt att bortse ifrån att det kan finnas en överskattning av andelen positiva svar. Likaså kan det finnas skillnader avseende attityd och kunskap om EBP mellan de enheter som valde att delta i undersökningen och de som valde att avstå från deltagande. Samma skillnad kan även föreligga på individnivå mellan som valde att besvara enkäten, och de som inte besvarade den.

För att undersöka om en sådan skillnad finns skulle förnyad kontakt behövts med de icke-svarande enheterna/individerna för att undersöka orsakerna till varför man valt att inte delta.

De jämförelser som presenteras i rapporten visar utvecklingen mellan datainsamlingarna år 2011 och 2014. Populationen är en så kallad öppen population; nya deltagare har tillkommit i utvärderingen 2014 och en del av de som deltog 2011 har inte deltagit 2014.

Proportionerna avseende externa och interna FHV-enheter skilde sig något åt mellan åren 2011 och 2014. Vid utvärderingen 2011 var det 43 % av de svarande som arbetade vid externa FHV-enheter och 57 % vid interna FHV-enheter. Motsvarande andelar var år 2014: 55 % vid externa och 45 % vid interna. Vid tolkning av resultaten bör det beaktas att vi inte har analyserat på enhetsnivå, eftersom det har varit ett otillräckligt underlag för att jämföra enskilda enheter över tid. De skillnader som framkommer är tendenser som kan ses i gruppen av de som har besvarat enkäten, och några signifikanta skillnader framkom vid analys av typ

av FHV-kategori. Vid analys av FHV-kategori har samma kategorisering tillämpats vid båda mättillfällena.

Slutsatser

- FHV-anställdas intresse och kompetens för att arbeta evidensbaserat har ökat under de senaste tre åren
- FHV-anställda har ökad tilltro till sin egen förmåga att kritiskt granska vetenskaplig information
- Andelen FHV-anställda som uppger att EBP är viktigt för kundföretagen har minskat under de senaste tre åren
 - Ledningen uppger som orsak till att kunder inte efterfrågar EBP är att de utgår från att FHV säljer tjänster utifrån bästa tillgängliga kunskap
- Det organisatoriska stödet har minskat under samma period
 - Ledningen lägger ansvaret för kunskapsutvecklingen på individnivå och ser det inte som sin uppgift att stödja och utveckla ett organisatoriskt lärande
 - Ledningen och FHV-anställda anger bristande ekonomiska resurser för att hinna med kompetensutveckling och implementering av nya metoder
 - Stöd från organisation och ledning anges som viktiga möjliggörande faktorer för EBP av FHV-anställda.

Referenser

- Alipour, A, Nyman, T, Hagberg, J, Ahnmé Ekenryd, C, Hermansson, U, Lohela Karlsson, M, . . . Jensen, I. (2012). Evidensbaserad praktik i företagshälsovården. En nationell undersökning om kunskap, attityder, hindrande och stödjande faktorer. Stockholm: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, institutet för miljömedicin, Karolinska institutet.
- Bernhardsson, S., Larsson, M. E., Eggertsen, R., Olsen, M. F., Johansson, K., Nilsen, P., . . . Oberg, B. (2014). Evaluation of a tailored, multi-component intervention for implementation of evidence-based clinical practice guidelines in primary care physical therapy: a non-randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*, *14*, 105.
- Boaz, A., Baeza, J., & Fraser, A. (2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Res Notes*, *4*, 212.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*, *8*, 38.
- Franco, G. (2001). The future of occupational health practice: reconciling customer expectation and evidence-based practice. *Occup Med (Lond)*, *51*(8), 482-484.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.
- Greenhalgh, T. (2012). *Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter - grunden för en evidensbaserad vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, *362*(9391), 1225-1230.
- Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. London: Elsevier.
- Gummesson, C., & Nordmark, E. (2009). Att arbeta evidensbaserat - utifrån bästa möjliga aktuella kunskapsläge. (Elektronisk) Retrieved 2014-05-20, from <https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dDI1QU9uOC1ZckF6NXdQMEpIRGRsVHc6MA>
- Heselmans, A., Donceel, P., Aertgeerts, B., Van de Velde, S., & Ramaekers, D. (2010). The attitude of Flemish occupational health physicians toward evidence-based occupational health and clinical practice guidelines. *Int Arch Occup Environ Health*, *83*(2), 201-208.
- Hugenholtz, N. I., Nieuwenhuijsen, K., Sluiter, J. K., & van Dijk, F. J. (2009). Do knowledge infrastructure facilities support evidence-based practice in occupational health? An exploratory study across countries among occupational physicians enrolled on Evidence-Based Medicine courses. *BMC Health Serv Res*, *9*, 18.
- Hugenholtz, N. I., Schaafsma, F. G., Schreinemakers, J. F., van Dijk, F. J., & Nieuwenhuijsen, K. (2008). Occupational physicians' perceived value of evidence-based medicine intervention in enhancing their professional performance. *Scand J Work Environ Health*, *34*(3), 189-197.
- Kinnunen-Amoroso, M. (2013). How occupational health care professionals experience evidence-based guidelines in Finland: a qualitative study. *J Eval Clin Pract*, *19*(4), 612-616.
- Kuijer, P. P., Verbeek, J. H., Visser, B., Elders, L. A., Van Roden, N., Van den Wittenboer, M. E., . . . Hulshof, C. T. (2014). An Evidence-Based Multidisciplinary Practice Guideline to Reduce the Workload due to Lifting for Preventing Work-Related Low Back Pain. *Ann Occup Environ Med*, *26*, 16.

- Kwak, L., Hagströmer, M., Jensen, I., Karlsson, ML, Alipour, A, & Schäfer Elinder, L. (2014). Promoting physical activity and healthy dietary behavior: the role of the occupational health services. A scoping review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(1), 35-46.
- McCormack, L., Sheridan, S., Lewis, M., Boudewyns, V., Melvin, C. L., Kistler, C., . . . Lohr, K. N. (2013). Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(213), 1-520.
- Nilsen, P. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik* (P. Nilsen Ed.). Malmö: Gleerups.
- O'Donnell, C. A. (2004). Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. *J Eval Clin Pract*, 10(2), 197-205.
- Poitras, S., Durand, M. J., Cote, A. M., & Tousignant, M. (2011). Use of low-back pain guidelines by occupational therapists: a qualitative study of barriers and facilitators. *Work*, 39(4), 465-475.
- Preece, R., Williams, S., Jones, S., Peel, P., & Roughton, M. (2012). Measuring implementation of evidence-based guidance on promoting workers' health. *Occup Med (Lond)*, 62(8), 627-631.
- Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*, 14(5), 888-897.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Schaafsma, F., Hulshof, C., van Dijk, F., & Verbeek, J. (2004). Information demands of occupational health physicians and their attitude towards evidence-based medicine. *Scand J Work Environ Health*, 30(4), 327-330.
- Schäfer Elinder, L, & Kwak, L (Eds.). (2014). *Evidensbaserat folkhälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Sheldon, M. R. (2007). Evidence-based practice in occupational health: description and application of an implementation effectiveness model. *Work*, 29(2), 137-143.
- Socialstyrelsen. (2011). På väg mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens offentliga utredningar. (2007). Ny företagshälsovård - ny kunskapsförsörjning. Betänkande av utredningen framtidens FHV-utbildning. Stockholm.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003).
- Sveriges Företagshälsor. (2014). Branschstatistik 2014 - delrapport 1.
- van Dijk, N., Hooft, L., & Wieringa-de Waard, M. (2010). What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Acad Med*, 85(7), 1163-1170.
- Weiner, B. J., Belden, C. M., Bergmire, D. M., & Johnston, M. (2011). The meaning and measurement of implementation climate. *Implement Sci*, 6, 78. doi: 10.1186/1748-5908-6-78
- Zwolsman, S., te Pas, E., Hooft, L., Wieringa-de Waard, M., & van Dijk, N. (2012). Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 62(600), e511-521.

Bilaga 1

Tabell 3:1. Påståenden som handlar om individens intresse, behov och möjligheter för evidensbaserad praktik. Grupperade efter typ av FHV-enhet: privata externa större (PES), privata externa mindre (PEM), privata interna (PI) och kommun- eller landstingsägda interna (KLI).

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)				Varken eller (%)				Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)				Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*			
	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI
Jag har kollegialt stöd för att arbeta evidensbaserat																
2011	8	6	5	7	21	24	14	12	71	71	82	81				
2014	9	8	10	2	19	11	17	15	72	81	73	83				
Att arbeta evidensbaserat ingår i mitt arbete																
2011	6	11	8	3	20	18	14	12	74	72	77	86				
2014	6	6	3	2	19	16	20	11	76	78	77	86				
Att arbeta evidensbaserat ökar min arbetsbelastning																
2011	43	38	43	39	20	23	31	28	37	39	26	33				
2014	45	47	33	46	30	38	43	38	25	16	23	17	0,005		0,006	
Att arbeta utifrån bästa möjliga evidensbas kommer att bli mer och mer betydelsefullt inom företagshälsovården																
2011	3	2	1	2	4	8	8	4	92	90	91	94				
2014	2	3	0	2	13	5	7	9	85	92	93	89				
Jag saknar tillräckliga kunskaper för att kritiskt kunna granska och tolka evidensbaserad information																
2011	42	43	50	50	28	22	21	26	29	35	29	24				
2014	49	44	53	54	29	31	30	31	22	25	17	15				
Jag saknar tillräckliga kunskaper och färdigheter för att kunna använda och implementera evidensbaserad information																
2011	40	42	46	58	32	22	24	19	29	36	30	23				
2014	45	45	53	57	34	37	30	26	21	18	17	17				

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05.

Tabell 4:1. Påståenden som berör hur individen inhämtar ny kunskap och information. Grupperade efter typ av FHV-enhet: privata externa större (PES), privata externa mindre (PEM), privata interna (PI) och kommun- eller landstingsägda interna (KLI).

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)				Varken eller (%)				Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)				Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*			
	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI
Vi diskuterar kring bästa möjliga aktuella kunskapsläge/evidensbas på min arbetsplats.																
2011	40	27	21	19	28	26	21	28	32	47	57	53				
2014	35	21	30	19	34	32	27	28	31	47	43	54				
Jag skaffar mig ny kunskap genom att delta i olika forsknings- och utvecklingsprojekt.																
2011	70	70	49	51	14	17	26	20	16	13	25	29				
2014	67	60	53	46	22	19	20	27	11	22	27	28				
Jag söker regelbundet efter information inom mitt yrkesområde i böcker, tidskrifter, annat tryckt material.																
2011	16	12	11	8	21	22	21	19	63	66	68	73				
2014	15	16	13	7	28	25	23	25	57	59	63	69				
Jag söker regelbundet efter information inom mitt yrkesområde på internet.																
2011	11	11	11	8	28	18	23	16	62	71	67	77				
2014	15	19	10	7	18	21	17	19	67	61	73	75				
Jag har inte tid att söka information.																
2011	25	38	45	40	29	28	23	32	46	34	33	28				
2014	20	40	37	38	35	31	30	38	45	29	33	24				
Tillförlitligheten i den information jag hittar inom mitt yrkesområde är låg.																
2011	70	61	66	66	20	28	25	27	10	12	9	7				
2014	53	57	60	59	38	34	30	34	10	9	10	7	0,03			

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05.

Tabell 5:1. Påståenden som handlar om organisatoriska förutsättningar för den enskildes möjlighet att arbeta evidensbaserat vid den Företagshälsovård där man är anställd. Grupperade efter typ av FHV-enhet: privata externa större (PES), privata externa mindre (PEM), privata interna (PI) och kommun- eller landstingsägda interna (KLI).

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)				Varken eller (%)				Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)				Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*			
	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI	PES	PEM	PI	KLI
Ledningen uppmuntrar mig att arbeta evidensbaserat																
2011	38	24	16	10	25	17	22	20	38	59	62	70	0,023			
2014	40	32	23	18	32	26	37	18	28	42	40	65				
Det finns tillräcklig kompetens för att arbeta evidensbaserat																
2011	11	9	5	2	24	20	18	16	65	71	77	82	0,001 0,000 0,011 0,000			
2014	16	25	17	10	42	26	30	23	42	50	53	67				
Jag uppmuntras att söka vidareutbildningar.																
2011	59	33	22	15	19	18	17	18	22	49	61	66				
2014	49	38	17	15	28	24	20	23	23	38	63	61				
Vi diskuterar val av metoder och verktyg.																
2011	34	13	12	6	28	22	13	16	38	64	75	78	0,027			
2014	37	17	13	6	22	24	37	16	41	58	50	78				
Det finns möjligheter att söka och ladda ner vetenskapliga artiklar från internet inom mitt yrkesområde.																
2011	27	16	12	2	17	11	14	16	56	72	74	82	0,032 0,000			
2014	36	18	17	10	24	23	10	23	40	60	73	67				
Jag uppmuntras till nyinköp av litteratur inom mitt yrkesområde.																
2011	52	29	12	12	23	18	14	12	24	52	74	76	0,000			
2014	46	35	13	11	36	28	20	24	18	37	67	65				
Jag uppmuntras att delta i forsknings- och utvecklingsprojekt.																
2011	64	47	28	21	18	27	28	25	18	25	45	54				
2014	67	48	37	26	25	28	33	28	8	24	30	46				
Det är viktigt för våra kundföretag att vi arbetar evidensbaserat.																
2011	10	12	10	6	14	11	10	17	76	77	79	77	0,027			
2014	14	10	7	6	24	22	20	22	61	68	73	72				

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05.

Tabell 5:2. Påståenden som handlar om organisatoriska förutsättningar för den enskildes möjlighet att arbeta evidensbaserat vid den Företagshälsovård där man är anställd. Jämförelser baserade på svar från de enheter som deltog vid båda datainsamlingarna.

	Instämmer inte/ instämmer delvis (%)	Varken eller (%)	Instämmer i stort sett/ Instämmer helt (%)	Statistisk prövning av förändring mellan 2011 och 2014*
Ledningen uppmuntrar mig att arbeta evidensbaserat.				
2011	17	21	62	0,001
2014	26	23	51	
Det finns tillräcklig kompetens för att arbeta evidensbaserat.				
2011	5	17	78	0,000
2014	16	26	58	
Jag uppmuntras att söka vidareutbildningar.				
2011	27	18	55	0,244
2014	28	23	49	
Vi diskuterar val av metoder och verktyg.				
2011	12	19	69	0,117
2014	15	21	64	
Det finns möjligheter att söka och ladda ner vetenskapliga artiklar från internet inom mitt yrkesområde.				
2011	14	10	76	0,000
2014	20	22	58	
Jag uppmuntras till nyinköp av litteratur inom mitt yrkesområde.				
2011	22	15	63	0,005
2014	24	26	50	
Jag uppmuntras att delta i forsknings- och utvecklingsprojekt.				
2011	35	25	40	0,048
2014	41	25	34	
Det är viktigt för våra kundföretag att vi arbetar evidensbaserat.				
2011	9	14	77	0,093
2014	9	20	71	

*Statistisk säkerställd förändring < 0,05. Förändring markerad med **fet stil** är statistiskt säkerställd.

Enheten för interventions- och implementeringsforskning
Institutet för miljömedicin (IMM)
Karolinska Institutet
www.ki.se/imm/itg