



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskaplige fakultet

En studie av hva intensivsykepleierne forstår med kunnskapsbasert praksis, og hva det betyr for dem i deres arbeidshverdag.

En kvalitativ studie

Trine Amundsen Aga

Masteroppgave i Sykepleie mai 2018



Forord

Da kan jeg endelig sette punktum i en lang prosess med videreutdanning og masteroppgave. Dette halve året med intensiv skriving og 100% jobb har vært utfordrende. Prosessen med å skrive master har vært både krevende og innholdsrik, og har gitt meg kunnskap som kan bidra i min yrkesutøvelse i framtiden.

Takker mine flotte informanter for dere deltakelse i mitt masteroppgaveprosjekt. Uten dere hadde det ikke blitt noe prosjekt.

En stor takk til min svært dyktige og kyndige veileder Monica Kvande, du er mitt forbilde som veileder!

Jeg vil også takke alle dere i masterbula! Takk for gode diskusjoner og innspill!

Til Anna, Josefine, Johan og Peter, takk for all støtten dere har gitt meg gjennom denne prosessen! Jeg elsker dere!

Takk for alle heiarop og gode ord!

Tromsø, mai 2018

Trine Amundsen Aga

Sammendrag

Introduksjon

Det er et økt krav fra myndighetene om å jobbe kunnskapsbasert i klinisk praksis og det er et stort fokus på implementering av kunnskapsbasert praksis (KBP) i helse- og omsorgsfagene. Å jobbe kunnskapsbasert å ta faglige avgjørelser som er basert på en systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens egne ønsker og behov i situasjonen. Hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleiernes meninger om, og erfaringer med kunnskapsbasert praksis. Problemstillingen i oppgaven er;

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling?»

Metode

Metoden ble valgt for å svare best mulig på problemstillingen og er en fenomenologisk hermeneutisk inspirert studie med tre semi-strukturerte intervju av intensivsykepleiere i en generell intensivavdeling på ett universitetssykehus. Analysen er gjennomført med en systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud.

Resultat

I analyse av intervjumateriale ble fem hovedtema tydelig; begrepet kunnskapsbasert praksis, å handle raskt, å ha erfaring, å undre seg og stille spørsmål og bruk av fag og forskning. Intensivsykepleierne uttrykker flere hinder for å kunne jobbe kunnskapsbasert i sin daglige praksis. Ett av hindrene går på forståelsen av begrepet kunnskapsbasert praksis, og viser til ulik forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis. Intensivsykepleierne formidler at den erfaringsbaserte kunnskapen er essensiell og kunnskapskilden de støtter seg til i den daglige praksis. Videre formidler intensivsykepleierne mangel på tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert.

Diskusjon

Tre sentrale funn blir diskutert i oppgaven. Veien videre med å bygge bro mellom de ulike kunnskapsformene, å undre seg og stille spørsmål og implementering.

Til tross for økt fokus og krav fra myndigheter om å jobbe på kunnskapsbasert i klinisk praksis, viser min studie utfordringer i implementering av konseptet kunnskapsbasert praksis. Innsikter studien har gitt tydeliggjør at det må være et fokus på den enkelte intensivsykepleiers forståelse av konseptet kunnskapsbasert praksis og hva det vil si å jobbe kunnskapsbasert.

Nøkkelord

kunnskapsbasert praksis, intensivavdeling, intensivsykepleie, kvalitativ studie, semistrukturert intervju, fenomenologi, hermeneutikk

Summary

Introduction

Because of the increased requirement from the authorities to work evidence-based in clinical practice, and there is a major focus on implementing evidence-based practice (EBP) in health and social care. The understanding of working evidence-based is making professional decisions based on systematic acquisition of research-based knowledge, experience-based knowledge and patient's own wishes and needs in the situation. The purpose of the study is to examine the intensive care nurses' opinions about, and experiences with knowledge-based practice. Research question;

"What experiences does the intensive care worker have in working evidence-based in an intensive care unit?"

Method

The method for this study is a phenomenological hermeneutically-inspired study with three semi-structured interviews of intensive care nurses in a general intensive care unit at a university hospital. The analysis was conducted with a systematic text condensation inspired by Malterud.

Results

In the analysis of interview material, five main themes became clear; the concept of evidence-based practice, to act quickly, to have experience, to wonder and ask questions and use of research. Intensive care nurses express several obstacles to being able to work evidence-based in their daily practice. One of the obstacles is the understanding of the concept of evidence-based practice, and refers to different understanding of the concept of evidence-based practice. Intensive care nurses convey that the experience-based knowledge is essential and the source of knowledge they support in daily practice. Furthermore, intensive care nurses provide lack of time and competence to work evidence-based.

Discussion

Three key findings are discussed in the assignment. The road continues to bridge the different forms of knowledge, to wonder and ask questions and implementation.

Despite the increased focus and demands of authorities to work on evidence based in clinical practice, my study shows challenges in implementing the concept of evidence-based practice. Insights the study has clarified that there must be a focus on the individual intensive care nurse's understanding of the concept of evidence-based practice and what it means to work knowledge-based

Key words

evidence-based practice, intensive care unit, intensive care nurse, qualitative study, semistructured interview, phenomenology, hermeneutics

In the 21st century, knowledge is the key element to improving health. In the same way that people need clean clear water, they have a right to clean, clear knowledge. Knowledge is the enemy of disease, the application of what we know will have a bigger impact than any drug or technology likely to be introduced in the next decade. I'm talking about three types of knowledge here, statistics, evidence and mistakes – we need to be able to deliver these as simply and abundantly as we deliver clean water. We need to take pure research and systematically review it to produce guidance that goes into the «water supply» and then comes out of the tap. Sir Muir Gray

(Vandvik, 2009, s. 123)

Innholdsfortegnelse

Forord.....	i
Sammendrag.....	ii
Summary	iv
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.1.1 Intensivavdelingen og intensivpasienten.....	3
1.1.2 Intensivsykepleierens ansvar og funksjonsområde.....	4
1.2 Problemstilling	4
1.3 Hensikt/avgrensning.....	4
1.4 Oppgavens oppbygging.....	4
2 Teoretisk utgangspunkt.....	6
2.1 Tidligere forskning.....	6
2.1.1 Forskning om intensivsykepleierens erfaring med kunnskapsbasert praksis	6
2.2 Kunnskapsbasert praksis	8
2.3 Evidensbasert praksis	11
2.4 Faglig skjønn.....	12
2.5 Kunnskap i handling.....	14
3 Metode.....	16
3.1 Metodisk tilnærming	16
3.2 Valg av metode.....	16
3.3 Intervju	17
3.4 Utvalg og rekruttering	18
3.5 Metodekvalitet.....	19
3.5.1 Refleksivitet.....	19
3.5.2 Relevans	19
3.5.3 Validitet.....	20
3.6 Etikk	20
3.6.1 Forske i eget felt.....	21
3.7 Forfortåelse.....	21
4 Analyse.....	23
4.1.1 Systematisk tekstkondensering.....	24
4.2 Resultat.....	25
4.2.1 Begrepet kunnskapsbasert praksis.....	25
4.2.2 Å handle raskt.....	26

4.2.3	Å ha erfaring.....	27
4.2.4	Å undre seg og stille spørsmål.....	28
4.2.5	Bruke av fag og forskning/verktøy.....	30
5	Diskusjon.....	32
5.1	Å bygge bro mellom kunnskapsformer	32
5.2	Å undre seg og stille spørsmål.....	35
5.3	Implementering	36
6	Avslutning	39
6.1	Implikasjoner for praksis.....	39
6.2	Videre forskning.....	40
	Referanseliste	41

Figurliste

Figur 1 - De tre komponentene i kunnskapsbasert praksis.....	9
Figur 2 - Trinnene i kunnskapsbasert praksis.....	9
Figur 3 - Kunnskapspyramide	10

Vedlegg 1 -Søknad om tilgang til forskningsfeltet

Vedlegg 2 – Søknad etter informanter

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Vedlegg 4 – Svar fra NSD

1 Innledning

I denne studien har jeg valgt å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling. Begrunnelse for valg av tema er først og fremst egen erfaring og undring over temaet kunnskapsbasert praksis (KBP) i mitt arbeid som intensivsykepleier.

Under studien erfarte jeg en endring i plassering av forstøverapparat på respiratorslanger førte til usikkerhet blant intensivsykepleierne. Intensivsykepleierne ble informert om endring i plassering av forstøverapparatet via email. Det ble ikke gitt noe undervisning relatert til endring av prosedyre, eller kontrollert at informasjonen var mottatt og forstått. I etterkant av denne emailen opplevde jeg på en seinvakt at forstøverapparatet var plassert på tre ulike plasser på tre ulike pasienter. Den ene oppe ved endotrakealtuben, den andre på tørr side av fukteren, og den tredje var plassert på våt side av fukteren. Dette gjorde at jeg begynte å undre meg over hvilke former for kunnskap intensivsykepleieren baserer sine handlinger på. Er det den erfaringsbaserte kunnskapen intensivsykepleierne baserer seg på, eller søker intensivsykepleieren aktivt selv fag- og forskningslitteratur?

1.1 Bakgrunn

Florence Nightingale, også kalt The lady with the lamp, innledet den profesjonelle sykepleien. Helt tilbake til Krimkrigen¹ var startet oppsamlingen av tallmateriale som senere ble systematisert. Dette tallmaterialet viste at god hygiene førte til bedre folkehelse. I Notes on Nursing (Nightingale, 1980) viser Nightingale til at observasjon er den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kan ha. Hun hadde tanker om betydningen av miljøet og omgivelsene, frisk luft, hygiene, varme og ernæring for helse og helbredelse. Nightingale ble respektert for sin evne til å statistisk fremstille sammenhengen mellom utførelse av stell og utforming av sykerommet med risiko for dødelighet. Hennes største bidrag til forskning var analysen av faktorer som endret dødsraten til soldater (Polit & Beck, 2017). I følge Nightingale er det sykepleieren som har hovedansvaret for å legge til rette slik at sykdommen blir en reparasjonsprosess. Sykepleien i seg selv har vært i utvikling helt fra Florence Nightingales tid (Elstad, 2014).

¹ Krimkrigen 1853-1856. Utspilt mellom Russland mot Tyrkia og vestmaktene på Krimhalvøyen. ("Store norske leksikon,")

Det er en kontinuerlig utvikling av medisinskteknisk utstyr, og den medisinske behandlingen blir tiltakende avansert. Denne utviklingen vil kunne gi behandling til flere pasientgrupper enn tidligere, det vil også derfor stilles større krav til helsepersonell om å holde seg faglig oppdatert. Det foreligger flere utredninger nasjonalt fra regjeringen, for eksempel NOU 2005:1 God forskning – bedre helse (NOU 2005:1), som ser på at sikker kunnskap ligger til grunnen for en god helsetjeneste, effektive sykdomsbehandlinger og virksomme helsefremmende tiltak. Utvalgets målsetning er også å forbedre den medisinske og helsefaglige forskningen.

Ett av målene i Stortingsmelding 10 God kvalitet og trygge tjenester (Meld. St. 10, 2012) er en økt satsning mot kvalitetsarbeid. Videre sier stortingsmeldingen at arbeidet med kvalitetsarbeid skal integreres i den daglige driften av helsevesenet. I undervisning av alle grunn-, videre- og etterutdanninger innen helse og omsorg skal det undervises i metoder for systematisk kvalitetsarbeid. I HelseOmsorg21 –strategien (Helsedirektoratet, 2013) og påfølgende handlingsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) skal et kunnskapssystem bedre folkehelsen og skape en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Strategien ser også på kunnskap som et fundament i næringsutvikling. På den måten ønsker strategien i tillegg til å holde fokus på kunnskap, også å utvikle arbeidsplasser. I denne strategien er kunnskapsbasert praksis et tiltak for å fremme kvalitet, øke pasientsikkerheten og effektiviteten.

Sandvik, Stokke og Nortvedt (2011) viser til at det stilles stadig større krav til kvalitet og forskning i helsetjenesten, og det stilles større krav til pleiere som skal utøve omsorg og pleie. Pasientene selv er også mer oppdatert på sin egen medisinske historie, og har en større innflytelse på behandling og pleie. I Norge har det lenge vært en diskusjon om kunnskapsbasert praksis. Allerede fra 70-tallet startet de aktuelle problemstillingene med vitenskaps- og kunnskapsdebatt her i Norge (Kirkevold, 2013).

Ved å jobbe kunnskapsbasert i praksis innebærer det bruk av ulike kunnskapskilder. Kunnskapsbasert praksis består av å arbeide med forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og med pasientens kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Det er ved systematisk bruk av disse tre forskjellige kunnskapskildene at man jobber kunnskapsbasert. Ved å bruke disse type kunnskaper i lag, vil man kunne få en helhetlig grunn til å bygge observasjoner og vurderinger ut i fra. Forskningskunnskapen er den kunnskapen vi innhenter via forskningen. I følge Polit og Beck (2017) er det også et økende

krav om å forstå og gjennomføre kunnskapssøk. Systematisk erfaringskunnskap er den kunnskapen man henter via erfaring og den systematiseres opp mot forskningen. Pasientkunnskap går ut på å jobbe mot, og for, pasientenes ønsker og behov. Fordelen med å jobbe kunnskapsbasert er ifølge Nortvedt mfl. (2012) at det kan styrke beslutningsgrunnlaget. Når man skal jobbe kunnskapsbasert må man reflektere, formulere, gjennomføre, kritisk vurdere, implementere og evaluere tiltak som settes i gang. Enten det er tiltak nær pasienten, eller om det er en større helhetlig vurdering.

I Norge ble det startet opp en kampanje, Trygg24 av Helsedirektoratet (2017), som har fått stort fokus på sykehusene. Poenget med kampanjen er å forebygge og hindre komplikasjoner ved innleggelse i sykehus. Denne kampanjen er bygget på kunnskapsbasert praksis, ved å informere pleiere om forskning rundt ulike relevante tema. Formålet med denne kampanjen er å se på de rammene som settes rundt intensivsykepleierens tilgang, og mulighet til å kunne jobbe forskningsbasert etter gjeldende krav.

1.1.1 Intensivavdelingen og intensivpasienten

Flaatten og Søreide (2010) viser til at intensivmedisin i Norge har hatt en rivende utvikling. Med dette går utviklingen ytterligere mot en mer avansert behandling. Den medisinske utviklingen vil kunne gi flere pasientgrupper behandling, som kanskje ikke ville fått behandling tidligere. Det var i 1950 årene med polio epidemien som kunne føre til akutt respirasjonssvikt at vendepunktet for intensivfaget kom (Flaatten & Søreide, 2010). Disse pasientene krevde kontinuerlig overvåking, og behovet for å utdanne spesialiserte sykepleiere økte. I en intensivavdeling er det døgnkontinuerlig beredskap av både intensivsykepleiere og intensivleger som overvåker alle vitale funksjoner og som gir avansert organunderstøttende behandling (Klepstad, 2010).

Hverdagen på en intensivavdeling kan til tider være kaotisk og hektisk. Kritisk syke pasienter som krever minimum en intensivsykepleier, kan i noen situasjoner sette evnene til å prioritere mellom oppgavene på prøve. I følge Flaatten og Søreide (2010) viser i sin artikkel Intensivmedisin i Norge at den økte arbeidsmengden og den store kompleksiteten krever 2:1 med intensivsykepleier og pasient. De viser også til at utviklingen går mot at intensivsykepleieren får ett mer faglig ansvar for pasienten.

1.1.2 Intensivsykepleierens ansvar og funksjonsområde

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) vises det til at sykepleiere skal utøve sin profesjon med utgangspunkt på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Norsk sykepleierforbunds egne funksjonsbeskrivelser av intensivsykepleieren presiserer at intensivsykepleiere, har ett krav om å søke ny kunnskap, holde seg faglig oppdatert, stimulere til å delta i fagutvikling (NSFLIS, 2017). Det framkommer gjennom kravene til intensivsykepleieren i deres funksjonsbeskrivelse, at de må arbeide med både ytterligere ansvar mer selvstendig enn tidligere (NSFLIS, 2017). De skal holde seg faglig oppdatert, etterutdanne seg etter behov, samt ta del i forskning og fagutvikling. Funksjonsbeskrivelsene skal gi intensivsykepleiere klare retningslinjer å følge.

Intensivsykepleierfaget er ett praktisk fag, og i utdanningen av intensivsykepleiere er 50% praksis. Endringen med å gjøre videreutdanning i intensivsykepleie om til en mastergrad startet i 2014 (Skogsaas & Valeberg, 2017). De viktigste argumentene har vært at det er ett økt behov for kompetanseendring og for å likestille utdanningene med Europa. Det argumenteres også for at et mastergradsnivå vil videreutvikle intensivsykepleiernes språk og evne til kritisk tenkning. I studien til Skogsaas og Valeberg (2017) kommer det fram at det er en forventning om at mastergradsutdannede har økt kompetanse i å arbeide kunnskapsbasert i praksis. Samtidig viser studien at det er en bekymring for ferdighetsnivå og fagteoretisk kompetanse i et mastergradsstudium.

1.2 Problemstilling

På bakgrunnen av dette blir problemstillingen: Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling?

1.3 Hensikt/avgrensing

Hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleiernes meninger om, og erfaringer med kunnskapsbasert praksis. Dette fordi det er ett stort fokus på kunnskapsbasert praksis i klinisk praksis, og implementering av dette i helse- og omsorgsfagene.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er oppbygd i flere kapitler. Der første kapittel tar for seg oppgavens problemstilling og bakgrunn for valg av tema. Det andre kapitlet ser på den teoretiske rammen for oppgaven. Tredje kapittel fokuserer på metoden som er valgt for oppgaven. I det fjerde kapitlet blir

analysen beskrevet, og det femte kapitlet tar for seg diskusjonen. Avslutningsvis i sjette og siste kapitel kommer konklusjon og veien videre.

2 Teoretisk utgangspunkt

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de teoretiske perspektivene som har vært med på å forme drøftingen av datamaterialet, i tillegg til begrepsavklaringer og tidligere forskning

Jeg presenter:

2.1 Tidligere forskning

Det er et krav om å vise studiens relevans, og det innebærer blant annet at forskeren må orientere seg godt i tidligere forskning på det aktuelle feltet (Malterud, 2011). I dette kapittel vil jeg presentere tidligere forskning om temaet «*å arbeide kunnskapsbasert i en intensivavdeling*».

Jeg starter med et åpent søk i databasene PubMed, SweMed+ og Cinal med søkeordene kunnskap, kunnskapsbasert praksis, intensivsykepleier, intensivavdeling, evidence-based medicin, evidence-based nursing, evidence based, ICU, ICU nurse, critical care nurse. Søket resulterte i mange treff om tema.

I tillegg har jeg også gått i referanselisten til de aktuelle artiklene for å finne relevante artikler. Jeg har også brukt Munin for å se etter andre relevante mastergradsoppgaver og doktorgradsavhandlinger. Videre har jeg også fått anbefalt litteratur fra medstudenter og veileder. På denne måten har jeg funnet mange relevante artikler til min studie men vil likevel betegne mitt litteratursøk som begrenset.

2.1.1 Forskning om intensivsykepleierens erfaring med kunnskapsbasert praksis

Renolen, Høye, Hjälmhult, Danbolt og Kirkevold (2018) har utviklet teorien «*keeping on track*» som beskriver hvordan sykepleiere takler utfordringene med å arbeide kunnskapsbasert i en travel klinisk hverdag. I studien kommer det blant annet fram at en bekymring hos sykepleierne er at kunnskapsbasert praksis bryter opp arbeidshverdagen og arbeidsflyten. Studien viser også at sykepleierne bruker ulike strategier for å holde arbeidsflyten og mestre arbeidsoppgavene i arbeidshverdagen. De viktigste strategiene sykepleierne i studien brukte var å sjonglere mellom oppgaver, og å stoppe opp og revurdere situasjonen.

Hjelen og Sagbakken (2018) har i sin studie undersøkt hvilken forståelse operasjonssykepleiere har av konseptet kunnskapsbasert praksis, samt hvilke erfaringer de har med å jobbe kunnskapsbasert. Sykepleierne i studien viser til at det er et økende krav til produksjon og effektivitet og oppfatter det som barrierer mot å jobbe kunnskapsbasert.

Studien viser samtidig at operasjonssykepleierne ikke alltid har benyttet mulighetene og tiden til å søke, lese og vurdere fag- og forskningsartikler.

I en studie av Jansson og Forsberg (2016) kommer det fram at sykepleiere og ledere har forskjellige framgangsmåter når det kommer til kunnskap. Sykepleierne hentet kunnskap fra hverandre og kollegaveiledning, mens lederne hadde en oppfatning av at sykepleierne søkte mer litteratur enn hva de egentlig gjorde. Ved at ledelsen er mer aktiv i implementering av kunnskapsbasert praksis, legges det bedre til rette for sykepleierne på avdelingen.

Friesen - Storms, Moser, Loo, Beurskens og Bours (2014) sier i sin studie at kunnskapsbasert praksis ikke er implementert i dagens praksis, og at implementeringen er kompleks.

Deltakerne viser til manglende engelskforståelse og liten generell forståelse for kunnskapsbasert praksis. Derimot ønsket deltakerne å gi best mulig pleie, og de var åpen for innovasjon. Ved å bruke implementeringsstrategier som er skreddersydd avdelingene, vil dette kunne forsterke sykepleiernes fagutøvelse.

Bringsvor, Bentsen og Berland (2014) viser i sin studie at intensivsykepleierne bruker ulike former for kunnskap i sin utøvelse. Kunnskapsbasert praksis har blitt prioritert og løftet fram de siste tiårene, men studien viser at det fremdeles er en god del arbeid som må til for å få konseptet kunnskapsbasert praksis implementert. Metoden forskerne brukte var kvalitativ fokusgruppe intervju, de belyste intensivsykepleiernes ulike erfaringer, og kunnskap. De fant også ut at kompleksiteten i erfaringene til de forskjellige intensivsykepleierne spilte en rolle i hvor kunnskapsbasert de jobbet. De hadde heller ikke nok kunnskap nok til å jobbe kunnskapsbasert.

I en artikkel av Brown, Wickline, Ecoff og Glaser (2009) vises det også til kunnskapsbasert praksis som en gullstandard i forhold til helsevesenet. Studien viser klare organisatoriske barrierene i forhold til implementering av kunnskapsbasert praksis, der mangel av tid var den en av de viktigste. Flere av informantene i studien viser til at avdelingskultur og mangel på involvering fra ledelsen, kunne være med på å forsinke og forringe prosessen. Videre forteller flere informanter om viktigheten med kollegaveiledning for læringsprosessen, og de hentet mye kunnskap fra hverandre i travle hverdager. Konklusjonen sier at sykepleierne trenger tid borte fra pasientsengen for å øve seg på å finne, og vurdere forskning.

For å imøtekomme krav om å jobbe kunnskapsbasert i praksis designet Operasjons- og intensivklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) prosjektet «Å implementere

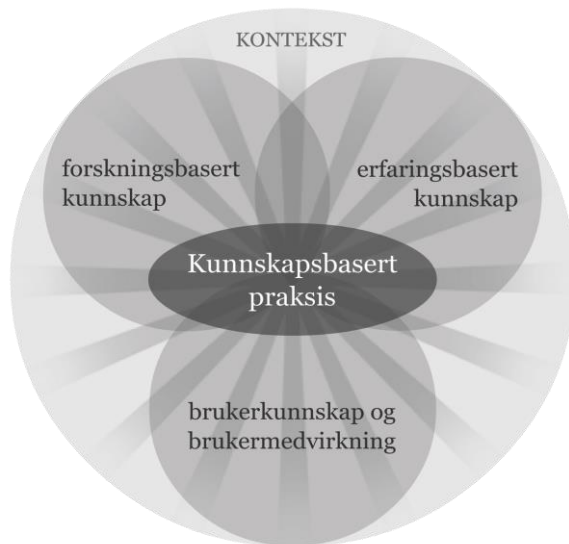
kunnskapsbasert praksis (KBP) i Operasjon- og intensivklinikken ved UNN». Hensikten med prosjektet var å introdusere systematisk kunnskapsbasert tenkning i alle seksjoner i klinikken. Prosjektlederne valgte kunnskapsbasert praksis (KBP) som felles plattform og arbeidsmetode, og hovedmålet var å tilby samtlige fagsykepleiere kurs i kunnskapsbasert praksis. Prosjektet viser til at implementering av kunnskapsbasert praksis er et kvalitetsforbedringsverktøy, og at når prosedyrene er kunnskapsbasert, sikrer det at sykepleierne baserer sin praksis på eksisterende forskning. Dette styrker igjen pasientsikkerheten og behandlingen.

Hole, Brenna, Graverholt, Ciliska og Nortvedt (2016) evaluerer i sin studie opprettelse av en master i kunnskapsbasert praksis ved Universitetet i Bergen. Disse studentene var sett på som endringsagenter. Hensikt med studien var å undersøke mastergradsstudentenes oppfattelse av egne evner til å jobbe kunnskapsbasert i egen praksis, og hvilke faktorer som hadde betydning for å få det til. De erfarte også hvor viktig det var å ha ledelsen med seg når de skulle endre praksis til å jobbe mer kunnskapsbasert (Hole mfl., 2016). Studien konkluderte med at masterprogrammet hadde gitt de kunnskap til å bruke kunnskapsbasert praksis i sin daglige praksis.

2.2 Kunnskapsbasert praksis

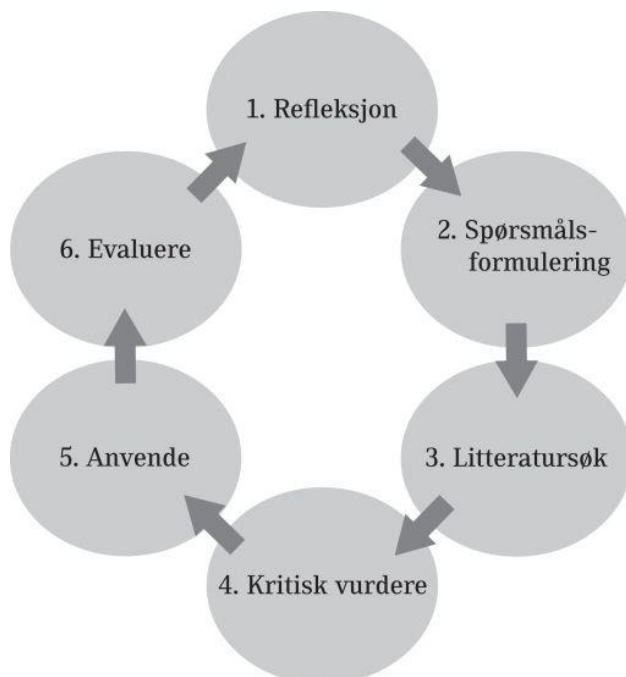
Helsebiblioteket har en stor database og ett undervisningsprogram for helsepersonell. I følge Nortvedt mfl. (2012) innebærer kunnskapsbasert praksis at man bevisst bruker ulike typer kunnskapskilder i praksis. For å bygge bro mellom forskning og praksis er kunnskapsbasert praksis ett godt hjelpemiddel (Nortvedt mfl., 2012)

Kunnskapsbasert praksis er ifølge Nortvedt mfl. (2012) det å ta faglige avgjørelser som er basert på en systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens egne ønsker og behov i situasjonen.



Figur 1 - De tre komponentene i kunnskapsbasert praksis

Figuren er hentet fra Helsebiblioteket og består av tre sirkler med kunnskap som smeltes sammen til kunnskapsbasert praksis. Forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerkunnskap/brukermedvirkning stiller helt likt. I følge (Nortvedt mfl., 2012) skal praksis alltid basere seg på det faglige skjønn, ved en kombinasjon av klinisk erfaring og etiske vurderinger.

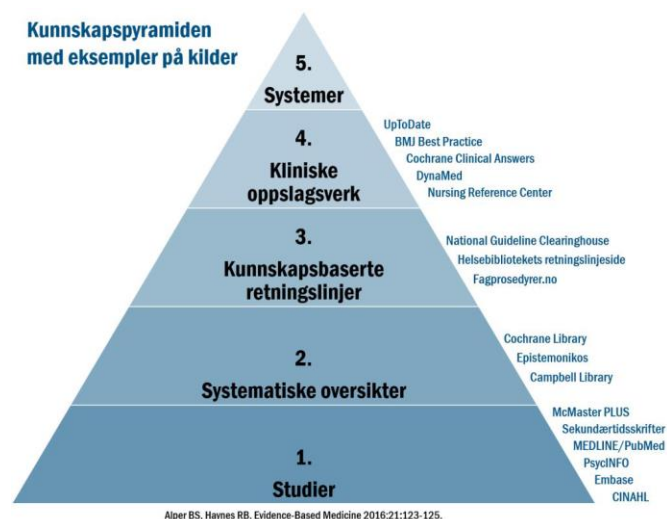


Figur 2 - Trinnene i kunnskapsbasert praksis

Figur 2 er også hentet fra Helsebiblioteket . Dette er et verktøy som kan brukes for å finne svar på kliniske spørsmål ved at en aktivt bruker trinnene i denne sirkulære prosessen

(Nortvedt mfl., 2012). Denne prosessen består av flere trinn som starter med spørsmålsformulering, finne forskningsbasert kunnskap gjennom litteratursøk, for så å kritisk vurdere forskningen. Deretter skal man integrere forskningen med erfaring og pasientens ønsker, for så å integrere den kunnskapen inn i egen praksis, og til slutt, evaluere.

Pyramiden nedenfor viser informasjonskilder plassert i ett hierarki. I kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket) øker graden av oppsummering og kvalitetsvurdering mot toppen og her finnes de kliniske oppslagsverkene som for eksempel UpToDate. Lengre ned i pyramiden er kunnskapsoversikter fra blant annet Cochrane Library, mens enkeltstudier er nederst i pyramidehierarkiet. Hensikten med kunnskapspyramiden er at kliniske beslutninger skal basere seg på så oppsummert kunnskap som mulig.



Figur 3 - Kunnskapspyramide

For å kunne lese og vurdere vitenskapelige artikler må leseren ha innsikt i hvordan en vitenskapelig artikkel er bygd opp (Nortvedt mfl., 2012). Ved å lese artikler med sjekklister kan man være med på å kvalitetssikre det man leser.

Kunnskapen i seg selv er ikke nok. Før det kan tas en beslutning må kunnskapsbildet bestå av relevant informasjon (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Ettersom kunnskapsbasert praksis er å treffe faglige valg basert på det vi vet og det pasienten selv ønsker. I følge Bjørndal mfl. (2013) bruker vi begrepet kunnskapsbasert praksis for å understreke at som fagpersonell er det vi som er ansvarlige for de beslutningene som tas. En forutsetning for kunnskapsbasert praksis er at vi som helsepersonell tar ansvar, og forbedrer oss og vår kunnskapshåndtering.

2.3 Evidensbasert praksis

Evidensbevegelsen hadde sitt utspring rundt 1900 tallet (Hansen & Rieper, 2009). Archie Cochran kritiserte medisinen for å ikke organisere sin viten, og dette ble starten på en forskergruppe kalt «the Evidence-based medicine working group» (Hansen & Rieper, 2009). I følge Elstad (2014) skulle denne bevegelsen lukke avstanden mellom forskning og klinisk praksis. Utgangspunktet var at ineffektiv og lite vitenskapelig behandling, ga pasienter skader. Etersom danskene var tilstede i denne gruppen ble det snart opprettet en base i Danmark for det Nordiske senteret. Videre opprettes Kunnskapssenteret i Norge i 2004.

Kunnskapsbasert praksis er hentet fra det engelske ordet evidence-based medicin (Nortvedt mfl., 2012). I følge Vandvik (2009) er evidensbasert medisin et nødvendig verktøy, for å kunne finne pålitelige svar på de kliniske spørsmålene i møte med pasientene. Videre sier han at verktøyet er for lite i bruk i medisinske problemstillinger. For å beskrive en ny måte å løse pasientproblemer i klinisk praksis foreslo Dr. Gordon Guyatt i 1991 begrepet evidence-based medicine, og gjennom ett godt internasjonalt samarbeid har flere profesjoner fanget opp og utviklet metoden (Vandvik, 2009). Utviklingen av søkbare databaser med forskning gjør dette arbeidet enklere (Elstad, 2014)

Ofte er det viktige å gjenta og gjennomføre flere studier flere ganger for så å oppsummere resultatene i systematiske skjemaer. På denne måten vil valideten i studien økes (Vandvik, 2009).

Knowledge is the enemy of disease, the application of what we know will have a bigger impact than any drug or technology likely to be introduced in the next decade. Sir Muir Gray (Vandvik, 2009, s. 123)

Som Sir Muir Gray, lederen for National Knowledge Service i England, sier *kunnskap er fienden til sykdom, og med kunnskap vil vi kunne bekjempe sykdom*. Videre sier han at kunnskap er som klart vann som skal være klar til å tappes fra en vask, lik vann.

I følge Terum og Grimen (2009) inneholder evidensbaseringen både et faglig og ett politisk program. Med det mener de at gjennomføring av metaanalyser og oppsummering av kunnskap har et praktisk formål lik med det teoretiske. Det praktiske formålet er å forbedre profesjonsutøvelsene og endre institusjonene. De mener også at den ulike forståelsen for begrepet gjør at det lett kan lede til manglende forståelse og konsistens.

Bjørndal (2009) sier det at en fagperson er en som kan sitt fag, og er en person. I tillegg til sitt fag må fagpersonen bruke sine relasjonskunnskaper i møte med pasienter. Så god praksis bygger på det at fagpersonen har god praksis, og lager gode relasjoner. For at fagperson skal ha god praksis, innebærer det blant annet at fagpersonen må være faglig oppdatert. På denne måten vil fagpersonen forbedre sin egen yrkesfunksjon, og da også forbedre virksomheten de er en del av (Bjørndal, 2009). Så dersom fagpersonen da ikke har kunnskap bygget på siste forskning, eller at utøvelsen ikke er god nok, vil det da kunne breste i hele systemet ettersom en enkeltperson uvitenhet vil kunne få følger for den pleien pasienten får (Bjørndal, 2009).

Bjørndal (2009) mener det er rom for forbedringer i vår håndtering av pasienter. I tillegg mener han at velferdstjenesten ikke har noe adekvat system som sikrer at den praksisen som utøves er basert på god nok kunnskap. For å kunne holde faglig høy kvalitet i tjenesten må det understøttes av virkemidler som for eksempel yrkes stolthet, spesialisering og profesjonalisering.

2.4 Faglig skjønn

I følge Martinsen og Boge (2004) gir den evidensbaserte kunnskapen en begrenset lik all kunnskap, og at det er noe som må tas i betraktning til kunnskapen. Den evidensbaserte kunnskapen vil gi liten innsikt i livsfilosofiske problemstillinger. Slik som våre erfaringer i livet. Begrepet evidensbasert kunnskap syntes oppstått plutselig, som et svar på kravet om effektivitet og økonomisk lønnsomhet (Martinsen & Boge, 2004). Dette var i påvente av synlige og håndfaste resultater. På bakgrunn av dette blir det sagt at det er en kløft mellom den kliniske praksisen, forskningen og teorien.

Martinsen og Boge (2004) skriver i sin artikkel at kunnskapsformene blir underlagt hverandre i evidensbasert praksis, men at man i stedet burde akseptere at de forskjellige kunnskapsformene gir tilgang til ulike typer kunnskap og heller sette disse likeverdige og gjensidige. Alvsvåg (2009) viser i sin artikkel at i skiftet mellom 1980-1990 ble det aktivt drøftet begreper som teoretisk kunnskap og erfaringskunnskap. Denne kunnskapsdebatten innebar erkjennelsen av ulike former for kunnskap, og hvilken plass de ulike typene skulle få i sykepleien. På 2000-tallet øker debatten rundt kunnskap igjen (Alvsvåg, 2009). I denne debatten blir uttrykket *evidensbasert praksis* sentralt. Videre har diskusjonene omhandlet ord og vendinger, angående hvilke ord som dekker begrepet best, evidence eller kunnskapsbasert. Som følge av debatten angående evidensbasert praksis, ble navnet endret til kunnskapsbasert praksis for å sidestille de ulike formene for kunnskap.

I følge Martinsen (2005) i *Samtalen, skjønnnet og evidensen* er ikke evidens ett ensbetydende begrep, men kan sees å ha flere betydninger. Evidensen er begrensende i forhold til menneskers livsmot, sorg, savn og alle andre forhold der livsfilosofiske fortellinger står sentralt. Martinsen (2005) knytter evidensen opp mot utsagn, opplevelser og gjenstander i fenomenologien. Ordet evidens betyr å se og å innse (Martinsen, 2005), og Martinsen mener at dette ikke kan knyttes opp mot det å kjenne og erfare. Hun uttrykker i *Samtalen, skjønnnet og evidensen* at å se og innse mot å kjenne og erfare ikke er målbare.

Elstad (2014) mener at oppsummert forskning og forskningsbaserte retningslinjer er med på å bidra med relevante innspill i praksis, men ikke kan stå alene. Dette fordi en praktiker i arbeid med pasienter, trenger et stort repertoar av erfaringer i samhandling med det faglige skjønn.

Kirkevold forteller i sin artikkel om ett negativt syn på de amerikanske, praktisk inspirerte sykepleieteoriene, mens hennes opplevelse var det motsatte, med ett sterkt engasjement og åpen tilnærming blant teoretikerne (Kirkevold, 2013). Det negative synet gikk ut på ideene om vitenskapeliggjøring av sykepleien. I Norge var fokuset på hvilke kunnskapssyn som var forenelig med utøvelsen av god sykepleie.

Diskusjonen i sykepleiefaget angående den kunnskapsbaserte praksisen mot det faglige skjønn har pågått lenge. I artikkelen «Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget» (Kirkevold, 2013) viser artikkelforfatter Kirkevold til et tilbakeblikk på kunnskaps- og vitenskapsdebatten, og spør seg om det er på tide å bygge bro mellom kløfta. Kirkevold ser videre på positivismedebatten som ikke hadde klare og velfunderte argumenter på begge sider, som hemmende for sykepleierfaget.

I sykepleien trenger vi kunnskaper som vektlegger og prioriterer omsorgsverdier. Vi bør bygge videre på de beste kvinnetradisjoner i medisinen. Det er den praktiske erfaring som er vunnet i møtet med den syke (Martinsen, 2005, s. 135).

I følge Martinsen og Boge (2004) kan ikke den evidensbaserte kunnskapen gi innsikt i livsfilosofiske spørsmål. Videre sier de at begrepet *evidensbasert kunnskap* synes oppstått i ett samfunn som søker effektivitet og lønnsomhet. Deres kritikk ligger på at man ikke kan se de ulike formene for kunnskap i et hierarki, men at de skal settes likeverdig for å kunne hente det beste fra begge sider.

I stedet for at den kunnskapsformen blir underlagt den andre, slik tilfellet er i EMB/EBP skulle man heller akseptere at den evidensbaserte og den livsfilosofiske kunnskapen gir ulik tilgang til kunnskap, at de er likeverdige og gjensidig utfyllende ved at de sammen utdyper feltet det forskes på. (Martinsen & Boge, 2004, s. 58)

I artikkelen av Alvsvåg (2009) beskriver hun de forskjellige kunnskapssøylene som en profesjon hviler på; erfaringsbasert kunnskap, teoretisk kunnskap og vitenskapelig kunnskap der skjønn og dannelse er formidlende instanser. Disse formidlene instansene gir en sammenheng mellom søylene å gir oss et mer nyansert syn på konkrete situasjoner.

Den humanistiske kunnskapen som dreier seg om hvordan man opplever og føler sin sykdom blir underordnet, og på grunnnet helsevesenets krav om effektivitet og lønnsomhet forskes det på de temaene som vil kunne gi ytterligere effektivitet foretrukket. På denne måten blir store deler av fagfeltet til sykepleiere ikke forsket på, eller forsket på med uegnede måter. (Martinsen & Boge, 2004).

I følge kunnskapspyramiden i figur 3 er det den kvantitative forskningen som har størst evidens og derfor mer anerkjent enn kvalitativ forskning. Dette mener Boge og Martinsen (2006) videre i artikkelen *Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis*. De ser på at det er mindre fokus på skjønnet og refleksjonen, og mer på hvilken metode som er blitt brukt. På den måten vil aldri sykepleieforskning stå fram med høy evidens.

I følge (Elstad, 2014) kan utilstrekkelig sykepleie gi store konsekvenser for pleien. Hun viser til en undersøkelse som er utført i Storbritannia som tilser at økt bemanningstetthet og faglig kompetanse, vil forebygge risiko, som igjen vil gi bedring. (Elstad, 2014)

2.5 Kunnskap i handling

Molander (2004) argumenterer med at det finnes behov for ulike typer i kunnskap. I følge Molander handler kunnskap i handling ikke bare om teoretisk kunnskap, men også oppmerksomhet, forståelse, ferdighet, erfaring og personlig engasjement. Han er kritisk til et kunnskapssyn hvor praktisk kunnskap er underordnet teoretisk kunnskap i dobbelt forstand. Praktiske ferdigheter beskrives som et uttrykk for en bakenforliggende teoretisk kunnskap. Den er i tillegg mindre verdsatt enn kunnskap som kan formuleres som påstander eller teorier.

Molander sier at ingen forståelse er ubetinget, og at all forståelse krever forforståelse, og at det har hold i den hermeneutiske tradisjonen. For Molander (2004) skal den kyndige praktikerens kunne reflektere, eksperimentere og improvisere. Kunnskapen kan læres og trenes inn hos den enkelte, men kan ikke bli utlært i teori. Han sier det slik:

«Kunnskap-i-handling finns i handlandet, inte någon bakomliggande teori» (Molander, 2004, s. 136)

Kunnskapen ligger i handlaget, og ikke kun i teorien. I følge Molander (2004) handler man ikke etter teori og regler når man er blitt ekspert, men man handler direkte og intuitivt.

«... en god expert skall inte bara kunna mycket; hon skall dessutom inte ha opphört att lära sig» (Molander, 2004, s. 47)

Danielsen (2018) sier at det er forskjellige former for kunnskap og at kunnskapen ikke er bundet til en teori, men som et hjelpemiddel i praksis. Det sykepleieren føler i situasjonen påvirker tankegangen og erfaringene. Alle de ulike formene for kunnskap nyttiggjør sykepleieren seg av i praksis. I følge Danielsen (2018) må den erfaringen som oppstår av situasjoner utnyttes for å utvikle vurderingsevne. På denne måten må begreper hentet fra erfaringen i jobb sees på som likeverdig til teoretisk- og vitenskapelig kunnskap (Danielsen, 2018).

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere og begrunne valgt metode. Jeg vil starte med en metodisk tilnærming etterfulgt av mitt valg av metode. Deretter vil jeg presentere semi-strukturert intervju og intervjuguiden som ble brukt i intervjurunden. Jeg vil også presentere utvalget og måten jeg gikk fram på i rekrutteringen. Så ser jeg på metodekvaliteten derunder refleksiviteten, relevansen og validiteten. Til slutt vil jeg si litt om etikken i oppgaven, om det å forske i eget felt samt min egen forforståelse.

3.1 Metodisk tilnærming

Min problemstilling; «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling*» ledet meg i retning av et kvalitativt design som baserer seg på et kvalitativt forskningsintervju med erfarne intensivsykepleiere om hva de forstår med begrepet kunnskapsbasert praksis, og hva det betyr for dem i deres daglige praksis (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å oppnå innsikt i dette har jeg valgt å benytte en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. En fenomenologisk tilnærming vil ifølge Kvale og Brinkmann (2015) ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelser og erfaringer. Hvordan personen opplever en situasjon, hva en føler og hva en tenker som er av betydning i den aktuelle situasjonen. En fenomenologisk tilnærming har som utgangspunkt at virkeligheten er slik som informantene oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den kvalitative tenkemåten bygger på teorier om menneskelig erfaring, fenomenologi, fortolkning og hermeneutikk (Kvale & Brinkmann, 2015). Det innebærer å forstå informantenes livsverdener på bakgrunn av egne fortolkninger. For å kunne svare på egen undring må jeg ha ett utgangspunkt i fenomenologien, ved å forholde meg bevisst til den beskrivende holdning. Da blir intensjonen å presentere intervjupersonenes stemme så lojalt som mulig, og med så lite som mulig med forstyrrelser av egen forforståelse og teoretisk referanseramme (Malterud, 2011). For å få frem hva slags tanker og erfaringer intensivsykepleierne har i forhold til å jobbe kunnskapsbasert i praksis, er det viktig at jeg som intervjuer lytter til intervjupersonene. (Kvale & Brinkmann, 2015)

3.2 Valg av metode

Designet for prosjektet er en kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. Kvalitativ metode er en systematisk innsamling av data blant annet gjennom intervju, og kan være godt

egnet for å få en dybdeforståelse av et fenomen (Polit & Beck, 2017). Samtidig som den kvalitative metoden kan være med på å presentere både mangfold og nyanser (Malterud, 2011).

Studien vil basere seg på intervju og søkes gjennomført på en intensivavdeling med avansert intensivmedisinsk tilbud. Forskning er en systematisk forespørsel som bruker faste metoder for å svare på spørsmål eller løse problemer. Målet for forskningen er å utvikle og øke sin viten (Polit & Beck, 2017).

3.3 Intervju

Jeg gjennomførte et semi-strukturert intervju for å samle data til min masteroppgave. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er ett semi-strukturert livsverdenintervju ett forsøk på å innhente den intervjuedes beskrivelser av livsverden. Intervjuet består av en rekke temaer som skal dekkes, men skal også være åpen for andre spørsmål. I mine intervju hadde jeg en intervjuguide som jeg brukte aktivt, men hadde også skrevet med noen åpne spørsmål. For å kvalitetssikre intervjuguiden gjennomførte jeg to pilotintervju med annet helsepersonell. Dette gav meg også en ro og trygghet i gjennomføring av de de semi-strukturerte intervjuene med intensivsykepleierne.

Maktdimensjonen og relasjonen mellom intervjuer og informant er automatisk asymmetrisk når det kommer til intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Etersom intervjueren innehar en form for makt, ønsket jeg å bli oppfattet som spørrende og åpen i forhold til tema og forskningsspørsmål. Ved å bruke kroppsspråket aktivt gjorde jeg det. I intervjusituasjonen nikket jeg, hadde blikkontakt med informantene og kom med småord som; mmm. Var også åpen i min spørsmålsstilling ved å for eksempel si; «*Kan du fortelle mer om...*».

Intervjuene varte fra 15 – 30 minutter og gav til sammen 17 sider transkribert tekst. Jeg utførte transkriberingen selv, og intervjuene ble transkribert ordrett. Jeg markerte for latter og lange pauser, men ingen andre følelsesuttrykk ble notert. Jeg har valgt å skrive den transkriberte teksten over til bokmål samt å benevne informantene mine med *intensivsykepleier* slik at det er anonymisert i forhold til kjønn og hvor informantene er i fra.

Jeg brukte en intervjuguide som besto av åpne spørsmål. Malterud (2011) viser til at en intervjuguide ikke er et manus, men noe som burde revideres underveis om nødvending, for å tilpasse det enkelte møte med informanten. Ved å bruke spørsmål som; *Hva forstår du med*

begrepet kunnskapsbasert praksis?, åpner jeg opp for at informanten skal fortelle om sine erfaringen og forståelser av begrepet.

Ved å gjøre dette setter jeg ifølge Malterud (2011) mitt eget preg på materialet i form av hvilke spørsmål som ble stilt, og min egen respons på det informantene forteller, men samtidig er åpen for hva informanten forteller.

3.4 Utvalg og rekruttering

Deltakere i studien ble rekruttert fra en intensivavdeling på et universitetssykehus i Norge. Intensivavdelingen er en generell intensivavdeling med både medisinske og kirurgiske pasienter. Jeg søkte i utgangspunktet etter fire informanter. Tre intensivsykepleiere meldte sin interesse og samtykket til deltakelse i studien. Inklusjonskriteriet var klinisk erfaring ved samme avdeling i 5 år eller mer. Intensivsykepleierne i studien hadde klinisk erfaring fra samme intensivavdeling med ett gjennomsnitt på 11 år, i tillegg måtte de ha erfaring med å jobbe kunnskapsbasert. Utvalget har vært tilfeldig med hensyn til kjønn.

Kvale og Brinkmann (2015) viser til at målet er å ha nok deltagere til å få svar på problemstillingen, men at man samtidig ikke skal ha flere enn nødvendig. I forhold til mitt prosjekt ville jeg ha nok informanter for å skape ett nyansert bilde av hvordan det var på denne enkelte intensivavdeling.

For å rekruttere informanter til studien henvendte jeg meg til avdelingsleder på den aktuelle intensivavdeling gjennom med en email og et møte. I møtet før mailen ble sendt forklarte jeg hva hensikten med min studie var og hvilken utvalgs-kriterier det var. Deretter ble en email sendt med formell forespørsel (vedlegg 1). Videre ble min forespørsel om innpass i forskningsfeltet vurdert i fag- og forskningsavdelingen på det aktuelle sykehuset. Etter godkjenning fra avdelingsleder og fag- og forskningsavdelingen sendte jeg først ut en mail til intensivsykepleierne på den aktuelle avdelingen med en formell forespørsel etter informanter til min studie om kunnskapsbasert praksis på intensivavdelingen (vedlegg 2). På grunn av for lite informanter etter første email, ble ytterligere en email til sendt ut. Etter første mail fikk jeg en informant, og etter andre mail fikk jeg to informanter til.

3.5 Metodekvalitet

3.5.1 Refleksivitet

I følge Malterud (2011) handler refleksiviteten om forskerens forutsetninger og holdninger til temaet som skal undersøkes. Som forsker i en kvalitativ studie vil man alltid ha en aktiv og påvirkende rolle i prosessen, og det er viktig å ha et avklart forhold til egne oppfatninger og meninger. Dette gjelder både under intervju og under analysing av data. Gjennom ettertanke setter jeg som forsker spørsmålstegn ved min egen framgangsmåte og resultat. Dette blir gjort gjennom hele prosessen og i sluttproduktet (Malterud, 2011). Dette krever at jeg som forsker reflekterer over mitt eget ståsted i studien. Min bakgrunn som intensivsykepleier, min yrkeserfaring og mine faglige interesser har påvirket mitt valg når det kommer til fokus for studien.

Min begrensede erfaring som forsker kan ha påvirket resultatene i denne studien, ved at min forforståelse har vært for tydelige i intervjurundene. Muligens har jeg fulgt opp med spørsmål ut i fra det informantene sier, som jeg selv vil belyse. Teorien fra forskningen og litteraturen som ligger til grunn for diskusjon og analysen, vil også kunne være med på å påvirke resultatene i min masteroppgave.

3.5.2 Relevans

Forskning rundt bruken av kunnskapsbasert praksis har økt, og det sier noe om hvordan implementeringen har foregått. Det er dog lite studier på intensivsykepleierens syn og praksis rundt kunnskapsbasert praksis.

I følge Malterud (2011) handler relevans om studien skal tilføre noe nytt i forhold til kunnskap som allerede finnes på området. Som forsker forventer vi at vitenskapelig kunnskap skal kunne brukes til noe annet og bringe erkjennelse. Forskeren må spørre seg hva man vet om temaet fra før og hva denne aktuelle studien kan tilføre av ny kunnskap. Overførbarhet handler om at resultatene fra min studie kan overføres til andre sammenhenger som for eksempel andre type intensivavdelinger.

Til tross for en relativ liten studie med bare tre deltakere vil jeg hevde at den kan bidra til å øke forståelsen av hvordan intensivsykepleierne som jobber ved pasientsengen.

3.5.3 Validitet

I følge Malterud (2011) innebærer validitet det å ha en formening om overførbarheten resultatene i studien har, i tillegg til hva metoden og materialet sier noe om. Kvale og Brinkmann (2015) mener at valideringen av studiet bør prege alle stegene i arbeidet. Begrepet *validitet* deles inn i intern og ekstern validitet, hvor den interne validiteten handler om valg av rett metode for å belyse problemstillingen og ekstern validitet forteller om overførbarheten fra studiens lokale kontekster til andre populasjoner og områder.

Eksempler på at jeg aktivt validerte stegene i mitt eget arbeidet var at jeg i starten søkte bredt etter informanter på gitt avdeling for å få ett strategisk utvalg. I forhold til intervjuguiden, ble den testet ut med to pilotintervju med annet helsepersonell i forkant av intervju med informantene i studien.

3.6 Etikk

Prosjektet er meldt til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for opprettelse av navnelister. I tillegg ble en formell søknad om tillatelse til å benytte intensivavdelingen som forskningsfelt sendt til ledelsen til den aktuelle intensivavdelingen. Informanter til studien er rekruttert i samsvar med de etiske retningslinjer gitt gjennom Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013) som sier at samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Informert samtykke vil være basert på skriftlig informasjon om studiens formål og hovedtrekkene i prosjektplanen. Alle deltakere fikk den betenkningstiden de ønsket idet de selv returnerte samtykket/erklæringen. De ble også informert om sin rett til å ikke delta i studien, og at de på et hvilket som helst tidspunkt kunne trekke tilbake ett gitt samtykke.

Intervjuene ble tapet på lydbåndopptaker og transkribert ordrett. Ved transkribering ble alle gjenkjennende opplysninger som navn, alder, geografisk tilhørighet og intensivavdeling sløret. Alle opplysninger og resultater ble anonymisert. Lydfilene ble oppbevart på pc tilknyttet institusjonsnettverk med passord, og utskrifter ble oppbevart innelåst i prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger som navnelister og skriftlig informert samtykke ble oppbevart innelåst adskilt fra resten av datamaterialet.

Dette prosjektet vil ikke få noen konsekvenser for deltakere i studien.

3.6.1 Forske i eget felt.

Min masteroppgave innebærer at jeg forsker i mitt eget fagfelt og intervjuer intensivsykepleiere ved samme avdeling som jeg arbeider. I følge Paulgaard (1997) er det utfordringer ved å forske utenfor, men også innenfor eget fagfelt. Hun mener man må veksle mellom begge posisjoner for å hente inn data. Ved å være forsker i eget felt støter man på en rekke utfordringer som jeg som intervjuer ble nødt til å reflekter over.

«En som kommer innenfra, vil ha problemer med å oppnå analytisk distanse. En som kommer utenfra, vil ha problemer med å komme innenfor hva forståelse angår.»
(Paulgaard, 1997, s. 71)

Jeg hadde vært ansatt i to måneder som intensivsykepleier på den aktuelle intensivavdelingen. Paulgaard (1997) sier at fortroligheten til forskningsfeltet kan føre til kulturblindhet. Den subjektive forforståelsen har et begrenset synsfelt, og det kan derfor likevel være mulig å se noe man ikke har sett tidligere.

Hvis jeg hadde valgt informanter fra en annen intensivavdeling, ville jeg hatt mindre innsikt i avdelingens interne forhold og organisering. Dette hadde muligens ført til at jeg hadde stilt med et mere åpent sinn for hva informantene forteller, og det kunne gitt mulighet for andre forståelser.

Deltakerne i min studie slapp å bruke tid på å forklare meg intensivrelaterte forhold slik som intensivsykepleier II uttrykker det i forhold til en veileder i intensivmedisin som brukes på avdelingen; *«... vi bruker den jo aktivt (veileder i intensivmedisin)...»*

3.7 Forforståelse

Min forforståelse var at intensivsykepleierne ikke hadde kapasitet og tid i sin arbeidshverdag til å søke forskningslitteratur, som er en del av det å jobbe kunnskapsbasert i praksis.

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å være bevisst min egen forståelse. I følge Malterud (2011) tar intervjueren forforståelsen med seg inn i forskningsprosjektet, men må være påpasselig med å bruke den riktig, slik at den kommer forskeren til gode. I min studie brukte jeg min kjennskap til avdelingen, og hvordan intensivsykepleierne jobber, inn i intervjuet slik at informantene ikke måtte forklare og beskrive alle ting. Kvale og Brinkmann (2015) sier at det er viktig at intervjueren har kunnskap om temaet for at kvaliteten på intervjuene blir bra.

Polit og Beck (2017) viser til Heideggers filosofi når de beskriver det hermeneutiske, gjennom ønsket om ikke kun å beskrive livsoppfatninger slik som i fenomenologien, men ved å forstå og tolke menneskers livsoppfatninger. Også Kvale og Brinkmann (2015) ser på hermeneutiske fortolkningsprinsipper i sin bok. Gjennom de delene som blir fortalt i intervjuet prøver forskeren å forstå en helhet, og hvor det blir en prosess frem og tilbake mellom deler og helhet. Kvale og Brinkmann (2015) kaller dette den hermeneutiske sirkel. Ved bruk av den hermeneutiske sirkel, kan jeg som forsker få en større forståelse for materialet. Den hermeneutiske metoden er ingen trinn-for-trinn-metode, men en rekke generelle prinsipper som brukes i fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015)

I en artikkel av Binding og Tapp (2008) vises det til Gadammers teori om at forforståelse først og fremst er en forståelse med andre. Artikkelforfatterne sier videre at i forhold til å være åpen mot informanten må vi være klar over vår egen historie, som vi bringer inn i intervjuet. Meningen med et hermeneutisk intervju er ikke å gjenfortelle, men å skape en ny forståelse av fenomenet.

4 Analyse

I dette kapitlet vil jeg ta for meg den analytiske metoden jeg har benyttet meg av. Jeg vil beskrive de stegene jeg har tatt for meg i min analyse.

Malterud (2011) mener analysen skal bygge en bro mellom rådataen fra intervjuene, og resultatet. Ved å bygge denne bro blir materialet organisert, fortolket og sammenfattet. I følge Malterud (2011) bærer forskerne med seg en ryggsekk inn i en studien. Ryggsekken inneholder forskerens tidligere erfaringer, egne meninger, tanker og opplevelser rundt et fenomen. Det er derfor viktig at jeg som forsker har tatt stilling til betydningen av min forforståelse og til egen rolle gjennom hele forskningsprosjektet (Malterud, 2011).

Jeg har valgt Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering i min analyse. Denne analysemetoden passer for en beskrivende tverrgående analyse av fenomener. I en tverrgående analyse vil jeg kunne sammenfatte den informasjonen jeg får fra mine informanter.

Ved å følge fire trinn, skal dette utgjøre hovedstrukturen i den valgte analysemetoden. Disse fire trinnene består av; å få ett helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og tilslutt å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2011).

Ved å tolke informantenes utsagn om kunnskapsbasert praksis og deres tanker rundt det, arbeidet jeg hermeneutisk. I arbeidet med datamaterialet benyttet jeg meg av den hermeneutiske sirkelen (Kvale & Brinkmann, 2015) ved at jeg hele tiden beveget meg med materialet i en sirkel, og som hjalp meg med en dypere forståelse for materialet.

I det første trinnet skal man bli kjente med materialet minst mulig farget av forforståelse og teori. Jeg vil lese intervjuteksten åpent, og målet er å finne noen midlertidige overordnede temaer. I følge Malterud (2011) er det nok å ha 5-8 temaer, og i min analysering endte jeg opp med seks til å starte med. Tid, erfaring, verktøy, lære nye ting, holdninger og tilrettelegging var mitt utgangspunkt. Disse seks hovedtemaene var med på å sortere materialet.

Det neste trinnet i analysen er å identifisere de meningsbærende enhetene i teksten. Dersom det er tekst som ikke kan sorteres inn under de valgte temaene, skal de forkastes. Siden jeg ikke har erfaring som forsker ville jeg ikke forkaste noe av teksten med det første for å ikke overse viktige meningsbærende enheter. I følge Malterud (2011) er kodingen en systematisk

dekontekstualisering, og de meningsbærende enheten skal kodes. Jeg laget en tabell der alle de meningsbærende enhetene fikk ble plassert under de passende temaene. Eksempler på koder i materialet mitt var; travel hverdag, handle raskt og kollegaveiledning.

Det tredje trinnet i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011) er å sortere ut subgrupper fra hver kodegruppe. Disse subgruppene utgjør den videre analyseenheten. I dette trinnet ble de meningsbærende enhetene gått gjennom på nytt for å synliggjøre de ulike nyansene. Videre ble innholdet abstrahert fra de enkelte subgruppene til et kunstig sitat, et kondensat. I følge Malterud (2011) bærer kondensatet innholdet til de enkelte subgruppene slik deltakerne har uttrykt seg.

I det fjerde og siste trinnet skal man sette bitene sammen igjen, og på nytt gjenfortelle det slik at det kan dannes ett grunnlag for nye beskrivelser. Disse beskrivelsene skal være så lojale mot informantenes stemme som mulig. I dette trinnet utformet jeg en analytisk tekst med bakgrunnen i kondensatet i forrige trinn. Malterud (2011) beskriver at denne analytiske teksten skal være så lojal opp mot deltakernes stemme som mulig.

Til sist ble materialet gjennomgått for å se at alle delene som var hentet ut i analysen ikke var tatt ut av sammenheng. I følge Malterud (2011) er det dette som kalles for rekontekstualisering.

Selve analyseprosessen var tidkrevende, og materialet ble gjennomgått flere ganger. Gjennom denne stadige gjennomgangen ble koder og kategorier endret, og nye oppsto, som igjen førte til flere gjennomlesninger slik at relevant materiale ble inkludert.

4.1.1 Systematisk tekstkondensering

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Foreløpige tema	Koding	Subgrupper	Kategorier
Tid	-travel hverdag -handle raskt -erfaring	-handle raskt og erfaringsbasert - liten tid til å holde seg oppdatert	-handle raskt -ha erfaring
Erfaring	-praktisk erfaring -kollegaveiledning	-har mye praktisk erfaring.	-ha erfaring

		-veileder hverandre eller av leger	
Verktøy	-prosedyrer -veileder i intensivmedisin	- bruker aktivt veileder i intensivmedisin	-bruk av fag og forskning -erfaring
Lære nye ting	-naturlig undring -stille spørsmål	-et ønske om utvikling	-undre seg og stille spørsmål
Holdninger	-tid -slagkraft -masterjaget	-begrenset med tid -ønsker mer slagkraft -mye støy rundt master	-begrepet kunnskapsbasert praksis -travel hverdag
Tilrettelegging	-mangel på tilrettelegging	- ønsker mer tilrettelegging -undervisning i å jobbe kunnskapsbasert	-erfaring

Mine funn fra analysedelen vil bli videre presentert i neste underkapittel.

4.2 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere mine funn fra analysen i fem hovedtemaer. Disse hovedtemaene er begrepet kunnskapsbasert praksis, å handle raskt, å ha erfaring, å undre seg og stille spørsmål, og bruk av fag og forskning. Resultatene vil bli drøftet i kapittel 5.

4.2.1 Begrepet kunnskapsbasert praksis

Intervjuene ble innledet med at intensivsykepleierne fikk spørsmål om hvilken forståelse de har av begrepet kunnskapsbasert praksis. Intensivsykepleier II sier kunnskapsbasert praksis er et ukjent begrep og viser til at de jobber erfaringsbasert;

«Jeg tror nok at det begrepet egentlig er ukjent for meg, jeg jobber erfaringsbasert, jeg» (Intensivsykepleier II)

Også informant III beskriver at slik:

«Men da er det jo egentlig det vi har gjort i alle år, det har bare plutselig fått ett navn. Så jeg tenker at det ikke er helt sånn rakettforskning (...) hvis man skal kalle det

(kunnskapsbasert praksis) for ett navn, da har det jo ikke blitt kalt for det da, men om det er det vi faktisk gjør det kan jo bli en annen sak...» (Intensivsykepleier III)

Intensivsykepleier I sier at begrepet kunnskapsbasert praksis framstår som noe nytt. Intensivsykepleieren vet hva begrepet betyr, men soer at det i liten grad brukes i den daglige praksisen;

“... det (KBP) er et begrep som ikke blir brukt noe særlig... Vi (intensivsykepleierne) vet hva det er for noe... Det er kun i de siste par årene det har vært snakket om det (KBP).” (Intensivsykepleier I)

Dette understøttes av intensivsykepleier III som sier:

«Kan ikke si at noen har sagt at nå løfter vi dette (KBP) sånn veldig opp, det kan jeg ikke si. Det er ikke mitt inntrykk i hverdagen.» (Intensivsykepleier III)

Intensivsykepleierne sier at de arbeider kunnskapsbasert selv om de ikke har kunnskap om begrepet KBP. De sier at de alltid har jobbet kunnskapsbasert, men er ikke nødvendigvis bevisst på det, og har ikke samme struktur som KBP legger opp til. Intensivsykepleier II sier;

«Men samtidig så gjør vi jo det tror jeg (jobber KBP). Men vi bare vet ikke at vi gjør det fordi vi ikke har kunnskap om det. Vi vet ikke hva det betyr. Vi har alltid gjort det, men kanskje ikke sånn strukturert tror jeg.» (Intensivsykepleier II)

4.2.2 Å handle raskt

Intensivsykepleierne viser til mangel på tid som en forklaring på at de ikke jobber kunnskapsbasert. De forteller om en travel arbeidshverdag der de må handle raskt for å hindre komplikasjoner, og sikre et best mulig utfall for pasienten. Disse situasjonene baserer seg først og fremst på tidligere erfaringer. En av intensivsykepleierne sier det slik:

Hva siste forskning sier når du står med tuben (...) på snei... Da må man bare handle raskt og bruke erfaringene.” (Intensivsykepleier I)

Intensivsykepleierne i studien erfarer man har om en travel og uforutsigbar arbeidshverdag i intensivavdelingen og hvor de har begrenset tid til å stoppe opp og søke litteratur.

«... det er ikke rom for å på en måte stoppe opp litt, fordi nå må vi gjøre litteratursøk...» (Intensivsykepleier II)

« ...det er akkurat det som er i den avdeling her (...) det er jo det at det er veldig sjelden du har tid til å sette deg ned å begynne og søke så forferdelig mye.»

(Intensivsykepleier III)

Mye av begrensning ligger i den uforutsigbarheten som er i avdelingen. Endringer i pasientens tilstand kan skje fort, og intensivsykepleierne sier derfor at det som regel ikke er tid eller anledning til å gjøre aktive søk.

4.2.3 Å ha erfaring

Intensivsykepleierne viser til at den faglige tyngden er den praktiske erfaringen de har med seg, og det er den som er utgangspunktet i den kliniske hverdagen.

«Så det er vel en sånn måte jeg jobber, praktisk da, erfaring og den faglige tyngden føler jeg er erfaringen min ...» (Intensivsykepleier II)

Intensivsykepleier II viser til at intensivsykepleierne er ikke helt der at de søker litteratur, men at de er mer praktisk rettet i sitt arbeid.

«Vi (intensivsykepleierne) er ikke helt der. Vi er jo praktisk. Vi er jo mer praktisk rettet» (Intensivsykepleier II)

Intensivsykepleier III sier at hverdagen baseres på den kunnskapen som er tilegnet gjennom videreutdanningen, i tillegg til den praktiske erfaringen gjennom flere år på intensivavdeling og prosedyrer som endres.

«Fordi jeg tenker at i min hverdag så er det slik at mest av alt er den jo styrt, mest styrt av den kunnskapen man (...) fikk når man tok videreutdanningen, så har man jo dannet også ganske mye erfaring underveis, også er det jo prosedyrer som har endret seg etter hvert.» (Intensivsykepleier III)

Erfaringene til de andre intensivsykepleierne og legene er sett på som viktig av intensivsykepleierne.

«I den daglige driften så er det ikke nullsjangs til å bruke noe som helst tid til å søke opp selv (litteratur) (...) det er de (prosedyrer) vi allerede har er, eller kollegaveiledning eller les nå visst noen har tatt ut en artikkel...» (Intensivsykepleier I)

Intensivsykepleierne sier at de kan bli bedre til å jobbe kunnskapsbasert.

«...tror at vi absolutt kan bli, eller burde jobbe mer kunnskapsbasert, og at vi burde liksom vise litt muskler som sykepleiergruppe.» (Intensivsykepleier II)

Den praktiske erfaringen er viktig. Videre forteller intensivsykepleierne om en følelse av at den måten som de har jobbet på ikke har vært tilstrekkelig

«Man skal ikke kjimse av det (praktisk erfaring). Å heller ikke gjøre det som, ja, at det bare blir til irritasjon for de som, ja, nesten føle seg litt tråkket på tærne føle jeg når det er snakk om det (KBP). For det er litt sånn negativt, negative holdninger.» (Intensivsykepleier I)

«... men det at vi ikke må glemme det at vi har masse kunnskaps med oss og. Det liksom ikke sånn at alt som vi har gjort før, og det som vi gjør nå, er feil, fordi vi ikke har siste litteraturen på det» (Intensivsykepleier I)

De forteller også om måter på å innhente den kunnskapen de trenger ved å bruke andre sykehus, og legene på avdelingen.

“ Når vi har jobbet med prosedyrer tidligere så har vi gått til på en måte den kunnskapsbaserte praksisen som legene har gjort på andre sykehus eller på andre avdelinger på huset. ” (Intensivsykepleier I)

4.2.4 Å undre seg og stille spørsmål

For å kunne lære nye ting må intensivsykepleieren få muligheten til å involvere seg i det som interesserer den enkelte. De viser til at de ofte undrer seg over hvorfor ting er som de er, men sier at de ikke gjør aktive litteratursøk relatert til problemstillingene. Intensivsykepleier II sier det slik:

«Jeg undrer meg ofte..., jeg spør ofte hvorfor det er sånn her, og det er jo en del av intensivfaget vårs, at du undrer deg. Jeg stiller alltid spørsmål når jeg jobber. Hvorfor ting er som de er? Hva skjer? Hvorfor skjer det? Men jeg gjør ikke aktive litteratursøk opp mot problemstillinger. For problemstillinger er det jo hver dag» (Intensivsykepleier II)

Videre viser intensivsykepleier III at det er den naturlige undringen som ligger i intensivsykepleierne som gjør det spennende å jobbe på en intensivavdeling.

*«Det er jo det man liker, .. det er det som gjør at man jobber på en slik avdeling, det er fordi man liker å lære nye ting, ellers kunne man ikke ha jobbet her tenker jeg...»
(Intensivsykepleier III)*

Denne undringen fører til at intensivsykepleieren søker relevant litteratur for å sikre at tiltakene i de konkrete pasientsituasjonene er i henhold til retningslinjer og veileder.

«Jeg har vært å kikket på, brukt litt tid på de etiske problemstillinger som har vært litt utfordrende (...) å da har man undret seg litt, eller søkt opp yrkesetiske retningslinjer på en måte, ja, på en måte å verifisere at det man gjorde var i henhold til (yrkesetiske retningslinjer)» (Intensivsykepleier II)

Intensivsykepleierne kommer med forslag til hvordan de kan bedret sin egen kompetanse i forhold til kunnskapsbasert praksis på avdelingen. Intensivsykepleier II sier det slik;

*«Jeg har aldri hørt at det har vært snakk som kunnskapsbasert praksis på for eksempel en temadag. Der det kanskje er relevant å bruke tid på sånt.»
(Intensivsykepleier II)*

Intensivsykepleier I foreslår - veiledning i litteratursøk i samarbeid med bibliotekar, men sier samtidig at de kan være vanskelig å få til i en travel klinisk hverdag

«...hvis vi hadde fått litt bedre tid med litt veiledning og kanskje i samarbeid med biblioteket fått til å sette oss ned for å jobbe ordentlig med det. Men sånn er det jo ikke i det virkelige liv...» (Intensivsykepleier I)

Den kliniske hverdagen har sine begrensninger ifølge informantene. Tiden i konteksten er aktuell, intensivsykepleierne forteller mye om arbeidshverdagen der arbeidsoppgaver rundt sengen begrenser ønske og behovet etter å være mer aktiv i beslutnings- og behandlingsprosessen. Intensivsykepleieren ser viktigheten med å være mer aktiv i behandlingsstrategien til pasienten. Intensivsykepleiere II uttrykker et ønske om å være mer delaktig i behandlingen av pasienten.

«Men i mange tilfeller så er vi ikke aktive nok i behandlingen. Tar for lang tid. Jeg tror vi kunne ha vært mer on» (Intensivsykepleier II)

Videre snakker intensivsykepleieren om tilrettelegging og tid for å kunne gjøre litteratursøk i en intensivhverdag.

«Men vi må ha anledning og vi må ha tid, også må vi få lov til å vise interesse» (Intensivsykepleier I)

Videre sier intensivsykepleier I:

«.. det er hverken tradisjon eller tid eller det er liksom ikke ett tema på en måte. Det er, nei det. Det er ikke tilrettelagt til det heller (litteratursøk).» (Intensivsykepleier I)

4.2.5 Bruke av fag og forskning/verktøy

På grunn av denne mangelen på en ramme rundt det å jobbe kunnskapsbasert, setter intensivsykepleierne sin lit til å de blir holdt oppdatert av andre på avdelingen, slik som fagutviklingsykepleier.

«...jeg setter min lit til at fagutviklingsykepleierne holder oss faglig ajur, eller up to date» (Intensivsykepleier II)

Intensivsykepleierne i studien viser til at de bruker veileder i intensivmedisin aktivt i sin arbeidshverdag.

«.. Ja, veileder i intensivmedisin, og at vi jeg støtter meg til den faglitteraturen...» (informant II, s2)

I intervjuet undrer en av intensivsykepleierene seg over når veilederne i intensivmedisin som brukes aktivt på avdelingen sist var oppdatert og at det var noe som intensivsykepleieren ikke har reflektert over tidligere.

«... vi bruker den (veileder i intensivmedisin) aktivt, men om den blir oppdatert? Jeg har faktisk aldri sjekket når tid den sist var oppdatert.» (Intensivsykepleier II)

En av de andre intensivsykepleierne er usikker på om prosedyrene de bruker i avdelingen er kunnskapsbasert og sier:

*«... at alle de her prosedyrene er kunnskapsbasert, at vi jobber ut ifra
(kunnskapsbaserte prosedyrer) det kan jeg ikke si at vi gjør» (Intensivsykepleier I)*

5 Diskusjon

Studiens tema er kunnskapsbasert praksis, og hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleierne erfaringer med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling. Jeg spurte dem om hvilke erfaringer de har med å jobbe kunnskapsbasert og hva det betyr for dem i deres arbeidshverdag. Intensivsykepleierne i studien oppfatter for det første begrepet *kunnskapsbasert praksis* som noe nytt og ukjent. For det andre vektlegger de den erfaringsbaserte kunnskapen i deres daglige arbeidshverdag, og sier for det tredje at en travel og uforutsigbar arbeidssituasjon ikke gir rom for å søke litteratur. For det fjerde sier intensivsykepleierne at å undre seg, og stille spørsmål er en naturlig del av måten de arbeider og tenker på, rundt pasientsengen. Tilslutt et femte tema som handler om å bruke fag og forskning i sin kliniske arbeidshverdag.

I dette kapittelet vil jeg diskutere studiens resultater opp mot teoretisk rammeverk, begreper, og tidligere forskning som er presentert i kapittel 2 – Teoretisk utgangspunkt.

5.1 Å bygge bro mellom kunnskapsformer

Intensivsykepleierne som arbeider i intensivavdelinger med et avansert intensivmedisinsk tilbud, trenger en bred kunnskapsbase for å imøtekomme intensivpasientens behov for pleie, og samtidig bidra til en optimal medisinsk behandling (Flaatten & Søreide, 2010; Swinny, 2010). Intensivsykepleierne i min studie oppfatter begrepet *kunnskapsbasert praksis* som noe nytt og ukjent. Alvsvåg (2009) viser til en diskusjon i forhold til definisjon av begrepet kunnskapsbasert praksis rundt 2000-tallet. Diskusjonen gikk ut på hvilken av kunnskapsformene som har størst betydning i praksis.

Martinsen og Boge (2004) viser til en forskningsgruppe fra 1800-tallet som utviklet en norm for klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analyser, og som dagens kunnskapsbaserte sykepleie bygger på. Selv om Martinsen og Boge (2004) uttrykker i sin artikkel at det ikke er noe galt med den evidensbaserte medisin, men man må være klar over at all kunnskap har begrensinger. De mente at slik den evidensbaserte medisinen blir konstruert gir den lite plass til livsfilosofiske spørsmål.

I en rapport av Vandvik og Eiring (2011) vises det til en usikkerhet om kunnskapsbasert praksis har fått fotfeste i helsetjenesten. Dette samsvarer med det intensivsykepleierne i min studie sier. De oppfatter at kunnskapsbasert praksis er et nytt tema som de presenteres for på kongresser og møter, men som de i liten grad er kjent med i egen klinisk praksis. Dette

samsvarer med studien til Sandvik mfl. (2011) som viser til at selv om fokuset på kunnskapsbasert praksis har økt, har helsepersonell fortsatt varierende grad av kompetanse og forståelse av begrepet kunnskapsbasert praksis.

Kirkevold (2013) viser til en lang debatt rundt begrepet kunnskapsbasert praksis. Hun spør også om det er mulig med en kunnskapsutvikling i sykepleiefaget, hvor det er rom for fenomener som både er biologisk og humane. Fenomener som eksempel smerte, lidelse og tretthet. I følge Kirkevold (2013) vil en slik kombinasjon muligens minske polariseringen mellom kunnskapsområdene. Intensivsykepleierne i min studie viser til at det fortsatt er en mulig polarisering av kunnskapsområdene. De sier at kunnskapsbasert praksis ikke er noe som snakkes om på avdelingen.

Martinsen og Boge (2004) hevder i sin artikkel at det ikke er noe galt med den kunnskap som evidensbasert sykepleie støtter seg på, men at det er viktig å reflektere over de begrensningene den har. Den evidensbaserte kunnskapen vil i liten grad gi innsikt i livsfilosofiske spørsmål, og en hierarkisk rangering av kunnskapen kan føre til en nedvurdering av humanistisk forskning og erfaringskunnskap. Intensivsykepleierne i min studie viser til erfaringskunnskapen som de har opparbeidet seg i praksis som essensiell. I kritiske situasjoner hvor intensivsykepleierne må handle raskt er det hverken tid eller rom til å utføre strukturert litteratursøk, men erfaringskunnskap som vektlegges.

I følge Nortvedt og Jamtvedt (2009) bruker en god kliniker forskningsbasert kunnskap, sine kliniske erfaringer samt innhenter pasientens verdier og preferanser. Intensivsykepleierne i studien min viser til erfaringsbasert kunnskap, men samtidig sier de at de bruker veileder i intensivmedisin og prosedyrer. De sier at de som eksempel i etiske vanskelige situasjoner leser yrkesetiske retningslinjer for å sjekke at de handler i henhold til dem.

En av intensivsykepleierne uttrykker at selve begrepet *kunnskapsbasert* er ukjent, og understreker at det er den erfaringsbaserte kunnskapen som vektlegges i den daglige praksis. Dette samsvarer med Bringsvor mfl. (2014) som viser kompleksiteten i implementeringen av kunnskapsbasert praksis. Denne er avhengig av erfaringene intensivsykepleierne hadde fra tidligere. I studien sees det også på den kulturelle betydningen for implementering.

Informantene i studien til Bringsvor mfl. (2014) viste til en forskjell i avdelingskulturer på samme sykehus, kunne ha påvirkning på hvor stor innflytelse kunnskapsbasert praksis fikk på den aktuelle avdeling.

De intensivsykepleierne som var intervjuet i denne studien beskriver at deres erfaringsbaserte kunnskap er grunnlaget for deres praksisutførelse. Erfaringen sees i tillegg i forhold til den kunnskapen de fikk underutdannelse og videre kurs gjennom jobb. Samtlige intensivsykepleiere i studien mener at en intensivsykepleier først og fremst er praktisk rettet. I følge Nightingale (Elstad, 2014) var det observasjon som gav erfaring. Gjennom å arbeide praktisk, og med grunnlag i videreutdanningen erverver sykepleierne erfaringer. Bjørndal (2009) sier det at praksis kan skille på god og dårlig fagutøvelse ved at man som fagperson skal kunne sitt fag. En god fagutøver bygger praksisen sin på god kunnskap og lager gode relasjoner (Bjørndal, 2009).

I artikkelen til Bringsvor mfl. (2014) er et av funnene at intensivsykepleierne i den studien vektlegger sin kunnskap om kunnskapsbasert praksis som essensiell. De uttrykker også at det har større betydning for pleien enn tidligere. I min studie oppfattes kunnskapsbasert praksis som noe nytt, og har av den grunn ikke så stor plass i det daglige arbeidet.

Intensivsykepleierne i studien viser til at de støtter seg til kollegaveiledning i tillegg til erfaringsbasert kunnskap. Dette samsvarer med Jansson og Forsberg (2016) som viser til at sykepleierne ofte bruker mer erfarne sykepleiere eller en åpen diskusjon i avdelingen. Videre viser de til at sykepleierne bruker erfaringen fra andre avdelinger eller spesialiteter. Dette er også noe en av intensivsykepleierne i min studie viser til og snakker om en praksis der de henter relevant kunnskap fra andre avdelinger eller leger. De sier at denne måten å samhandle med sine kollegaer på, gir ett større kunnskapsgrunnlag og mulighet for å støtte seg til flere kunnskapskilder.

Intensivsykepleierne i studien uttrykker at styrken deres ligger i antall år de har erfaring fra intensivavdeling. De legger vekt på den praktiske erfaringen som de har bygget på fra videreutdanningen i intensivsykepleie. Danielsen (2018) skriver at sykepleiekunnskap inkluderer ulike former for kunnskap, og bygger ikke på teori, men praktisk kunnskap. Lik intensivsykepleierne i min studie, erkjenner de sin praktiske erfaring som viktig i deres daglige utøvelse. Danielsen (2018) sier videre at kunnskaper fra virkelige pasientsituasjoner er viktige kilder i utøvelse og trening. Frykten er at mye praktisk kunnskap vil bli borte hvis det er et stort fokus på forskningsdelen i kunnskapsbasert praksis. Mye kunnskaper ligger i den daglige samtalen rundt pasienten.

Å bruke skjønnnet som vurderingsgrunnlag når det foreligger mangler, enten i generelle kunnskaper eller regler, er nødvendig i situasjoner for å kunne oppnå individuell behandling

(Terum & Grimen, 2009). Blant intensivsykepleierne i min studie brukes skjønnet i vurderinger gjort opp mot pasientene. De uttrykker at de undrer seg og stiller spørsmål rundt sengen, og gjør vurderinger opp mot den konkrete pasienten.

5.2 Å undre seg og stille spørsmål

Molander (2004) viser til hvordan virkeligheten blir synlig gjennom spørsmål og undring, og betegner det som en aktiv skapelsesprosess. Den som er erfaren skal ikke bare kunne mye, men ikke slutte å lære nye ting. Læringen ligger i det arbeidet som blir utført (Molander, 2004). Intensivsykepleierne i studien min sa at det å stille spørsmål og undre seg er en del av det å være intensivsykepleier og interessen for å lære nye ting er en forutsetning for å jobbe i intensivavdelingen.

Ved å bevege seg mellom søylene lik Alvsvåg (2009) beskriver i artikkelen *Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt*, brukes aktivt det faglige skjønn. Austgard (2010) sier i sin artikkel i tidsskriftet *Sykepleien forskning* at det er mellom den kunnskapen man har fra tidligere og den kunnskapen som erverves i konkrete situasjoner at det faglige skjønnet oppstår.

Intensivsykepleierne vektlegger erfaringer, men sier samtidig at de bruker veiledere og sine kollegaer. Fagkunnskaper er derimot ikke tilstrekkelig for å sikre at sykepleieren jobber kunnskapsbasert (Molander, 2004). Boge og Martinsen (2006) sier at selv om man bruker evidensbasert kunnskap, skal man ikke slutte å bruke erfaringer, skjønn og sunn fornuft. Dette samsvarer med min studie hvor intensivsykepleierne har med seg den kunnskap de har fra tidligere, og samtidig vurderer hvordan handle i den konkrete situasjonen.

Den erfaringen praktikerer tilegner seg gjennom forståelse, ferdigheter og sikkerhet, er vesentlige ferdigheter men innehar i taus kunnskap, dette i tillegg til oppmerksomhet, erfaring og personlighet (Molander, 2004). Med disse ferdighetene mener Molander (2004) at man skal stole på sin kunnskap og erfaring. Med et gjennomsnitt på 11 års erfaring på intensivsykepleierne i min studie, vektlegger de alle sin egen erfaring og ferdigheter som viktig.

Ved å utvikle intensivsykepleierens kunnskap rundt begrepet *kunnskapsbasert praksis*, vil også erfaringen utvikle seg. Molander (2004) sier også dette i sin bok *Kunnskap i handling*, der han mener at kunnskapen også ligger i handlaget, ikke kun i teorien. Molander (2004) kaller dette for «den levande kunnskapen» som omtaler kunnskap fått gjennom erfaring. I følge intensivsykepleierne i studien er det ikke tilrettelagt, eller kultur for, å søke opp litteratur. De

utrykker selv at «*de ikke er helt der...*» Dette er også noe som kommer fram i artikkelen til Renolen mfl. (2018) som sier at mangel på støtte fra ledelsen og tilrettelegging, som noe av hindrene til å jobbe kunnskapsbasert.

Videre sier Molander (2004) at menneskets spørsmål og undring åpner virkeligheten. Intensivsykepleieren i min studie uttrykte at de bruker disse undringene aktivt i sin daglige praksis. En av intensivsykepleierne snakket om det å undre seg rundt sengen til pasienten, og om å ta denne undringen videre etter endt vakt, men igjen sier de også at denne undringen stoppet ved garderobedøren.

5.3 Implementering

Intensivsykepleierne i studien min viser til viktigheten av at ledelsen involverer seg og engasjerer seg i implementeringen av kunnskapsbasert praksis.

Sandvik mfl. (2011) viser til i sin artikkel at implementeringen av kunnskapsbasert praksis forutsetter at helsepersonellet forstår og kan lese forskning, og i tillegg er det avhengig av at ledelsen er positiv og resultatorientert. To av informantene fortalte også om en til dels negativ kultur i forhold til begrepet kunnskapsbasert praksis, og videre *masterjaget* blant sykepleierne. Skogsås og Valeberg (2017) har i sin studie funnet ut at et mastergradsstudium i intensivsykepleie vil kunne gi ett bedre språk og øke evnen til kritisk tenkning.

Intensivsykepleierne i min studie sier at de kjenner på *masterjaget* og at det er en negativ holdning i praksis, i forhold til en masterutdanning. De sier samtidig at de kan bli bedre til å jobbe kunnskapsbasert.

I Hjelen og Sagbakken (2018) sin artikkel sier operasjonssykepleierne at selv i situasjoner de har tid til å søke litteratur, er det sjelden de gjør det. Alle tre informanter i min studie uttrykker at de ikke har tid til å søke opp relevant litteratur. De begrunner det med en travel hverdag, lite tilrettelagt og liten anerkjennelse fra ledelsen. Hjelen og Sagbakken (2018) viser til at en ledelse som er mer tilstede og støtter jobben med kunnskapsbasert praksis, vil kunne øke muligheten for litteratursøk. Den korte tiden de har til rådighet er ikke tilstrekkelig til å utføre litteratursøk. Lik intensivsykepleierne i min studie, sier også operasjonssykepleierne i artikkelen til Hjelen og Sagbakken (2018) at det må planlegges og prioriteres tid til å arbeide kunnskapsbasert.

I studien til Friesen - Storms mfl. (2014) viser de til at ved konkret arbeid mot implementering av kunnskapsbasert praksis, vil gi ett større resultat i form av at sykepleierne

jobbet mer kunnskapsbasert. Sykepleierne i denne studien jobbet for det meste etter erfaringsbasert praksis. Liland, Moe, Thomassen og Lind (2017) viser i sin studie at ved å utvikle kunnskapsbaserte prosedyrer fører det til at de sykepleierne uten inngående kunnskaper om kunnskapsbasert praksis også bruker gjeldende forskning.

Intensivsykepleierne i min studie viser til at de bruker prosedyrer i intensivmedisin nesten daglig, men er selv ikke klar over sist den var oppdatert. Liland mfl. (2017) viser også til at sykepleierne også selv bør søke etter forskning og forholde seg til kunnskapspyramiden. Dette samsvarer med *Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere* (NSFLIS, 2017) som sier at intensivsykepleieren skal anerkjenne flere kunnskapsformer, samt bidra med kritisk refleksjon og i tillegg være aktive i fagutvikling og forskning. Intensivsykepleierne i min studie vektlegger erfaringsbasert kunnskap, og viser til at kunnskapsbasert praksis ikke er et tema i daglig praksis. De viser til at de anvender fag- og forskningslitteratur, men at de selv ikke er aktive i søk etter relevant litteratur.

Intensivsykepleierne i min studie viser til liten tilrettelegging og lite tid for implementering av kunnskapsbasert praksis. Brown mfl. (2009) viser i sin studie til at den største barrieren for å arbeide kunnskapsbasert er tid. Sykepleiere trenger tid borte fra sykesengen, i tillegg til støtte og hjelp for å gjøre aktive litteratursøk. Også intensivsykepleierne i min studie sier at det ikke er tid eller rom for å kunne innhente kunnskap for å få en forståelse for hvordan man jobber kunnskapsbasert. De sier også at de har mangel på kunnskap om hvordan jobbe kunnskapsbasert, de ønsket for eksempel en bibliotekar til å vise riktige søkeprosedyrer. I tillegg viser Brown mfl. (2009) at støtte og undervisning av lederne er med på å styrke kunnskapsbasert praksis på avdelingene.

Hole mfl. (2016) undersøkte i sin studie effekten ved bruk av endringsagenter for implementering av kunnskapsbasert praksis i en avdeling. Endringsagentene så at etter endt mastergradsstudiet var med på å forbedre praksisen innad i avdelingen. Dette er også noe Liland mfl. (2017) ser viktigheten av, og foreslår fagsykepleieren som endringsagent. Intensivsykepleierne i min studie viser til at de setter sin lit til at fagutviklingssykepleierne holder de oppdatert, da de selv ikke har tid til å søke etter relevant litteratur, de sier også at de mangler opplæring i hvordan man jobber kunnskapsbasert. Ved å utdanne flere mastergradsstudenter vil det ifølge Hole mfl. (2016) kunne gi flere en forståelse av begrepet *kunnskapsbasert*, men samtidig også være flere som kan bruke det som et verktøy i daglig praksis.

Lik intensivsykepleierne i min studie viser også operasjonssykepleierne i studien til Hjelen og Sagbakken (2018) at tid er en av de største barrierene for å kunne jobbe kunnskapsbasert i praksis. Operasjonssykepleierne snakker om økende krav til produksjon og effektivitet hvor en travel arbeidshverdag setter sine begrensninger. Intensivsykepleierne i studien min viser også til en travel hverdag der kompleksiteten ved pasientene gjør at det ikke er rom eller tid for andre oppgaver (Sandvik mfl., 2011). Ved å frigi tid og inkludere intensivsykepleierne i arbeidet vil det være enklere å se nytten i kunnskapsbasert praksis.

Intensivsykepleieren i studien sier at de vil bli bedre, få mer slagkraft. I følge NSFLIS (2017) skal intensivsykepleieren samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet. Intensivsykepleierne i min studie viser til at de ønsker mer slagkraft i faget sitt. Videre i funksjonsbeskrivelsene skal intensivsykepleierne være med på å utvikle systemer og sikre kompetansesammensetningen. En av intensivsykepleierne i studie sier at ved å gjøre intensivutdanningen til en mastergrad kan det være med på å øke slagkraften.

Myndighetene forventer at helsepersonell jobber kunnskapsbasert (Meld. St. 11, 2014-2015). Stortingsmeldingen uttrykker at gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur vil man sikre bedre kvalitet og trygge tjenester. Slik det framstår av intensivsykepleiere i min studie så er det fortsatt en vei å gå for å forbedre systemet slik at den enkelte intensivsykepleier kan holde seg oppdatert etter ansvar- og funksjonsbeskrivelsen i NSFLIS (2017).

Vandvik (2009) ser på kunnskapsbasert praksis som et uvurderlig verktøy for å finne pålitelige svar som skal brukes i møte med pasienter. Dette samsvarer med Bjørndal (2009) som sier at målet med kunnskapsbasert praksis er å treffe faglige valg på bakgrunn av evidens, erfaring og tilrettelegging for pasienten. For å kunne ta disse avgjørelsene basert på disse tre forutsetningene forutsetter det at intensivsykepleieren har kunnskap om, og anerkjenner, ulike kunnskapsformer. Intensivsykepleierne i min studie sier at de ikke har kunnskap om begrepet kunnskapsbasert praksis. Dette viser viktigheten av å ha forståelse for konseptet ved implementering av kunnskapsbasert praksis, slik at de som jobber med det forstår hva det innebærer.

6 Avslutning

Målet for studien har vært å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling, samt utforske hva det betyr for dem i deres daglige praksis.

Gjennom analyse av intervjumaterialet ble fem hovedtema tydelig; begrepet kunnskapsbasert praksis, å handle raskt, å ha erfaring, å undre seg og stille spørsmål og bruk av fag og forskning.

Intensivsykepleierne i studien oppfatter begrepet kunnskapsbasert praksis som noe nytt og ukjent. De formidler at de vektlegger den erfaringsbaserte kunnskap i deres daglige arbeidshverdag, og sier at en travel og uforutsigbar arbeidssituasjon ikke gir rom for å aktivt søke litteratur. Samtidig sier de at de også støtter seg til veileder i intensivmedisin og relevante prosedyrer.

Intensivsykepleierne formidler at det å undre seg og stille spørsmål er en naturlig del av måten de arbeider og tenker i sin arbeidshverdag, og det er en forutsetning for å kunne jobbe på en intensivavdeling. De søker svar på spørsmål og undring i tidligere erfaring, kollegiet og tilgjengelig litteratur. Intensivsykepleierne formidler at de ikke selv søker aktivt forskningslitteratur for å finne svar på faglige problemstillinger.

Til tross for økt fokus og krav fra myndigheter om å jobbe kunnskapsbasert i klinisk praksis, viser min studie utfordringer i implementeringen av konseptet kunnskapsbasert praksis.

Innsikter studien har gitt tydeliggjør at det må være et fokus på den enkelte intensivsykepleiers forståelse av konseptet kunnskapsbasert praksis, og hva det vil si å jobbe kunnskapsbasert. Intensivsykepleiere har et eget ansvar å holde seg faglig oppdatert og for å bruke ulike kunnskapskilder i praksis. I tillegg formidler intensivsykepleierne i studien at ledelsen må legge til rette for at de lærer seg metoder for hvordan de skal søke seg fram til den beste tilgjengelige kunnskapen.

6.1 Implikasjoner for praksis

Hvilke implikasjoner har innsikten for praksis? Denne masteroppgaven gir et bidrag til debatten i forhold til kunnskapsbasert praksis i sykepleien. Studien gir intensivsykepleierens perspektiv på begrepet kunnskapsbasert praksis, og utfordringer i implementeringen av konseptet i praksis.

Ved implementering av kunnskapsbasert praksis er det viktig at der er en forståelse for hva begrepet innebærer, og en forståelse for bruken av ulike kunnskapskilder i praksis. I tillegg er det viktig at det er positivt forankret hos ledelsen, og at det blir lagt til rette for opplæring i denne måten å arbeide på i klinisk praksis.

6.2 Videre forskning

Studien har åpnet opp for mange spennende spørsmål og gitt inspirasjon til videre arbeid. Analyse og tolkning av intensivsykepleiernes erfaring med kunnskapsbasert praksis har belyst utfordringer ved implementering av konseptet i en intensivavdeling. En studie som undersøker metoder for å innføre kunnskapsbasert praksis inn i en intensivavdeling vil være interessant å utforske videre. Jeg tenker her på en undersøkelse som inkluderer intensivsykepleierne som arbeider i døgnekstrem turnus i intensivavdeling.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien forskning*, 4(3), 216-220. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0104>
- Austgard, K. (2010). Profesjonalitet og faglig skjønn. *Sykepleie forskning*, 5(1), 65-65. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0033>
- Binding, L. L. & Tapp, D. M. (2008). Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy*, 9(2), 121-130. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00338.x>
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutførelse* (s. 125-144). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Boge, J. & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*, 26(2), 32-35. <https://doi.org/10.1177/010740830602600207>
- Bringsvor, H. B., Bentsen, S. B. & Berland, A. (2014). Sources of knowledge used by intensive care nurses in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.001>
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L. & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence - based practice at an academic medical center. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 371-381. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x>
- Danielsen, I. (2018). The voice of experience: How experiences are conceptualised in nursing practice. I I. Danielsen & A. Johanne (Red.), *Erfaring som kunnskapskilde i profesjonspraksis* (s. 83-94). Oslo: Novus forlag.
- Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Flaatten, H. & Søreide, E. (2010). Intensivmedisin i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 130(2), 166-168. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0054>
- Friesen - Storms, J., Moser, A., Loo, S., Beurskens, A. & Bours, G. (2014). Systematic implementation of evidence - based practice in a clinical nursing setting: A participatory action research project. *Journal of clinical nursing*, 24(1-2), 57-68. <https://doi.org/10.1111/jocn.12697>
- Hansen, H. F. & Rieper, O. (2009). Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 17-38). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015–2018)*. Helsebiblioteket. *De tre komponentene i kunnskapsbasert praksis*: Helsebiblioteket. Hentet 04.05.2018. Hentet fra http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/_attachment/251168?_ts=157beb1389f
- Helsebiblioteket. *Kunnskapspyramide*: Helsebiblioteket. Hentet 04.05.2018. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. *Trinnene i kunnskapsbasert praksis* Helsebiblioteket. Hentet 04.05.2018. Hentet fra http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/_attachment/255674?_ts=15ce8de8614
- Helsedirektoratet. (2013). *HelseOmsorg 21*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
- Helsedirektoratet. (2017). I trygge hender. Hentet 02.11.2017 fra www.pasientsikkerhetsprogrammet.no
- Hjelen, W. & Sagbakken, M. (2018). Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleie forskning*, (13). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69422>
- Hole, G. O., Brenna, S. J., Graverholt, B., Ciliska, D. & Nortvedt, M. W. (2016). Educating change agents. A qualitative descriptive study of graduates of a Master's program in evidence-based practice. *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0597-1>

- Jansson, I. & Forsberg, A. (2016). How do nurses and ward managers perceive that evidence - based sources are obtained to inform relevant nursing interventions?—an exploratory study. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 769-776. <https://doi.org/10.1111/jocn.13095>
- Kirkevold, M. (2013). Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I H. Alsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier - En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70 årsdag* (s. 265-275): Cappelen Damm Akademisk.
- Klepstad, P. (2010). Intensivmedisinen og dens utfordringer. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 130(1), 12. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0356>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Liland, H.-I., Moe, V., Thomassen, S. & Lind, R. (2017). Jobbe og undervise kunnskapsbasert. *Sykepleien 2017 105*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/09/jobber-og-underviser-kunnskapsbasert>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleie forskning*, 13.
- Meld. St. 10. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11. (2014-2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Molander, B. (2004). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Nightingale, F. (1980). *Notes on nursing : what it is, and what it is not*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Nortvedt, M. & Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og provoserer. *Sykepleien*, 97(07), 64-69. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0042>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- NOU 2005:1. *God forskning - bedre helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NSF. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 20.04.2018 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- NSFLIS. (2017). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet 20.04.2018 fra https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_2_.pdf
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler? I O. Fuglestad, T. Aase & E. Fossaskåret (Red.), *Metodisk feltarbeid* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Renolen, Å., Høye, S., Hjalmluhult, E., Danbolt, L. J. & Kirkevold, M. (2018). "Keeping on track" - Hospital nurses struggles with maintaining workflow while seeking to integrate evidence-based practice into their daily work: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.006>
- Sandvik, G., Stokke, K. & Nortvedt, M. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 6(2), 160-167. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098>
- Skogsås, B. M. P. & Valeberg, B. T. (2017). Hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis. *Sykepleien Forskning* (10). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63495>
- Store norske leksikon. Hentet 20.04.2018 fra <https://snl.no/Krimkrigen>
- Swinny, B. (2010). Assessing and Developing Critical - Thinking Skills in the Intensive Care Unit. *Critical care nursing quarterly*, 33(1), 2-9. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181c8e064>
- Terum, L. I. & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitete og legitimitet. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-16). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Vandvik, P. O. (2009). Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 111-124). Oslo Abstrakt Forlag AS.
- Vandvik, P. O. & Eiring, Ø. (2011). Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten.

World Medical Association. (2013, 19 oktober 2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet 02 november 2017 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1

Amundsen Trine

Fra: Amundsen Trine
Sendt: 6. februar 2018 00:04
Til: [Redacted]
Emne: Informanter til mastergradsoppgave
Vedlegg: forespørsel om deltakelse i studie.docx; Kvittering fra NSD.pdf; masterskisse.docx; søknad om tilgang til forskningsfeltet.docx

Hei!

Undertegnede er intensivsykepleier og mastergradsstudent ved Institutt for helse- og omsorgsfag (IHO), Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø (UIT). I mastergradsoppgaven min i intensivsykepleie skal jeg gjennomføre et prosjekt med tittel: "Intensivsykepleierens utøvelse av kunnskapsbasert praksis". Det er Institutt for helse og omsorgsfag (IHO) ved Universitetet i Tromsø (UIT) som er ansvarlig for prosjektet, og hovedveileder / prosjektleder er førsteamanuensis Monica Evelyn Kvande. Jeg søker herved etter informanter for å gjennomføre min mastergradsoppgave. Forskningsprosjektet har til hensikt i å beskrive og tolke intensivsykepleierens meninger om, og erfaringer med kunnskapsbasert praksis. Dette fordi det er ett stort fokus på kunnskapsbasert praksis, og implementering av dette i helse- og omsorgsfagene.

Se vedlegg.

Mvh
Trine Amundsen Aga
Kråkebollevegen 6
9104 Kvaløya
Tlf; 476 23 694

Vedlegg 2

” Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med kunnskapsbasert i en intensivavdeling ”

Bakgrunn og formål

Jeg heter Trine Amundsen Aga og skriver en master i sykepleie ved UIT, Norges arktiske universitet. Prosjektleder for studien er Monica Kvande. Jeg ønsker å finne ut hvilke erfaringer intensivsykepleieren har med å jobbe kunnskapsbasert i en intensivavdeling. I den forbindelse håper jeg at du vil være villig til å stille opp på ett intervju. Spørsmålene vil være knyttet opp mot kunnskapsbasert praksis.

Målet med masteroppgaven er å sette fokus på hvordan intensivsykepleieren i avdelingen erfarer å jobbe kunnskapsbasert.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer en intervjurunde på en time.

Samtalen vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon, og filen vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Dette er for å kunne konsentrere meg om samtalen vår, samt slippe å ta notater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Data i masteroppgaven vil du bli anonymisert, og ingen ting av det du sier vil kunne knyttes til deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Trine Amundsen Aga, telefon: 47623694 eller mail; tag005@post.uit.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Mvh

Trine Amundsen Aga

Masterstudent i sykepleie.

Samtykke til deltakelse i studien

Kunnskapsbasert praksis i intesivavdelingen

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide**Intro**

Velkommen til dette intervjuet i forbindelse med min master i intensivsykepleie. Jeg ønsker å takke for at du tok deg tid til å være med.

Intervjuet vil ta rundt en time, og det vil være mulighet for pause om du skulle trenge det. Intervjuet vil tas opp på lydopptak, og vil bli transkribert til papirtekst etter intervjuet er avsluttet. Lydopptak vil bli slettet når prosjektet avsluttes våren 2018. I den transkriberte teksten vil ingen personlige opplysninger forekomme. Før lydopptaket slettes vil det bli oppbevart i en låst skuff slik at ingen andre enn jeg

Hovedpunkter	Underpunkter	Forslag til spørsmålsformulering
Intensivsykepleierens bakgrunn	Tid og sted for utdanning	Kan jeg få høre om din bakgrunn som intensivsykepleier?
	Arbeidserfaring	Hvor lenge har du arbeidet ved denne intensivavdelingen?
	Kompetanse og erfaring innen intensivsykepleie	Kan du fortelle om hvilken kompetanse/erfaring du har innen intensivsykepleie?
Begrepet kunnskapsbasert praksis		Kjenner du begrepet kunnskapsbasert praksis? Hva har du hørt?

<p>Å jobbe kunnskapsbasert</p>	<p>Ulike former for kunnskap</p>	<p>Kan du fortelle meg om dine erfaringer med å jobbe kunnskapsbasert?</p> <p>Hvilken innflytelse har kunnskapsbasert praksis for deg i din arbeidshverdag? Er denne kunnskapsformen og bruk av den på agendaen i deres avdeling?</p> <p>Har du eksempler på situasjoner hvor du har arbeidet kunnskapsbasert?</p> <p>Hvilken type kunnskap opplever du som viktig for deg å utvikle? (praktisk, teoretisk, etisk, kunnskapsbasert)</p> <p>Er kunnskapsbasert praksis en integrert/naturlig del av din arbeidshverdag? Hvordan/på hvilken måte? Organisering? Individuelt?</p> <p>Har du hatt opplæring i å jobbe kunnskapsbasert?</p> <p>Hva var positivt med opplæringen?</p>
--------------------------------	----------------------------------	---

<p>Opplæring i kunnskapsbasert praksis</p>		<p>Syns du det manglet noe i undervisningen?</p> <p>Kjenner du til de ulike formene for kunnskap?</p>
--	--	---

Monica Kvande

9037 TROMSØ

Vår dato: 22.01.2018

Vår ref: 58323 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.01.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

58323

Intensivsykepleierens utøvelse av kunnskapsbasert praksis.

Behandlingsansvarlig

UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Monica Kvande

Student

Trine Amundsen Aga

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

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

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv.

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i forskningsetiske retningslinjer.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder.

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har taushetsplikt. De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du forsker på egen arbeidsplass må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no