



UiT - Det helsevitenskapelige fakultet

## **«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis?»**

En kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervju

Helle Brønnestad Didriksen

Masteroppgave i spesialsykepleie – studieretning intensivsykepleie, SYP-3902.

Mai 2023

Antall ord: 16.466

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Intensivavdelingen er en høydynamisk, teknisk og medisinskfaglig avansert avdeling som krever spesialutdannet personale med høy grad av selvstendighet og handlingskompetanse. En økt spesialisering i helsevesenet og en mer avansert og komplisert pasientbehandling stiller krav til intensivsykepleieren om å jobbe selvstendig, kunnskapsbasert og bidra til utvikling i eget fag og helsetjenesten. Intensivsykepleiere med masterkompetanse har gjennom utdannelsen tilegnet seg kunnskaper og kompetanse vedrørende kunnskapsbasert arbeidsmetode men det er gjort lite forskning på hvordan disse intensivsykepleierne erfarer å arbeide kunnskapsbasert i egen klinisk praksis.

**Problemstilling:** *«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis?»*

**Metode:** Studien benytter en kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervju av totalt fire intensivsykepleiere fra to ulike lokalsykehus, alle med mastergrad. Det er blitt foretatt en induktiv innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004a) sin kvalitative innholdsanalyse som metode for analysing av empiri.

**Resultat:** Det framkom to temaer som beskriver intensivsykepleiere med masterkompetanse sine erfaringer med å jobbe kunnskapsbasert i egen praksis: «Opplevde forventninger om å kunne bidra til en kunnskapsbasert praksis» og «Erfaringer av å arbeide kunnskapsbasert». Funnene tilknyttet disse temaene viser at intensivsykepleierne har en positiv holdning til kunnskapsbasert praksis og at de ønsker å praktisere kunnskapsbasert i egen klinisk praksis, men at det å implementere dette i klinisk praksis er vanskelig. Deltakerne har bevissthet rundt egen handlingskompetanse og handlingsberedskap og fremmer viktigheten av kompetanseheving og fagutvikling for å kunne utøve en faglig forsvarlig praksis. Intensivsykepleierne erfarer å stå i bresjen av en kulturendring i intensivavdelingene med de utfordringene dette medfører. Funnene indikerer at intensivsykepleierne er bevisste sin rolle i denne endringen, men behøver støtte på et organisatorisk- og ledelsesnivå for å kunne arbeide kunnskapsbasert.

**Nøkkelord:** kunnskapsbasert praksis, intensivavdeling, intensivsykepleier, kunnskap, kvalitativ studie, mastergrad, forskning, kompetanse, erfaring.

# Abstract

**Background:** The intensive care unit is a highly dynamic, technically and medically advanced department that requires specially trained nurses with a high degree of independence and operational competence. Increased specialization in the healthcare system and more advanced and complicated patient treatment makes demands on intensive care nurses to work independently, knowledge-based and contribute to development in their own profession and the healthcare service. Intensive care nurses with master's qualifications have, through their education, acquired knowledge and competence regarding knowledge-based working methods, but little research has been done on how these intensive care nurses experience knowledge-based work in their own clinical practice.

**Research question:** What experiences does the master qualified intensive care nurses have with working evidence-based in clinical practice?

**Method:** The qualitative study employed and utilized semi-structured individual interviews. The sample included four intensive care nurses, from two local hospitals in Norway, all with a master competence. Datanalysis was conducted using qualitative content analysis.

**Results:** Two themes emerged that describe the experiences of intensive care nurses with master competence in working knowledge-based in their own practice: "Perceived expectations of being able to contribute to a knowledge-based practice" and "Experiences of working knowledge-based". The findings associated with these themes show that the intensive care nurses have a positive attitude towards knowledge-based practice and that they want to practice knowledge-based in their own clinical practice, but that implementing this in clinical practice is difficult. The participants have an awareness of their own competence to act and readiness to act and promote the importance of increasing competence and professional development in order to be able to carry out professionally sound practice. The intensive care nurses experience being in the midst of a culture change in the intensive care units with the challenges this entails. The findings indicate that intensive care nurses are aware of their role in this change but need support at an organizational and management level to be able to work knowledge based.

**Keywords:** evidence-based practice, intensive care unit, intensive care nurse, knowledge, qualitative study, masters degree, research, competence, experience.

# Forord

En to år lang masterutdanning i intensivsykepleie har nå kommet til en ende og jeg ser tilbake på et flott studie som har gitt spennende erfaringer, utfordringer og lærdom. Det avsluttende arbeidet med masteroppgaven har gitt en innsikt i en spennende tematikk og har resultert i en faglig tyngde og oversikt på valgt forskningsområde. Dette tar jeg nå med meg videre i jobben som intensivsykepleier hvor jeg skal fortsette å lære nye ting og forhåpentligvis kan være en bidragsyter i eget fagfelt.

Å skrive denne oppgaven ville ikke vært mulig uten intensivsykepleierne som har latt seg intervjuet til denne studien. Tusen takk for deres velvillighet til å dele erfaringer, kunnskaper og meninger slik at jeg har fått mulighet til å utforske problemstillingen min.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder, førsteamanuensis Kjersti Sunde Mæhre, for uvurderlig støtte og veiledning gjennom raske, konkrete og konstruktive tilbakemeldinger. Din tilgjengelighet og engasjement har vært motiverende og det har vært en glede å få kunne samarbeide med deg.

Takk til familien min, venner og gode kollegaer for innspill og heiarop i en hektisk men givende periode. En spesiell takk til mine ledere ved intensivavdelingen - KiSy for tilrettelegging av turnus og permisjon, det har vært avgjørende for meg for å kunne skrive denne masteroppgaven.

Til min kjære ektemann Dan som alltid stiller opp når jeg trenger det som mest og som tålmodig har ventet på at jeg skal komme ut av masterbobla – nå blir jeg endelig med deg på tur igjen!

Kirkenes, 29. mai 2023

Helle B. Didriksen

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2	Egen forforståelse .....	5
1.3	Studiens hensikt og problemstilling.....	6
2	Tidligere forskning på feltet.....	7
2.1	Litteratursøk.....	7
2.2	Artikler funnet relevant for problemstillingen.....	7
3	Teoretisk rammeverk .....	11
3.1	Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområde i en intensivenhet.....	11
3.2	Kunnskapsbasert praksis som begrep og arbeidsmetode .....	12
3.3	Patricia Benners teoriperspektiv om kunnskapsutvikling i sykepleiefaget.....	16
4	Presentasjon av forskningsdesign og metode .....	18
4.1	Forskningsmetode.....	18
4.1.1	Studiedesign.....	18
4.1.2	Semistrukturerte intervju .....	19
4.1.3	Utvalg.....	19
4.2	Den praktiske gjennomføringen.....	20
4.2.1	Rekruttering av deltakere .....	20
4.2.2	Intervjuguiden .....	21
4.2.3	Intervjusituasjonen.....	21
4.2.4	Transkripsjon .....	22
4.2.5	Dataanalysen.....	23
4.3	Forskningsetikk og forskningsetiske vurderinger.....	26
4.3.1	Informasjon og frivillighet.....	26
4.3.2	Anonymitet .....	26
4.3.3	Sikkerhet rundt oppbevaring av data .....	27
4.3.4	Risiko for ulemper – nytteverdi og ikke-skade-prinsippet .....	27
4.4	Kvalitetsvurdering.....	28
4.4.1	Troverdighet.....	28
4.4.2	Undersøkelsens begrensninger.....	29
5	Presentasjon av funn .....	30
5.1	Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis .....	30
5.1.1	Ansvarer fra å være intensivsykepleierstudent til intensivsykepleier var større enn forventet .....	30
5.1.2	Den kunnskapsbaserte praktiseringens betydning for intensivpraksis.....	33
5.2	Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap .....	35

5.2.1	Å tydeliggjøre en kunnskapsposisjon i intensivpraksis .....	35
5.2.2	En ny praksis.....	36
5.2.3	Det tverrfaglige samarbeidet og kompetansedeling i intensivavdelingen .....	39
6	Diskusjon .....	42
6.1	Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis .....	43
6.1.1	Den kunnskapsbaserte praktiseringens betydning for intensivpraksis.....	43
6.2	Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap .....	46
6.2.1	Å tydeliggjøre en kunnskapsposisjon i intensivpraksis .....	46
6.2.2	Det tverrfaglige samarbeidet og kompetansedeling i intensivavdelingen .....	49
7	Avslutning.....	52
7.1	Avsluttende betraktninger.....	52
7.2	Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	53
	Referanseliste.....	54
	Vedlegg.....	58
	Vedlegg - 1 Søknad til forskningsfelt .....	58
	Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	60
	Vedlegg 3 – Intervjuguide .....	63
	Vedlegg 4 – Godkjenning fra SIKT .....	64

# 1 Innledning

I denne masteroppgaven søkes det innsikt i intensivsykepleiere med masterkompetanse sine erfaringer av å arbeide kunnskapsbasert i egen klinisk arbeidshverdag. Oppgaven er delt inn i syv kapitler med tilhørende underkapitler. Dette første kapitlet omhandler bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling. Kapittel to redegjør for tidligere forskning funnet relevant til studiens problemstilling. Det tredje kapitlet presenterer teoretisk rammeverk for studien. Kapittel fire presenterer forskningsdesign og metode i tillegg til forskningsetiske vurderinger og kvalitetsbetraktninger. I kapittel fem presenteres funn som fremkommer fra datanalysen. I kapittel seks diskuteres funnene opp mot presentert relevant litteratur og aktuell forskning. I det syvende kapitlet redegjøres det for avsluttende betraktninger til studien i tillegg til implikasjon for praksis og videre forskning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Intensivfagets dynamikk, krav om å arbeide kunnskapsbasert og behovet for fagutvikling er noen av flere argumenter i diskusjonen om behovet for masterkompetanse hos spesialsykepleiere (NSF, 2020). Kravet om ferdigheter innenfor kunnskapsbasert praksis (KBP) og kvalitetsarbeid hos intensivsykepleieren konkretiseres også juridisk i forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning. Kandidater med fullført utdanning skal inneha kompetanse i å medvirke og utvikle kunnskapsbasert praksis innenfor eget fagfelt samt drive forbedringsarbeid. Dette innebærer blant annet å besitte inngående kunnskaper om kunnskapsbasert praksis og kvalitetsarbeid i intensivsykepleiefaget (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning, 2021, §2, §19-24). Det fremmes føringer for å arbeide kunnskapsbasert fra flere hold i samfunnet og det knyttes derfor konkrete forventninger til at intensivsykepleieren både skal ha kunnskap og evne til å arbeide kunnskapsbasert.

Intensivmedisinen er i en kontinuerlig utvikling og befordrer en høy handlings- og beredskapskompetanse hos intensivsykepleieren som arbeider i intensivavdelingen (Flaatten & Søreide, 2010). Intensivsykepleie er en spesialisert gren innenfor sykepleiefaget, hvor spesialistkompetansen utøves gjennom avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell

kompetanse innen områdene pasientbehandling, undervisning, fagutvikling, samhandling og organisasjon (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014; NSFLIS, 2017).

Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere sin funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere NSFLIS (2017) er retningsgivende i behandling av intensivpatienten og dens pårørende, og jeg vil i denne studien vise særskilt til punkt 3.0 *Undervisning, fagutvikling og forskning* som sier noe om at intensivsykepleierne står ansvarlig for å utvikle ny kunnskap som er forankret sykepleiefaglig gjennom utbedring av kvaliteten i eget arbeid, aktiv fagutvikling og ved å bedrive forskning (NSFLIS, 2017, s. 3).

Kunnskapsstatus omhandlende tematikken sykepleiere og KBP er bred og innholdsrik og særskilt innenfor barrierer for praktisering og implementering av KBP foreligger det mye forskning (Alatawi et al., 2020; Bonner & Sando, 2008; Hjelen & Sagbakken, 2018; Melnyk et al., 2017; Sandvik et al., 2011; Snibsøer et al., 2012). Parallelt har vi de siste årene sett en utvikling i tilbudet av mastergradsforløp for intensiv- og anesthesisykepleie i Norge, både påvirket av Bologna-traktaten og fagmiljøets etterspørsel av et økt kunnskapsbehov. Argumentasjonene for mastergrad er mange og gjerne knyttet til behovet for kompetanseendring og kompetanseheving (Bruun & Valeberg, 2021; Skogsaas & Valeberg, 2017). En intensivsykepleier med masterutdanning har både metodekompetanse og et kunnskapsgrunnlag til å kunne praktisere kunnskapsbasert praksis på sin respektive arbeidsplass. Det har ikke lyktes meg å finne studier som direkte omhandler intensivsykepleiere med masterkompetanse sine erfaringer knyttet til praktisering av KBP. Det foreligger imidlertid mye forskning nasjonalt og internasjonalt som inkluderer spesialsykepleiere med og uten mastergrad med problemstillinger som omhandler kunnskapsbasert praksis (Cotterill-Walker, 2012; Fossum et al., 2022; Høgbakk & Jakobsen, 2019; Liland et al., 2017; Sandvik et al., 2011; Snibsøer et al., 2012). I en studie gjort av Abuejheisheh et al. (2020) ble det undersøkt intensivsykepleieres forutsetninger for praktisering av kunnskapsbasert praksis. Her fant de at KBP bidro til at intensivsykepleierne utøvde helsehjelp basert på forskning, heller enn tradisjoner, myter og rådføring fra andre kollegaer. Et annet sentralt funn var at kunnskap vedrørende KBP var den sterkeste prediktoren for aktiv utøvelse av en kunnskapsbasert praktisering i klinisk sammenheng, men at dette ville kreve opplæring av sykepleierne. I studien til Abuejheisheh et al. (2020) blir det påpekt at minoriteten av deltagende intensivsykepleiere var masterutdannet.



Valg av studiens tematikk har bakgrunn i egne observasjoner og refleksjoner fra praksisfeltet hvor jeg observerte forskjellige tilnærminger intensivsykepleiere hadde til oppdatert forskning og kunnskapsbasert praksis. Ved ulike intensivavdelinger jeg har vært innom gjennom yrkeskarriere og i utdanningsammenheng ble det observert store variasjoner i kunnskap og praktisering av KBP. Det opplevdes også å mangle en kultur som gjorde det mulig å arbeide kunnskapsbasert. For å undersøke dette i en mer bestemt kontekst forsøkte jeg å se etter en sammenheng mellom observasjonene og refleksjonene jeg hadde gjort meg i praksisfeltet opp mot det som kunne finnes av tidligere forskning vedrørende temaet. Det åpnet opp for å utarbeide en problemstilling som kunne undersøkes empirisk gjennom en kvalitativ metode med intervju der jeg kunne spørre intensivsykepleiere med masterkompetanse hvordan de erfarer at utdanningen deres har hjulpet dem å arbeide kunnskapsbasert i praksis.

## **1.2 Egen forforståelse**

Malterud (2021, s. 45-46) sier at forforståelse ofte er grunnlaget og motivasjonen til oppstart av forskning. Kunnskapsbasert praksis er tilknyttet den kliniske hverdagen og kjennskap til forskningsfeltet og de ulike fagterminologiene er en viktig forutsetning for å best mulig forstå intervjudeltakernes utsagn og opplevelser i den kontekst intervjudeltakerne refererer til (Malterud, 2021, s. s.21). Samtidig påpekes det av Malterud (2021) at forforståelsen man bringer med seg kan forhindre at man ser det store bildet, med det påfølgende resultat at de nye erfaringene i empirisk materiale forsvinner fordi forforståelsen skygger for budskapet fra det empiriske materialet. Det anbefales å sette av tid til å identifisere forhold som styrer inngangen til kunnskapen. Det å være bevisst egen forforståelse selv om vi ikke kan være den bevisst fullt og helt, bidrar til at vår forforståelse kan åpne opp for nye funn fremkommet i det empiriske materialet. Som intensivsykepleierstudent lærte jeg i utdanningen teorien rundt kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode og så frem til å benytte denne på egen arbeidsplass. Som ferdigutdannet intensivsykepleier opplevde jeg på den ene siden å være kjent med hva litteraturen og forskningen sa om barrierer for praktisering og implementering av KBP mens jeg på den andre siden var uerfaren og uvitende om hva den faglige, praktiske intensivpraksisen egentlig krever av en intensivsykepleier. Jeg har forsøkt å være bevisst på dette ved å holde en åpen, reflekterende holdning til de ulike tolkningene jeg har hatt til innsamlet empiri. Også gjennom samtaler med veileder har egen forforståelse blitt utfordret og utviklet i takt med denne masteroppgaven. Denne masteroppgaven er en videreføring av prosjektskisse utarbeidet i emnet SYP-3502 og innehar samme problemstilling.

### **1.3 Studiens hensikt og problemstilling**

Med bakgrunn i egne erfaringer og gjennomgang av eksisterende forskning, ønsker jeg å undersøke om masterutdannede intensivsykepleiere arbeider kunnskapsbasert i egen praksis.

Det er formulert følgende problemstilling:

*«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis?».*

## 2 Tidligere forskning på feltet

I det påfølgende kapittelet beskrives litteratursøk som er gjort og funn fra forskning som er relevant for egen problemstilling.

### 2.1 Litteratursøk

Litteratursøk ble gjennomført i databasene PubMed, SveMed+, Idunn og Cinahl for å finne en oversikt over tidligere forskning på temaet/problemstillingen. Det er også gjort et mindre søk i Sykepleien Forskning for å kartlegge mulige relevante artikler her. Jeg har forsøkt å finne forskning som er overførbar for norske intensivavdelinger og søkekriterier har vært at artikler ikke skal være eldre enn 10 år, de skal være publisert på engelsk eller et skandinavisk språk og det har vært ønskelig at artikkelen er fagfelleurdert. Det blir i denne masteroppgaven presentert artikler som ikke er fagfelleurdert, men det er gjort en selvstendig kvalitetskontroll av disse, hvor det er vektlagt at de er publiserte i anerkjente tidsskrift.

Følgende søkeord i de ulike databasene er benyttet; *ICU nurse/intensive care nurse, evidence-based-practice, evidence, experience, masters degree, competence og knowledge-based*. Ulike kombinasjoner av søkeordene ble benyttet i søkene og i norske databaser som Idunn og Sykepleien Forskning er samme søkeord benyttet men på norsk.

Potensielle artikler ble først selektert ut fra abstrakt og/eller konklusjon og ble gjennomgått mer nøye hvis det ble vurdert som relevant for oppgaven. Flere artikler ble funnet gjennom et såkalt «snowball-search», hvor jeg gjennomgikk studiens referanser for å finne annen forskning om samme tema (Polit & Beck, 2021, s. 87). Alle inkluderte forskningsartikler har en IMRAD - struktur og er publiserte i vitenskapelige tidsskrift.

### 2.2 Artikler funnet relevant for problemstillingen

Tilnærmingen til KBP hos sykepleiere viser seg gjennom flere litteratursøk å være et veldokumentert og omdiskutert tema. Kanskje spesielt blir det avdekket en hovedvekt av forskning omhandlende barrierer for praktisering av kunnskapsbasert praksis og faktorer som fremmer kunnskapsbasert praksis hos sykepleiere (Alatawi et al., 2020; Fu et al., 2020). Det har vært ønskelig å se om det finnes studier som inkluderer eller omhandlet intensivsykepleiere eller spesialsykepleiere.

I en studie gjort av Hjelen og Sagbakken (2018) ble det undersøkt hvilken forståelse operasjonssykepleiere hadde av KBP som konsept og hvilke erfaringer de hadde med å arbeide kunnskapsbasert. Igjennom et kvalitativt design med fokusgrupper fant forfatterne ut at operasjonssykepleierne opplevde flere ulike barrierer for å arbeide kunnskapsbasert, blant annet knapphet på tid og ressurser, manglende organisatorisk tilrettelegging og et manglende engasjement fra ledelse og hos den enkelte operasjonssykepleieren. Det fremkommer ikke gjennom strategisk utvalg om operasjonssykepleierne i denne studien har mastergradkompetanse, men det foreslås i diskusjonen at operasjonssykepleierens kunnskapsgrunnlag knyttet til KBP potensielt kan utvikles gjennom fastsetting av eget emne om KBP i programplan under utdanning samt implementering av kurs og utdanninger på arbeidsplassen. Forfatterne konkluderer med at det eksisterer et behov for en mer systematisk opplæring og oppfølging for å øke kunnskap om KBP både i avdelingene og ved utdanningsinstitusjonene. Abuejheisheh et al. (2020) hadde i sin tverrsnittstudie undersøkt forutsetninger for utøvelse av kunnskapsbasert praksis hos intensivsykepleiere ved tre sykehus i Jordan. På bakgrunn av analysen identifiserte de blant flere ting at alder, erfaring og utdanningsnivå hadde en signifikant korrelasjon med praktiseringen av kunnskapsbasert praksis. De presenterer at det var en mulighet for at et høyere utdanningsnivå kunne forbedre intensivsykepleierens evne til å praktisere kunnskapsbasert i arbeidet sitt, men presiserer at forskningen er todelt i dette forskningsspørsmålet. Det ble sett en ulikhet i praktisering av KBP mellom master- og bachelorutdannede sykepleiere men samtidig forelå det ingen evidens for å si at mastergrad var signifikant for praktisering av KBP.

Skogsaa og Valeberg (2017) ønsket med sin vitenskapelige artikkel å undersøke intensiv- og anestesimiljøenes forventninger til mastergradskompetanse. I studien som inkluderte ledere, fagutviklere, erfarne og nyutdannede intensiv-/anestesisykepleiere kom det frem at deltakerne hadde eller opplevde konkrete forventninger til sykepleiere med mastergradskompetanse, herunder spesielt kunnskaper og evner til praktisering og implementering av kunnskapsbasert praksis. Det poengteres i studien at forståelsen til merverdien av en mastergrad og hvordan denne kan utnyttes enda er upløyd mark, og at ledelse og klinikere ved helseinstitusjoner har behov for mer kunnskap om hva et mastergradstudium innebærer for å nettopp benytte denne nye kompetansen. Samtidig konkluderes det at merverdien til et mastergradstudium lå i evne til kritisk tankegang samt utøvelse av kunnskapsbasert praksis (Skogsaa & Valeberg, 2017).

I en studie gjort av Mykkeltveit et al. (2021) så forfatterne på studenterfaringer til sykepleiere som nylig har gjennomført et mastergradsstudium i spesialsykepleie samt erfaringer vedrørende hvorvidt de opplevde at masterkompetansen kom til nytte i klinisk praksis. I studien så man at masterkompetansen ga spesialsykepleieren bedre forutsetninger for å foreta faglig kritiske vurderinger samt argumentere for disse i samhandling med andre yrkesgrupper, men at potensialet og merverdien av denne kompetansen ble påvirket av ulike organisatoriske faktorer i spesialavdelingene. Også i denne studien blir det påpekt at det er et behov for en større forståelse for betydningen av masterkompetansen i spesialavdelingene, men også hvordan dette kan implementeres i en større sammenheng i avdelingene for å ivareta behovet for fagutvikling og formidling av eget fag.

I en annen norsk studie ønsket Høgbakk og Jakobsen (2019) å undersøke faglige utfordringer og kompetansebehov hos erfarne intensivsykepleiere ved en intensivavdeling på nivå 1 sykehus. I det strategiske utvalget ble det ikke stilt krav til mastergradskompetanse men deltakerne hadde klinisk erfaring på mellom 10 til 18 år. Her fremkom det at intensivsykepleierne opplevde et særlig ansvar for at sykepleien og behandlingen de ga skulle være forsvarlig. Deltakerne påpekte et bindeledd mellom erfaring, kompetanse, faglig selvtillit og pasientsikkerhet, samtidig som de presiserte viktigheten av god opplæring og kompetanseutvikling. Dette satt de i en sammenheng med god pasientsikkerhet, rekruttering og stabilisering i ansattgruppen men også i forhold til beredskap for å kunne håndtere nye eller uforutsigbare situasjoner i intensivavdelingen.

Funn i overnevnte forskningsartikler belyser ulike problemstillinger og faktorer med utgangspunkt i en kunnskapsbasert arbeidsmetode hos spesialsykepleiere med og uten mastergrad, med fokus på barrierer til å utøve KBP, utfordringer knyttet til implementering av KBP, forventninger fra fagmiljøene til masterutdannede spesialsykepleiere og hvilke erfaringer disse intensivsykepleierne selv har av å gjennomføre et masterstudie og møtet med klinisk praksis. Det har vært en utfordring å finne internasjonale studier rettet mot masterutdannede intensivsykepleiere og erfaringer knyttet til å praktisere kunnskapsbasert. En tenkt forklaring til dette kan være at det internasjonalt foreligger ulike formelle krav knyttet til intensivsykepleie-utdanningen, og hvor det i flere land ikke behøves intensivutdannelse eller annen relevant utdanning for å jobbe på intensivavdeling. En annen mulig forklaring er at det ikke er gjort gode nok søk av undertegnede.

Selv om en del av forskningen som presenteres ovenfor er gjort i andre fagfelt og mot spesialsykepleiere uten mastergrad eller rettet mot spesialsykepleiere med spesialisering i andre felt enn intensivsykepleie, mener jeg presentert forskningslitteratur har en tematisk relevans i denne studien. Etter at dataanalysen av eget transkribert materiale var gjennomført ble det gjort nye litteratursøk i Google Scholar og PubMed for å finne forskningsartikler som kunne relateres til det som fremkom i empirien.

## 3 Teoretisk rammeverk

### 3.1 Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområde i en intensivenhet

En intensivavdeling er en avgrenset enhet i sykehuset, bemannet av spesialutdannet personale og er teknisk utstyrt til å kunne behandle pasienter med svikt i et eller flere organsystemer. Intensivavdelingene er vanligvis organisert og bemannet ut fra et diagnose- og behandlingsperspektiv, hvor det ved en generell intensivenhet behandles pasienter med organsvikt uavhengig av grunnlidelse, mens ved den spesialiserte intensivenheten er pasientene som behandles kategorisert i en avgrenset behandlingsretning, for eksempel thorakskirurgi eller nevrokirurgi (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). I Norge er intensivavdelingene delt inn i tre overordnede nivåer. Disse nivåene kategoriseres inn i nivå 1-, nivå 2 (A og B) og nivå 3 - intensivenhet, hvor det med utgangspunkt i de ulike nivåene stilles ulike krav til hvilke pasientkategorier som skal behandles, kompleksiteten av pasientbehandlingen samt krav om kompetanse leger og sykepleiere behøver ved de ulike nivåene (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning, 2021; Lauvnes & Konstante, 2015; Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014).

Nivå 1 er intensivenheter som behandler pasienter med kortvarig behov for respiratorbehandling og overvåkning. Enheten skal også kunne stabilisere og starte behandling av den akutt kritiske syke/skadde pasient i påvente av overføring til høyere behandlingsnivå. Nivå 1 sykehus mottar også stabile pasienter fra sykehus på høyere nivå for lokal oppfølging og behandling. Nivå 2A intensivenheten behandler voksne pasienter med utviklet organsvikt i de fleste organsystemer. Dette nivået beforder intensivleger til stede på dagtid med anestesilog på vaktvakt døgnet rundt. Nivå 2B enheter er spesialiserte intensivenheter og finnes primært på universitetssykehus, og kjennetegnes ved at de er organ- eller fagspesifikke, eksempelvis fagfeltene nevrokirurgi eller hjertemedisin. Slike typer avdelinger stiller et høyere krav til tilstedeværelse og kompetanse hos ansatte ved avdelingen. Nivå 3 intensivenhet omhandler avdelinger på universitetssykehusnivå med tilgjengelighet av alle nødvendige medisinskfaglige spesialiteter gjennom hele døgnet. En slik enhet besitter også en landsdekkende funksjon for mottak og konferering av spesielle tilstander og pasientgrupper samt skal kunne behandle pasienter med alle typer organsvikt (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014).

På en slik avdeling viser Norsk anesthesiologisk forening og NSFLIS (2014) til at forskning og kvalitetsarbeid skal inngå i daglig drift, hvor samtlige av sykepleierne i enheten bør inneha videreutdanning i intensivsykepleie og hvor flere av disse har mastergradkompetanse.

En intensivavdeling er en separat enhet som krever spesialutdannet personale innenfor intensivmedisin og intensivsykepleie. Dette er en forutsetning for å kunne behandle og ivareta kritisk syke pasienter og deres pårørende, og det er et behov innenfor intensivavdelinger på alle nivåer for økt kompetanse. I denne sammenhengen er intensivsykepleierens rolle helt essensiell. Intensivsykepleieren har en helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, en lindrende og palliativ funksjon og skal ivareta pårørende gjennom et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø (NSFLIS, 2017), og krever derfor en høy grad av handlingskompetanse hos den enkelte intensivsykepleier. Retningslinjer for norsk intensivvirksomhet (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014) viser til at for å sikre et slikt nivå i pasientbehandlingen må målet være at den totale sykepleierbemanningen på intensivavdelinger dekkes av sykepleiere med en videreutdanning i intensivsykepleie. Viktigheten av forsvarlighet og korrekt kompetanse gjennom bestemte kvalifikasjoner konkretiseres også juridisk i Helsepersonelloven (1999), hvor det i §4 slås fast at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig». Krav om forsvarlighet hos intensivsykepleieren har en direkte sammenheng med ivaretagelse av pasientsikkerheten, som av WHO defineres som *«freedom for a patient from unnecessary harm or potential harm associated with healthcare»* (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010, s. 13).

## **3.2 Kunnskapsbasert praksis som begrep og arbeidsmetode**

Gjennom nasjonale helsemyndigheter, utdanningsinstitusjoners fagplaner og intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse stilles det krav til tilegning av kunnskap og kompetanseheving hos intensivsykepleieren (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning, 2021; Helse og omsorgsdepartementet, 2014-2015; NSFLIS, 2017). Kunnskapsbasert praksis (KBP) defineres som en arbeidsmetode hvor intensivsykepleieren gjennomfører systematisk arbeid for å øke kunnskapstilfang, basert på ny og relevant forskning (Nortvedt et al., 2021). Undertegnede vil i denne studien støtte seg til Nortvedt et al. (2021) sin definisjon på kunnskapsbasert praksis hvor forfatteren viser til en



synonymitet mellom kunnskapsbasert praksis og den internasjonale definisjonen på KBP, *evidence-based practice* (EBP). Det settes imidlertid ikke en direkte overførbarhet mellom begrepet «evidence» og «kunnskap» fordi kunnskap som begrep har større bredde og dekker mer enn evidens (Nortvedt & Jamtvedt, 2009).

Kunnskap som begrep er flerdimensjonalt og sammensatt, hvor det i litteraturen eksisterer flere begreper som redegjør for de ulike kunnskapsformene. Nortvedt og Grimen (2004) viser til den vestlige forståelsen av dagens kunnskapsbegrep gjennom Aristoteles teori om de tre former for kunnskap; episteme, techne og fronesis. Episteme beskrives som kunnskap om noe som er evig og uforanderlig, eksempelvis matematikk. Techne er ferdighetskunnskap, ofte omtalt som den praktiske kunnskapen, selve håndlaget, og er kunnskap som kan være annerledes. Fronesis beskrives av Aristoteles som evnen til å utføre handlinger på en klok måte, grunnet i praktisk visdom, fornuft og skjønn. Det å handle klokt, fronesis, kan også være knyttet til individets erfaringer og som Aristoteles viser til, kommer kunnskapen fra det erfarte der det erfarte rommer alle de tre kunnskapsformene. Molander (1996) beskriver den teoretiske kunnskapen som en påstandskunnskap som kan forklares og uttrykkes gjennom teorier, definisjoner, retningslinjer og forskrifter. Den praktiske kunnskapen omhandler hvordan sykepleieren utfører handlinger i sin praksis, også omtalt som ferdighetskunnskap, personlig kunnskap og fortrolighetskunnskap. Disse kunnskapsformene kan være problematiske å skille fra hverandre fordi den teoretiske kunnskapen og den praktiske kunnskapen er vevd inn i hverandre. Molander tar avstand fra den teoretiske kunnskapstradisjonens dualisme og fremmer at kunnskap er kunnskap i handling i en menneskelig aktivitet (Molander, 1996, s. 62). Intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag er komplekst og vil i tillegg til den teoretiske og praktiske kunnskapen også bestå av erfaringer, kroppslige følelser og minner. Intensivsykepleieren besitter dermed kunnskap som ikke alltid lar seg språklig formulere, hvor den kan slik forstås å tilhøre den tause kunnskapsdimensjonen. Dette er en kunnskap som fremkommer via handlinger i en klinisk praksis. Nortvedt og Grimen (2004) hevder at en kunnskapsdimensjon er mangefasettert, fordi den ikke omhandler kun kunnskap innenfor ett vitenskapelig område, men flere kunnskapsområder.

I rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2005) slås det fast at intensivsykepleieren skal ha medisinskfaglige kunnskaper, såkalt vitenskapelig kunnskap, sykepleiekunnskap samt erfaringskunnskaper knyttet til den akutt og kritisk syke

pasienten. Den kliniske sykepleiekompetansen beskriver Orvik (2022) som sykepleierens kjernekompetanse. En slik klinisk kompetanse kan sies å innebære at sykepleieutøveren har en påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og en fortrolighetskunnskap for å gjøre de nødvendige vurderinger og tiltak i den kliniske hverdagen. En essensiell part av intensivsykepleierens kliniske kompetanse fremkommer gjennom den praktiserendes kliniske blick og kliniske viten (Benner et al., 2011b). Når intensivsykepleieren utvikler egen erfaring, dannes det en klinisk viten bestående av den elementære praktiske viten og den grunnleggende teoretiske kunnskapen. Kunnskapsformene påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskapen er å finne i både den kliniske viten og i det kliniske blikket og er viktige kunnskapsformer intensivsykepleieren benytter i fagutvikling og i det kunnskapsbaserte arbeidet.

Forskningen alene er ikke et tilstrekkelig utgangspunkt for å ta beslutninger, men skal kombineres med klinisk ekspertise og pasientens preferanser og verdier for å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen (Melnik & Fineout-Overholt, 2015; Polit & Beck, 2021).

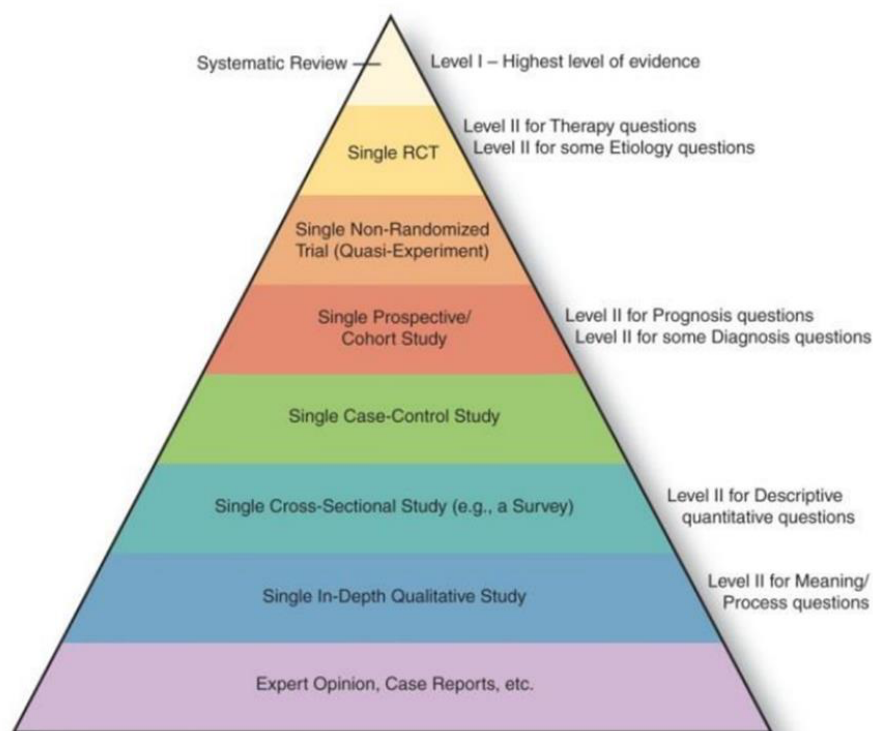
Kunnskapsbasert praksis er både en holdning til egen fagutøvelse samt en definert arbeidsmetode som skal sikre kvalitetsforbedring og at praksis baseres på oppdatert og kvalitetsvurdert forskning (Nortvedt et al., 2021). Hvordan man forholder seg til kunnskap er avgjørende for at den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden skal fungere. I tillegg til den teoretiske, metodiske og forskningsbaserte kunnskapen må man også kunne anvende kunnskapen i praksis, hvor det faglige skjønnet er med i valg av handlinger i den konkrete kliniske konteksten. I klinisk sammenheng kan kunnskapsbasert praksis derfor være et verktøy som hjelper intensivsykepleierne å styrke eget beslutningsgrunnlag samt skape en bevissthet på hvor man henter kunnskapen fra.

Den kunnskapsbaserte praksisen har sin opprinnelse fra den medisinske forskningspraksisen og stammer fra begrepet evidence-based medicine (EBM), hvor hensikten var å utvikle kunnskap før valg ble gjort innenfor det medisinske fagfeltet samtidig som det ble enklere for leger å vurdere og implementere resultater fra forskning i pasientbehandlingen. Herifra har det lege-medisinske sentrerte begrepet EBM igjennom årene utviklet seg i flere grener, blant annet mot et mer sykepleier-sentrert begrep, kunnskapsbasert sykepleie (Nortvedt et al., 2021, s. s.17). I denne sammenhengen kan det påpekes at kunnskapsbasert praksis og begrepene evidens og det evidente har skapt debatt hos flere sykepleierforskere om hvorvidt denne tilnærmingen er passende for sykepleiefaget og dets kliniske fagfelt (Boge & Martinsen,

2006; Martinsen & Eriksson, 2009). Disse argumentasjonene vil i denne studien ikke inngås ytterligere men nevnes her, da de belyser sentrale elementer i den faglige diskusjonen rundt KBP.

Det er utviklet flere verktøy og modeller som har til hensikt å simplifisere og tilgjengeliggjøre kunnskapsbasert praksis for den klinisk praktiserende. Melnyk og Fineout-Overholt (2015, s. 16) beskriver syv sentrale steg for å arbeide etter en kunnskapsbasert metode (The seven steps of evidence-based practice). Disse stegene utgjør en prosess hvor man formulerer en klinisk problemstilling gjennom PICOT- modellen, søker opp og innhenter oppdatert og kvalitetssikret forskning samt gjør en kritisk vurdering av denne, integrerer denne kunnskapen med egen klinisk erfaring og opp mot pasientens preferanser i prosessen med å ta en avgjørelse eller gjøre en endring og til slutt, evaluere og formidle resultatet av den kunnskapsbaserte beslutningen/endringen. På denne måten kan disse stegene være en enkel veiviser for intensivsykepleieren til å ta en beslutning eller endre nåværende faglig presedens. En annen modell med samme hensikt er *Evidence Levels of Evidence Scale for Therapy Questions*, utviklet av Polit og Beck (2021, s. 25, 29).

### Identify the Level of Evidence:



Figur 1: Evidence hierarchy/levels of evidence scale for therapy questions (Polit & Beck, 2021, s. 29)

Denne modellen viser en rangering av forskningskilder utifra risikoer (svakheter) ved de ulike studiene. Modellen er formet som en pyramide, hvor level 1 - systematiske reviews eller meta-analyser av randomiserte kontrollerte studier er ansett som den beste formen for forskningsstudier for «therapy questions». På det nederste nivået, level VIII, finner vi kilder som ikke er forskningsbaserte (Polit & Beck, 2021). Både PICOT-modellen og evidenspyramiden kan være relevante hjelpemidler for en kunnskapsbasert klinisk praksis, men vil kreve at brukeren har en viss kjennskap til verktøyene.

Det er veldokumentert at sykepleiere opplever hindringer for å praktisere kunnskapsbasert pasientbehandling. Melnyk og Fineout-Overholt (2015) setter dette i en sammenheng med at helsepersonell skal balansere en økende pasientbelastning samtidig som at mengden forskningsartikler relevant for deres kliniske praksis er stor. De presiserer derimot at det foreligger god evidens for forhold som legger til rette for en kunnskapsbasert praksis i klinikken og nevner blant annet støtte og oppmuntring fra ledelsen, tid til å lese forskning og forum/mentorstøtte hvor man kan lære samt trene på utøvelsen av KBP i et fellesskap som gode implementeringstiltak (Melnik & Fineout-Overholt, 2015, s. 16).

### **3.3 Patricia Benners teoriperspektiv om kunnskapsutvikling i sykepleiefaget**

Intensivsykepleieren anvender både praktisk og teoretisk kunnskap i sin kliniske hverdag. Sammenhengen mellom disse vil ikke kunne forklares med utgangspunkt i en teknisk rasjonell modell, fordi sykepleierens handlinger da vil bli tolket ut fra at enhver handling skulle føre til et bestemt resultat. Intensivsykepleieren vil erverve seg kunnskap og praksiserfaringer fra ulike situasjoner som de kan ha nytte av og anvende i nye og liknende situasjoner (Benner et al., 2009). Det vil i tillegg være et moment av følelsesmessig engasjement i situasjonen som også er en påvirkende faktor til hvordan intensivsykepleieren vil praktisere. Benner et al. (2011) beskriver arbeidet med akutt og kritisk syke pasienter som emosjonelt og intellektuelt utfordrende for sykepleieren og hvordan det stilles krav om evne til å respondere hurtig i en setting hvor det er minimale rom for feil. I denne sammenhengen benytter de begrepet «thinking-in-action», en teori om hvordan sykepleieren basert på ervervet erfaring og kunnskap utøver refleksjon og beslutninger i pågående situasjoner. For å kunne praktisere denne ferdigheten forutsetter det at sykepleieren har en rik erfaringsbase og et høyt ferdighetsnivå.

En kjent teori for kunnskapsutvikling innad sykepleiefaget er Patricia Benners (1995) teori om utviklingen fra novise til ekspert. I denne teorien tar hun utgangspunkt i Dreyfusbrødrenes modell for tilegning av kunnskap og beskriver fem ferdighetsnivåer i kunnskapsutvikling hos sykepleiere; novisen, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og eksperten.

Gjennom disse kompetanseplataene viser Benner til hvordan sykepleieren utvikler seg fra en nybegynner, novisen, som beskrives som uerfaren og med en lærebokstyrt atferd uten særlig evne til å kunne utøve høy handlingsberedskap i situasjonen. Sykepleieren som avansert nybegynner har begynt å tilegne seg nok kompetanse til å prestere en akseptabel innsats og gjennomfører selvstendige, konkrete arbeidsoppgaver. Denne erfaringen gir sykepleieren evne til å identifisere enkelte mønster i de ulike situasjonene, men sykepleieren er fremdeles for lite erfaren til å stole på egne evner og vil ha behov for veiledning for å kunne prioritere riktig (Benner, 1995, s. 35, 38).

Det tredje nivået, den kompetente utøver, beskriver en sykepleier med noen års arbeidserfaring innenfor samme fagfelt/arbeidsforhold og som behersker å planlegge mål og tiltak frem i tid. Den kompetente utøver har begynt å utvikle sitt kliniske blikk og behersker å arbeide effektivt og organisert. På nivå fire, hvor sykepleieren betegnes som kyndig, har sykepleieren i en enda større grad utviklet sin evne til å intuitivt koble mellom sine tidligere erfaringer og nye situasjoner og ser en sammenheng mellom disse. Dette bidrar til en økt handlingskompetanse og selvstendighet hos sykepleiepraktikeren. På det siste nivået finner vi ekspertsykepleieren. Ifølge Benner (1995, s. 44-45); Benner et al. (2009, s. 13-14) besitter ekspertsykepleieren en inngående forståelse og oversikt i situasjonen og kan handle helhetlig i den. Kompetanse på et ekspertnivå er ikke bare sentral for kvaliteten i pasientbehandlingen, men spiller også en viktig rolle i kunnskaps- og ferdighetsutvikling hos sykepleiere med lavere erfaringsnivå. Det vil være viktig å forstå at disse nivåene ikke er statiske, da eksperten vil kunne møte nye situasjoner som inneholder nye momenter som gjør at man ikke lengre besitter den kompetansen som tilsier at man er på et ekspertisenivå. Benner et al. (2009) understreker betydningen av klinisk ekspertise i feltet, mer konkret hvordan den kliniske kompetansen må være utgangspunktet for hvordan sykepleieren praktiserer. Denne kunnskapsteorien kan tenkes å være aktuell for egen studie og hvordan det å utøve kunnskapsbasert praksis handler om å videreutvikle kunnskap i det kliniske feltet.

## 4 Presentasjon av forskningsdesign og metode

I dette kapittelet vil det redegjøres for vitenskapsteoretisk ståsted, den forskningsmetodiske prosessen, den praktiske gjennomføringen, kvalitetsvurderinger samt etiske aspekter i arbeidet med masteroppgaven. Problemstillingen som belyses i denne oppgaven har som hensikt å undersøke masterutdannede intensivsykepleieres erfaringer med å arbeide kunnskapsbasert. For å få en forståelse for disse erfaringene vil studien ha et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming.

Den teoretiske støttemuren i dette kapitlet består i all hovedsak av relevant faglitteratur fra Malterud (2021) og Kvale og Brinkmann (2019). Som metodeverktøy i utarbeidelsen av analysen vil jeg benytte meg av Graneheim og Lundman (2004b) sin kvalitative innholdsanalyse.

### 4.1 Forskningsmetode

#### 4.1.1 Studiedesign

Det er i denne studien benyttet en kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk er i følge Aadland (1998) en fortolkningsvitenskap, tolkning av meninger og menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse og noe som beskrives av Malterud (2021, s. 28) som en erkjennelsestradisjon hvor en tolker menneskelige uttrykk som et utgangspunkt for å danne forståelse. I følge den tyske filosofen Gadamer er det våre forutsetninger, den forforståelsen vi besitter, som avgjør om vi finner en mening i det vi står ovenfor (Aadland, 1998, s. 167). Hermeneutikk er ikke en bestemt metode, men en måte å utvikle kunnskap på når vi samtaler om en sak vi prøver å forstå bedre. Vår forståelse baserer seg på den forforståelsen vi allerede besitter og gjør at vi vil forsøke å fortolke og forstå den konteksten vi er i. Den hermeneutiske sirkel som begrep beskriver hvordan fortolkningen utspiller seg i et samspill mellom en helhet og flere deler, mellom det som skal fortolkes og det kontekstavhengige som det fortolkes i og mellom det som fortolkes og forskerens egen forforståelse (Malterud, 2021; Aadland, 1998).

Den kvalitative tilnærmingen er egnet for å undersøke og fortolke de menneskelige erfaringene, opplevelsene og meningene i den konteksten de fremkommer med en hensikt å søke en dypere innsikt i sosiale fenomener. En slik vitenskapelig tilnærming danner

nødvendigvis ikke en forklaring, men heller en forståelse for hvorfor det er som det er (Malterud, 2021). Den gjør det mulig å forstå og beskrive virkeligheten slik den erfarer ut fra det enkeltes mennesket perspektiv og i mitt tilfelle, intensivsykepleiere med mastergrad sitt perspektiv av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis. Polit og Beck (2021, s. 471) beskriver et kvalitativt design som en fleksibel metode som åpner for flere muligheter; justeringer kan gjøres fortløpende som informasjon samles inn og har en mer fleksibel form enn metoder som eksempelvis tverrsnittstudier og systematiske litteraturstudier. Ifølge Malterud (2021) har den kvalitative tilnærmingen en holistisk vinkling med hensikt å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, verdier, opplevelser og holdninger og metoden vil i egenskap av dette være fordelaktig for å utforske potensielt meningsinnhold i egen problemstillingen.

#### **4.1.2 Semistrukturerte intervju**

Det ble gjennomført semistrukturerte intervju, hvor det er benyttet en intervjuguide som verktøy for å samle datamateriale til masteroppgaven.

I forkant av intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide bestående av tematiske spørsmål utarbeidet for å innhente erfaringer og meninger hos deltakeren vedrørende det å arbeide kunnskapsbasert i egen praksis. Flere av spørsmålene hadde en åpen formulering hvor deltaker blir spurt om å begrunne eller beskrive den gitte erfaringen gjennom oppfølgingsspørsmål. Dette erfarte jeg etablerte en ny dybde i flere av samtalene og tilrettela for at nyanser kunne tre frem samtidig som det dannet rom for informanten til å dele erfaringer de opplevde som viktige eller hvor det ikke fremkom tydelig nok gjennom hovedspørsmålet hva de egentlig mente (Kvale & Brinkmann, 2019).

#### **4.1.3 Utvalg**

Deltakerne i undersøkelsen ble valgt ut fra et strategisk utvalg. Et slikt utvalg består av selekterte deltakere valgt på bakgrunn av egenskaper som kan belyse temaet som skal undersøkes (Malterud, 2021, s. 58). På bakgrunn av problemstillingens utforming ble det stilt som inklusjonskriterier at deltakerne skulle ha en mastergrad i intensivsykepleie og at de skulle arbeide ved en intensivavdeling. Det ble vurdert som ikke ønskelig å sette inklusjonskriterium til et bestemt antall år med erfaring som intensivsykepleier med mastergradkompetanse da dette potensielt ville ekskludert mange deltakere da masterutdanningen er forholdsmessig ny. Dette ble gjort med visshet om at studien ville

kunne risikere å få et inklusjonsgrunnlag med et begrenset antall år erfaring som intensivsykepleier (Benner et al., 2009). Det hadde vært ideelt å inkludere deltakere fra både lokal- og universitetssykehus for å undersøke ulikhet i praksis med utgangspunkt i organisatoriske eller individbaserte forskjeller mellom sykehusene men dette lot seg ikke gjennomføre grunnet avslag eller ingen respons fra forespurte forskningsfelt. Totalt ble to menn og to kvinner rekruttert fra to ulike intensivavdelinger ved nivå 1 lokalsykehus i Nord-Norge. Samtlige svarte til inklusjonskriteriet og hadde mellom 8 til 10 års erfaring som sykepleier og mellom 1 og 6 års erfaring som intensivsykepleiere. Alle deltakerne hadde stilling som intensivsykepleier ved en intensivavdeling på tidspunktet intervjuet ble gjort.

## **4.2 Den praktiske gjennomføringen**

### **4.2.1 Rekruttering av deltakere**

For å rekruttere deltakere til studien henvendte jeg meg på telefon og e-post til enhetsledere ved fem ulike nivå 1, 2 og 3 - intensivavdelinger i Nord-Norge.

Søknad om tilgang til forskningsfelt (vedlegg 1), informasjonsskriv til deltakere (vedlegg 2) og godkjenning fra NSD (vedlegg 4) ble vedlagt i mail til samtlige ledere med forespørsel om å være behjelpelige med å rekruttere 2-4 intensivsykepleiere med mastergrad.

Utvalgets antall ble vurdert som adekvat for en studie av denne størrelsen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2019) burde man sikte mot å ha nok deltakere til å kunne svare på problemstillingen, men samtidig ikke inkludere flere enn nødvendig. Det var ønskelig med et antall informanter som var betydelig nok til å skape et nyansert bilde av problemstillingen samstundes som at datamaterialet ikke overskred hva som var reelt å kunne bearbeide grunnet oppgavens tidsaspekt.

Etter 2 uker ble det sendt en ny henvendelse til fire av fem intensivavdelinger grunnet svak respons. Etter en ukes tid fikk jeg tilbakemelding fra den ene avdelingen om at henvendelsen var sendt videre til intensivsykepleiere som svarte til inklusjonskriteriene. Her ble jeg etter kort tid kontaktet av en deltaker som var forespurt om å delta og det ble avtalt tid og sted for gjennomføring av intervju. Ved den andre intensivavdelingen tok jeg i samråd med enhetsleder kontakt med aktuelle deltakere med forespørsel om deltakelse. Alle forespurte deltakere som takket ja til å delta fikk tilsendt informasjonsskriv personlig fra meg for å sikre et informert samtykke. Det var ikke behov for å søke tillatelse fra personvernombudet på sykehusene hvor studien ble gjennomført og intervjuene ble påfølgende utført i januar 2023.



### **4.2.2 Intervjuguiden**

Intervjuguiden (vedlegg 3) ble påbegynt i desember 2022 og ferdigstilt i januar 2023. For å undersøke om intervjuguiden kunne gi gode svar samt øvelse i intervjurollen, ble det gjort et pilotintervju av en kollega for å forberede meg på intervjurollen. Øvelsen gav meg konstruktive tilbakemeldinger relatert til spørsmålsutforming og undertegneds fremtoning. Det ble gjort mindre språklige endringer på formuleringen som ikke endret spørsmålets betydning. Testintervjuet bidro også til at jeg fikk praktisk trening med det digitale opptaksutstyret.

Intervjuguiden hadde først totalt tretten spørsmål, men endte opp med ti. Spørsmålene etterspør deltakernes erfaringer og meninger vedrørende forståelse til konseptet kunnskapsbasert praksis, de praktiske forholdene for å jobbe kunnskapsbasert i ulike roller og settinger samt kulturelle og organisatoriske aspekter til praktisering av kunnskapsbasert praksis. Enkelte spørsmål var formulert på en slik måte at det tilrettela for oppfølgingsspørsmål som kunne stilles for å støtte intervjuet ved behov. Spørsmålene var både konkrete og mer åpne i formuleringen i et forsøk på å få både bredde og dybde i deltakernes erfaringer. Samtidig var jeg bevisst på at problemstillingen var styrende for samtalen og opplevde at oppfølgingsspørsmålet med fordel kunne brukes for å peile samtalen tilbake til temaet. Undertegnede oppdaget under intervjuene at noen spørsmål hadde uklar formulering som førte til misforståelser hos deltaker om hva som egentlig ble spurt om og ble derfor omformulert for å skape en bedre tydelighet.

### **4.2.3 Intervjusituasjonen**

Intervjuene ble gjennomført på deltagerens arbeidsplass. Lokalene som ble benyttet var egnet til formålet. I forkant av intervjuet drakk vi en kopp kaffe og konverserte uformelt. I denne sammenhengen ble deltakerne spurt om hvor lenge de har jobbet som offentlig godkjent sykepleier og hvor lenge de har jobbet som intensivsykepleier. Dette ble ikke tatt opp på diktafon- appen men notert skriftlig. Deltakerne fikk en kort gjennomgang av informasjonsskrivet og underskrevet samtykkeerklæring ble samlet inn før intervjuet startet. I tillegg fikk de mulighet til å stille spørsmål de måtte ha om infoskrivet og intervjuet.

Intervjuene varte fra 35 til 75 minutter og ble spilt inn gjennom UiO sin diktafon-app koblet opp mot Nettskjema. Det ble gjort sporadiske notateter underveis. Intervjuguiden ble aktivt brukt som en veileder gjennom intervjuet. Spørsmålene i intervjuguiden tok utgangspunkt i en

forsiktig tilnærming i starten av intervjuet for så å bevege seg dypere inn i tematikken. Intensivsykepleierne startet med å fortelle om egne erfaringer vedrørende å være intensivsykepleier og hvordan de opplevde det å skrive en masteroppgave, til at vi beveget oss mot temaer som omhandlet faglig oppdatering og kunnskapsbasert praksis som begrep. Relasjonen og maktdimensjonen mellom intervjuer og deltaker vil kunne være asymmetrisk i en intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2019), og er viktig å være bevisst over. Som intervjuer ble det forsøkt å minimere dette misforholdet ved å fremstå avslappet men åpen og spørrende. Jeg prøvde å være bevisst på eget kroppsspråk: hvordan jeg hadde armene, hvor jeg festet blikket, ansiktsuttrykk. I intervjusituasjonene hadde jeg fokus på å være en aktiv lytter, kom med småord som; mhm og huh? i en spørrende kontekst, eller som en bro til et oppfølgingsspørsmål. Det ble også gjentatt noe av det som ble sagt for å sjekke om jeg hadde forstått det riktig. I det første intervjuet var jeg nok mer tilbakeholden, usikker og opptatt av å gi en muntlig bekreftelse på det deltakeren sa, samtidig som det var vanskelig å be hen utdype erfaringene som ble formidlet. Etter hvert intervju ba jeg om en kort tilbakemelding fra deltaker om hvordan de erfarte intervjuet. Disse tilbakemeldingene, eksempelvis at en deltaker opplevde meg som for responsiv til det hen fortalte og at denne deltakeren derfor følte seg «skyndet på», var erfaringer jeg tok med meg til neste intervju. Jeg erfarte at det å intervjuer ble lettere for hvert intervju. Jeg ble flinkere til å veksle mellom en passiv-, mer lyttende-, og en mer aktiv lytterrolle. I flere tilfeller bidro det til at deltakeren pratet mer og i større grad reflekterte rundt egne erfaringer. Etter hvert som jeg ble tryggere på egen intervjurolle ble det også lettere å få deltakerne til å utdype svarene.

#### **4.2.4 Transkripsjon**

Malterud (2021, s. s.77) beskriver transkripsjon som en prosess hvor vi omformulerer erfaringene og hendelser fra samtale eller observasjoner til et tekstformat. Når man gjennomfører en transkripsjon skal man mest mulig lojalt ivareta det originale materialet, slik deltakerens erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen. Ved å benytte et lydbåndopptak gjennom UiO sin diktafon-app ble det sikret at det som ble fortalt kan gjengis så nøyaktig som mulig. Når tale nedskrives mister man alltid noe av konteksten. Malterud (2021, s. 78) poengterer viktigheten av at man som forsker ikke setter informantene i forlegenhet, noe tale til tekst kan medføre. Opptakene ble transkribert så nøyaktig som mulig samme dag som jeg gjennomførte intervjuet. Det korte tidsaspektet mellom opptak og transkripsjon var med å bevare meningsinnholdet i samtalen. Transkriberingen ble gjort av meg selv. I transkripsjonen er intervjuene med deltakerne ordrett ført ned, inklusivt lyder som

måtte fremkomme, eksempelvis «hmm», «ehh» og kremting. Stillhet, avbrytelser og lengre pauser ble også tatt med. Utsagn eller ord som ikke ble forstått grunnet utydelig tale eller grunnet dårlig lyd kvalitet ble notert som uforståelig ord. Ifølge Malterud (2021) er det ikke hensiktsmessig å legge ned mye tid på å avdekke utydelige setninger og ord da en ofte forstår helheten i det som blir formidlet. Jeg opplevde ikke at utsagnet eller setningen mistet sin kontekst til tross for at noen avsnitt inkluderte flere utydelige ord og setninger. Tidsbruk for transkribering per intervju var gjennomsnittlig 6 timer og ga til sammen 48 sider transkribert tekst. Etter at transkriberingen var gjort ble teksten gjennomgått parallelt som jeg lyttet til lydopptaket. På denne måten fikk jeg en oversikt over datamaterialet samtidig som jeg fikk kvalitetssikret det skriftlige arbeidet.

#### **4.2.5 Dataanalysen**

I studien er det transkriberte materialet det som danner det empiriske utgangspunktet for analysen. Det er foretatt en induktiv innholdsanalyse av det transkriberte materialet med utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004a) sin kvalitative innholdsanalyse som metode for analysering av empiri. Ifølge Graneheim og Lundman (2004a) innebærer en slik tekstanalyse å systematisk bearbeide tekst ved å sortere den inn i meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter, koder, kategorier og tema. Innholdsanalysen identifiserer også et manifest og latent innhold. Det manifeste innhold er det synlige, åpenbare og ordrette i teksten. Meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter og koder går inn under det manifeste innholdet i teksten. Det latente innholdet fremkommer i abstraksjonen til kategorier og tema og handler om å tolke det underliggende i teksten (Graneheim & Lundman, 2004a). Analyseprosessen følger i hovedsak seks steg hvor det videre redegjøres for fremgangsmåte i analyseprosessen slik det ble gjort i denne studien. Veileder leste også det empiriske materialet og bidro i analyseprosessen, hvor vi analyserte teksten hver for oss og deretter sammen.

Jeg startet med å lese gjennom hvert av de transkriberte intervjuene flere ganger hver for seg samtidig som jeg skrev notater og gjorde meg tanker om hva dette kunne handle om. Graneheim og Lundman (2004a) anbefaler denne tilnærmingen til datamaterialet for å danne seg et helhetsinntrykk av innholdet i intervjuene. Målet var å få en helhetlig forståelse av innholdet i materialet samtidig som jeg identifiserte innhold som kunne være spesielt relevant for studiens problemstilling.

Steg to omhandler å finne meningsbærende enheter i materialet. I følge Graneheim og Lundman (2004a) er meningsbærende enheter en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. For å kartlegge disse ble de transkriberte intervjuene systematisk gjennomgått flere ganger og totalt identifisert 185 meningsbærende enheter bestående av enten setninger eller lengre utsagn. Disse ble ført inn i et eget oversiktsskjema bestående av en tabell for å få en bedre oversikt over materialet og fulgte meg videre i analyseprosessen. Det er viktig i denne delen av analysen at jeg ikke fortolker data som foreligger.

I steg tre ble de meningsbærende enhetene kondensert. Å kondensere tekst er i følge Graneheim og Lundman (2004a) en prosess hvor teksten reduseres, samtidig som at innholdet bevares. På denne måten får man et mer oversiktlig og håndterbart materiale. Også i dette steget var jeg bevisst på å ikke tolke meningsinnholdet i enhetene for å ivareta essensen i det sagte.

I det fjerde steget ble de kondenserte meningsenhetene kodet. Dette ble gjort gjennom en abstraksjon hvor hensikten er å løfte innholdet til et høyere og mer abstrakt nivå gjennom å etablere en kode. Disse kodene skal representere meningen i det innholdet som formidles gjennom intervjuene (Graneheim & Lundman, 2004a).

I det femte steget ble de ulike kategoriene identifisert på tvers av kodene som ble laget i forrige steg. En kategori skal svare på «hva» spørsmål og svare på samlingen av koder. I denne delen av analyseprosessen vurderte jeg likheter og ulikheter i de forskjellige kodene og abstraherte det til sub-kategorier og kategorier. I følge Graneheim og Lundman (2004a) er det å lage kategorier selve kjernefunksjonen i kvalitativ innholdsanalyse. Forfatterne beskriver kategorier som en gruppe med noe til felles og som skaper en rød tråd gjennom flere koder. Dette steget opplevde jeg som tidkrevende og utfordrende da flere koder kunne passe under forskjellige kategorier. Det presenteres ikke sub-kategorier i figur 2; «Eksempel på analyseprosessen», men sub-kategorier som fremkom i analyseprosessen var blant annet pasientsikkerhet, å sette noe på agendaen, personlig og faglig utvikling i klinisk praksis og kunnskapsutvikling i et system.

Det avsluttende, men ikke obligatoriske, steget i analyseprosessen er å abstrahere videre til et tema. Et tema skal være den overordnede meningen og viser til det latente innholdet i kategoriene som lages under analysen. Temaet skal svare på «hvordan» spørsmålet, og er i

større eller mindre grad fortolkende av hva man kan lese mellom linjene i meningsenhetene. Temaet skal gi en mening til fenomenet som blir studert. Det fremkom to overordnede temaer i denne studien; «Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis» og «Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha en oppdatert kunnskap».

#### 4.2.5.1 Figur 2: Eksempel fra analyseprosessen

Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
«Hadde alle på avdelinga hatt master og hadde forsket på hvert sitt felt så hadde jo det vært kjempebra for da kan vi dele erfaringer og kunnskap om det vi har forsket på».	Et ønske om økt andel ansatte med mastergrad	Den kunnskapsbaserte praktiseringens betydning for intensivpraksis	Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis
«Etter å ha tatt masteren, så ble jeg mer kritisk til hvorfor ting er som de er. Du begynner å lure hele tiden på .. ja hvorfor er den prosedyren sånn, kan det gjøres bedre, hva sier nyeste forskning, hvordan gjøres det på andre sykehus som er mer fremoverlent i forskningsverden enn hva kanskje mitt sykehus er, så ja.. man stiller seg kanskje mer kritisk til hvorfor ting er som de er da, egentlig».	Mer kritisk til gjeldende praksis i avdelingen		
«Man vil jo gjerne ha kollegaer som støtter opp om det her og sier at det du tenker er rett».	Kollegastøtte	Å tydeliggjøre en kunnskapsposisjon i intensivpraksis	Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap
«Jeg tenker at erfaring skaffer trygghet og rammer mens kunnskapen må være det som er viktig, altså det kunnskapsbaserte».	Erfaring gir trygghet men det kunnskapsbaserte må være et utgangspunkt		

## 4.3 Forskningsetikk og forskningsetiske vurderinger

### 4.3.1 Informasjon og frivillighet

Studien ble meldt til SIKT (tidligere NSD), der det ble søkt om tillatelse for å samle inn personopplysninger i form av signert samtykke og lydopptak. Prosjektet ble godkjent 10.12.22, referansenr. 400010 (vedlegg 4). Studien følger de forskningsetiske prinsipper beskrevet i Helsinkideklarasjonen (WMD, 2022). Enhetsledere og deltakere fikk skriftlig informasjon om studiens hensikt og inklusjonskriterier som forelå for å bli rekruttert som deltaker. I forkant av intervjuene ble denne informasjonen gjentatt muntlig med tilbud om å lese igjennom informasjonsskrivet (vedlegg 2) på nytt.

Det ble gjentatt at deltakelsen er frivillig og at det foreligger mulighet til å trekke egen deltakelse når som helst og uten å oppgi årsak underveis i studien.

Deltaker fikk informasjon om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd samt hvordan undertegnede planla å lagre lydfil/transkribert materiale. Avslutningsvis ble det underrettet om at lydopptak, signert samtykkeerklæring og transkribert data blir slettet ved studiets slutt. Alle deltakere er blitt oppfordret til å ta kontakt hvis de har spørsmål eller ønsker å utforske sine rettighetene tilknyttet deres deltakelse i denne studien.

### 4.3.2 Anonymitet

Deltakerne skal være trygge på at deres anonymitet blir ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning (Malterud, 2021). Studiens deltakere har rett på konfidensialitet og brudd på dette undergraver tilliten til forskningens troverdighet (Malterud, 2021; WMD, 2022). For å ivareta disse rettighetene har deltakerne fått både muntlig og skriftlig informasjon om personvern og anonymisering av deltakelse. Det ble også understreket at intervjuer har taushetsplikt.

Deltakerne ble i forkant av intervjuet bedt om å anonymisere pasientcaser slik at medvirkende i disse fortellingene ikke kan identifiseres (Malterud, 2021, s. s. 214). I lydopptakene er det ingen direkte personidentifiserende opplysninger. I tre av intervjuer henviser deltakerne til navn på ansatte ved deres sykehus eller omtaler seg selv i tredje person. Dette ble markert som \*\* i transkribert tekst med en forklaring i parentes på hvorfor det er sensurert. I transkripsjonen ble hvert intervju kodet til et tall for å erstatte navn. Intervjuene ble transkribert til bokmål da deltakerne snakket ulike dialekter, og ble gjort for å sikre anonymitet hos deltakere da dette er en liten studie ved mindre sykehus hvor informanter tenkelig kan identifiseres.

### **4.3.3 Sikkerhet rundt oppbevaring av data**

Personopplysninger og datamateriale ble oppbevart i henhold til SIKT sine anbefalinger. Lydopptak er tatt opp gjennom UiO sin diktafon-app som lagrer lydfilen på et web-basert område, Nettskjema.no. Lydfilen blir dermed ikke lagret på den mobile enheten. Datalagring på Nettskjema tilfredsstillende UiT sine retningslinjer for sikker lagring av sensitive data (UiT, 2021). Lydopptak av intervjuene og det transkriberte materialet er lagret på krypterte servere og adskilt fra hverandre. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i en privat safe, separert fra lydopptakene og tekstmaterialet for å unngå en potensiell identifisering av deltakere. Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet og i henhold til fristen godkjent av SIKT.

### **4.3.4 Risiko for ulemper – nytteverdi og ikke-skade-prinsippet**

I denne studien har jeg forsket i eget fagfelt og intervjuet intensivsykepleiere ved flere intensivavdelinger, inkludert eget arbeidssted. Når det gjøres forskning på kollegaer blir det flere etiske problemstillinger man skal ta høyde for (Malterud, 2021). I det kollegiale samholdet dannes det relasjoner og tilknytninger til hverandre, hvor dette kan fordre både en styrke og en svakhet i gyldigheten til det som formidles i intervjusettingen. Det kan være en styrke at deltakeren kjenner til intervjueren og dermed har et utgangspunkt i hva som kan forventes på et interaktivt plan hvor det påfølgende skaper en forutsetning for trygghet hos deltaker. En svakhet er at nettopp denne kjennskapen kan hindre deltaker i å fullt ut meddele sine erfaringer og dermed frarøve studien nyttig informasjon. Det har vært viktig for undertegnede å skape tillit og trygge rammer rundt intervjusituasjonen gjennom god informasjon for å forebygge ulemper for deltakere og sekundært studiens potensielle datamateriale. Det ble heller ikke lagt opp til videre dialog rundt spørsmål hvor det var tydelig at deltaker ikke syntes å ha kunnskaper og/eller hadde ytterligere erfaringer å bidra med vedrørende spørsmålet som ble stilt. Hensyn til deltakerne er en viktig prioritet og det har vært et bevisst fokus i arbeidet med denne studien at de ikke skal eksponeres negativt (Malterud, 2021, s. 216)

Tematikk som ikke omhandlet studien ble ikke videre utforsket i de aktuelle intervjuene, eksempelvis meninger eller erfaringer som omhandler andre fagområder eller problemstillinger uten relevans for denne studien.

## 4.4 Kvalitetsvurdering

### 4.4.1 Troverdighet

Det eksisterer flere ulike begreper, kriterier og metoder innen kvalitetssikring av kvalitativ forskning. Da jeg i denne studien har benyttet meg av Graneheim og Lundman (2004a) sin innholdsanalyse vil jeg i denne redegjørelsen av studiens troverdighet støtte meg på de begreper og kriterier som forfatterne bruker for å vurdere troverdighet i sin(e) studie(r). Graneheim og Lundman (2004a) mener funn i forskningsstudier bør beskrives så troverdig som mulig og at studien må vurderes i forhold til den metoden som brukes for å komme frem til funnene. I den hensikt bruker forfatterne begrepene gyldighet (*credibility*), pålitelighet (*dependability*) og overførbarhet (*transferability*) for å kunne beskrive en studies troverdighet (*trustworthiness*). Disse aspektene må sees i en kontekst til hverandre og sammen, hvor begrepene hver for seg utgjør en forståelse for studiens troverdighet.

Gyldighet handler i følge Graneheim og Lundman (2004a) om forskningens hensikt og hvordan forskningsmetoden ivaretar denne. Det er tatt en aktiv tilnærming til dette gjennom hele studien ved å redegjøre for de stegene som er blitt gjort gjennom forskningsprosessen. Ved å beskrive egen forforståelse og fremgangsmåte i arbeidet vil leseren kunne se hvordan jeg kom frem til mine resultat. I denne oppgaven redegjøres det for studiens bakgrunn, fremgangsmåten for gjennomføring, resultater som kom frem og hvordan jeg har gått frem for å tolke resultatene. Dette vil gi en innsikt hos leser i hvordan resultatene ble fremarbeidet. Egen forforståelse vil komme til syne under bakgrunn for studien, valg av teori og ved redegjørelse for vitenskapsteoretisk ståsted. Pålitelighet sier noe om prosessen i analysen var ensartet og holdbar over tid samt om evidens som presenteres er troverdig og konsistent. Som ledd i styrking av pålitelighet til studien ble analyseprosessen i flere omganger gjennomgått med veileder for faglige innspill men også for å danne en felles forståelse om hva empirien handler om, da jeg er aleneforfatter med begrenset erfaring. Om studien har en overførbarhet vil si noe om resultatene som fremkommer vil kunne gjøre seg gjeldende i andre sammenhenger. Jeg kan argumentere for studiens overførbarhet men det vil være leseren som avgjør om resultatene er overførbar til andre kontekster (Graneheim & Lundman, 2004a). Det er gjort funn i denne studien som også fremkommer i andre studier og litteratur som jeg har presentert tidligere i oppgaven, og vil kunne være med å styrke troverdigheten til denne studien.



#### **4.4.2 Undersøkelsens begrensninger**

Grunnet tid- og oppgavetekniske begrensninger er denne masteroppgaven en liten studie som inkluderer fire intensivsykepleiere med mastergrad, intervjuet ved to nivå 1 intensivavdelinger i Norge. Undersøkelsens utvalg og geografiske inklusjon er en svakhet i studien, fordi datamaterialet kun representerer erfaringer til disse fire intensivsykepleierne. Alle deltakende intensivsykepleiere i studien skrev masteroppgave <3 år siden. Hadde denne studien inkludert flere deltakere, gjerne over et større geografisk område og ved flere sykehus med ulike nivåer, tror jeg det ville det gitt et mer heterogent datamateriale med tentativt flere og/eller andre potensielle funn. Egen uerfarenhet og usikkerhet i intervjusituasjonen kan også ha påvirket dynamikken mellom intervjuer og deltaker og dermed også datamaterialet.

## 5 Presentasjon av funn

I følgende kapittel vil jeg presentere funn fremkommet fra analyseprosessen. Studiens hensikt er å undersøke masterutdannede intensivsykepleieres erfaringer med å arbeide kunnskapsbasert og gjennom en systematisk tekstanalyse ble disse erfaringene sammenfattet til fem kategorier i den manifeste delen av innholdsanalysen. Videre ble disse fortolket gjennom den latente fasen i innholdsanalysen slik at jeg endte opp med to overordnede temaer; «Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis» og «Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap». Oversikt over tema med tilhørende kategorier sees i tabellen under, og vil presenteres systematisk i påfølgende kapittel.

Figur 3: Oversikt over studiens tema og tilhørende kategorier.

Tema	Kategorier
«Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis»	Ansvaret fra å være intensivsykepleierstudent til intensivsykepleier var større enn forventet
	Den kunnskapsbaserte praktiseringens betydning for intensivpraksis
«Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap»	Å skape en ny praksis
	Å tydeliggjøre en kunnskapsposisjon i intensivpraksis
	Det tverrfaglige samarbeidet og kompetansedeling i intensivavdelingen

### 5.1 Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis

#### 5.1.1 Ansvar fra å være intensivsykepleierstudent til intensivsykepleier var større enn forventet

Deltakerne forteller at de erfarer det å være ferdigutdannet intensivsykepleier som et stort ansvar og opplever at det forventes større krav til faglig selvstendighet i eget yrke. Samtlige intensivsykepleiere trekker frem at de gjennom utdannelse, erfaring eller andre kunnskapsfelt besitter ulike roller i sin arbeidshverdag som stiller krav til en spesiell type kompetanse.

Disse rollene befatter forskjellige funksjoner i avdelingen. Det er både administrative og pasientnære rollefunksjoner og eksemplifiseres av deltakerne som avdelingskoordinator, mobil intensivsykepleier eller team-medlem ved akutsituasjoner som hjertestans og dårlig nyfødt. Når intensivsykepleieren innehar en koordinerende funksjon i avdelingen er hen blant annet ansvarlig for drift og bemanning i leders fravær, er skopvakt for inneliggende pasienter med telemetriovervåkning, tverrfaglig samarbeid med AMK og distriktsleger angående meldte - og inneliggende pasienter og formidle informasjon videre til leger og sykepleiere på avdeling samt er ansvarlig for koordinering og utkjøring av ulike alarmer knyttet til de forskjellige akutt-teamene.

Alle intensivsykepleierne som er intervjuet arbeider på en nivå 1/ nivå 2A intensivavdeling og har i sitt ansettelsesforhold også arbeidssted på andre avdelinger og enheter tilknyttet intensivavdelingen og må derfor mestre flere fagfelt. I denne sammenhengen beskriver intensivsykepleierne en arbeidshverdag som krever stor generell breddekompetanse, men hvor de er bevisste sin spisskompetanse tilegnet gjennom erfaringer, intensivutdanningen og mastergraden de har tatt. Intensivsykepleierne som intervjues besitter en teoretisk kunnskap, en ferdighetskunnskap og en erfaringsbasert kunnskap som gjør at ansvaret som følger oppleves håndterbart. En av deltakerne trekker frem hvor viktig treninger, simuleringer og sertifiseringer organisert av arbeidsgiver er. På spørsmål om deltakeren kan utdype dette, forteller informanten om hvordan hen må ha kompetanse på mange områder.

*Da må vi tilbake til de ulike rollene man har i avdelingen, hvis du skal være koordinator eller utrykningssykepleier. Og så må du ha sertifisering i dette og ulikt medisinsk-teknisk utstyr; defibrillator, LUCAS (hjertekompresjonsmaskin), de ulike respirator typene vi har her.. Hvert andre år har vi sertifisering på dårlig nyfødt og AHLR til barn. Og så er det AHLR til voksne, traumemottak, skopvakt – og det må fornyes jevnlig. (Informant 2)*

Flere av deltakerne erfarer som informant 2 at det stilles store forventninger til at de som ferdigutdannede intensivsykepleiere skal kunne håndtere mye medisinskteknisk utstyr og at de er faglige oppdaterte til enhver tid.

En deltaker benytter begrepet «en uformell rolle» for å beskrive forventninger hen møter i arbeidshverdagen og hvor begrepet benyttes i en kontekst der deltakeren erfarer nye

forventninger utover den kompetansen utdannelsen gir. Deltakeren bruker også begrepet uformell rolle i en kontekst hvor hen føler en forventning om å kunne utføre arbeidsoppgaver utover de som er lært gjennom utdannelsen.

Intensivsykepleieren har gjennom utdanning og erfaring tilegnet seg kompetanse som kollegaer i praksisfeltet etterspør. Flere av deltakerne erfarer at de som intensivsykepleiere opplever å bli veiledere for sykepleierne i avdelingen som ikke har videreutdanning eller med kort erfaring fra intensivavdeling. Kompetansen tilegnet gjennom spesialistutdanningen nyttiggjøres også gjennom ansvarsrollen som mobil intensivsykepleier (MIS), hvor intensivsykepleieren bistår egen eller andre avdelinger med kliniske problemstillinger eller ferdigheter. Det fremkommer i intervjuene at å inneha denne støttefunksjonen er en sentral oppgave for disse intensivsykepleierne som krever en annen type kunnskap, en handlingskompetanse og handlingsberedskap som er større enn hva de erfarte å ha etter endt utdanning i bachelor i sykepleie.

Intensivsykepleierne i studien synes å ha en adekvat innsikt i egen kompetanse gjennom redegjørelser for ansvarsområder, egne begrensninger og refleksjoner rundt hva som kreves av dem i deres arbeidshverdag. Dette fremkommer gjennom beskrivelser av situasjoner som krever avansert medisinsk faglig kunnskap, handlingskompetanse og handlingsberedskap. Det oppleves som naturlig for intensivsykepleieren å ta en sentral rolle i pasientbehandlingen fordi bakgrunnen deres gir en innsikt i hvor kritisk situasjonen er og hvilke tiltak som kreves og vil kunne kreves i behandlingen av en intensivpasient. En deltaker eksemplifiserer dette gjennom å beskrive en pasientcase hvor hen følte et godt tverrfaglig samarbeid mellom deltakende aktører, men hvor både ansvarlig lege og andre sykepleiere lente seg på intensivsykepleierens vurderinger og erfaring for videre behandling av den kritisk syke pasienten.

*Man overtenker ikke ting, bare jobber på. Og etterpå når ting har summet seg og pasienten er stabil og man får roet ned, så samles man og jeg får tilbakemelding om at jeg var tydelig i situasjonen, tok ledelsen og organiserte teamet. Skjønner du, får feedback og det gir jo også mestringsfølelse. (Informant 1)*

### 5.1.2 Den kunnskapsbaserte praktiseringens betydning for intensivpraksis

Flere av deltakerne beskriver en økt forståelse av hvordan de kan arbeide kunnskapsbasert og reflekterer rundt viktigheten av dette i en intensivpraksis.

*Hvis du hadde spurt meg når jeg gikk på sykepleien så tror jeg at jeg hadde svart helt annerledes, men nå vet jeg jo hva kunnskapsbasert praksis er. (Informant 2)*

Alle beskriver at de gjennom studiet har fått bedre forståelse av betydningen av å arbeide kunnskapsbasert i praksis. De erfarer å ha fått en økt forståelse av hvordan man kan arbeide kunnskapsbasert etter selv å ha skrevet en masteroppgave. De beskriver det å arbeide kunnskapsbasert som en metode hvor de må arbeide systematisk og kritisk, men at de også har blitt mer bevisstgjort på hvordan forskning kan nyttiggjøres og brukes i egen klinisk praksis. Flere av deltakerne opplever at denne kompetansen gir dem en bedre forståelse av forskningsmetode og viktigheten av å nyttiggjøre seg av siste og beste forskning i klinisk praksis. Samtidig har flere en opplevelse av å være alene om denne kompetansen og det å få kollegaer til å arbeide kunnskapsbasert er da vanskelig.

*(...) Og når vi snakker, så skjønner vi begge det fordi vi har oppdatert oss på det her med kunnskapsbasert praksis. Det er lett å snakke med deg. Men jeg vet ikke om jeg kunne gjort det med alle her på avdelingen for å være ærlig. For da tror jeg ikke de hadde visst hva jeg mente. (Informant 2)*

Evne til kildekritikk og vurdering av kunnskapskilder er gjennomgående hos deltakerne i vurderingen av kunnskap som skal benyttes i pasientbehandling. Flere deltakere trekker frem kunnskapspyramiden som et verktøy i vurdering av kunnskapskilder i klinisk praksis og poengterer at når noe er fundamentert gjennom en kunnskapsbasert metode opplevdes informasjonen eller prosedyren som trygg for intensivsykepleieren.

*Jeg henter jo kunnskap fra internett og forskjellige steder som jeg vet er, etter utdanningen, er trygge steder å hente og hvis du tenker kunnskapspyramiden hvis du har sett den, ting som er høyt oppe i kunnskapspyramiden, UpToDate for eksempel. (Informant 4)*

Flere av deltakerne opplevde at det å få kollegaer uten masterkompetanse til å arbeide kunnskapsbasert var utfordrende. I og med at ledere og fagsykepleiere ikke hadde en slik kompetanse opplevde flere seg veldig alene om å ha denne kompetansen. Liten interesse fra ledelsen og fagsykepleier om å få benytte kompetansen i klinisk praksis erfarte de bidro til at det å selv arbeide kunnskapsbasert ble vanskeligere.

Deltakerne i studien reflekterer rundt opplevde forventninger sett i lys av deres kunnskap, erfaring og kompetanse. Dette kommer til uttrykk gjennom beskrivelser av forventninger de møter fra leger samt forventninger de har til seg selv. Flere av deltakerne så at egen kompetanseøkning ga en større bredde i kunnskapsgrunnet og bidro til et forbedret utgangspunkt for deltagelse i faglige diskusjoner og pasientbehandlingen.

*Du kan være mer faglig engasjert med legene, for du har tilegnet deg mer medisinsk kunnskap slik at du kan diskutere disse pasientene. (Informant 3)*

En deltaker beskriver hvordan legene ved arbeidsplassen aktivt oppsøker hen ved bestemte problemstillinger fordi legene vet at hen besitter en kompetanse innenfor et bestemt fagfelt. Samtlige intensivsykepleiere beskriver erfaringer med MIS-opdrag, hvor de kontaktes av sykepleiere eller andre fagutøvere på sykehuset for konferering eller tilsyn. En intensivsykepleier forteller;

*MIS-tilsyn, at pasienten kanskje er dårlig og så klarer ikke helt sykepleierne på sengepostene å se at det har skjedd en endring med pasientene over tid. De har en annen kunnskap og ser kanskje ting litt annerledes. (Informant 1)*

Det fremkommer i materialet at flere av intensivsykepleierne stiller forventninger til egen kompetanse samt andre intensivsykepleiere sin kompetanse. De er bevisst på egen spisskompetanse og sine kunnskaper og ser verdien i å formidle denne med andre intensivsykepleiere. Samtlige deltakere er aktive i formidling av fagkunnskap innenfor ulike arenaer samtidig som de erkjenner sine egne begrensninger på områder de føler seg mindre trygg på. Alle poengterer at kollegialt samarbeid og erfaringsdeling var noe de var opptatt av og benyttet seg av i daglig praksis. Det å ha faglige diskusjoner og dele erfaringer opplevde de var med å heve felles kunnskapsnivå;

*Dersom jeg spør om f.eks. hjerterytmene på telemetri så får jeg svar og jeg vet hvem som er god. Selv om man er intensivsykepleier så er det noen som er bedre på rehabilitering, noen er bedre på traume og noen er bedre på hjerterytmene. Men sammen så er vi gode. (Informant 2)*

Erfaringsutveksling og fagformidling utover tilbudet fagsykepleier arrangerer, driftes på et frivillig nivå hvor leger/spesialsykepleiere tilbyr seg å undervise i arbeidstid eller hvor intensivsykepleierne tar eget initiativ seg imellom til å reflektere og undervise hverandre. I undervisningen vises det også til forskning på området.

## **5.2 Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap**

### **5.2.1 Å tydeliggjøre en kunnskapsposisjon i intensivpraksis**

Samtlige deltakere i studien har blitt forespurt om å presentere masteroppgaven på egen arbeidsplass og flere oppfatter en positiv interesse fra ledelsen på egen arbeidsplass.

Den kollegiale støtten er av betydning for intensivsykepleierne og flere deltakere mener at dersom en større prosentandel ansatte hadde hatt mastergrad ville det å arbeide kunnskapsbasert vært enklere. Flere erfarer å møte på holdninger som synliggjør at det å ha en masterkompetanse ikke er nødvendig for å være gode intensivsykepleiere.

*Du har jo de kollegaene som driver og sier «ja, du har en master, hen har en master» skjønner du, det blir litt sett ned på, akkurat som om man er smartere enn de andre og det er jo ikke det som er greia. (Informant 1)*

Fagutvikling, forbedring av praksis og implementering av kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode er interesseområder som fremkommer i intervjuene og som viser at intensivsykepleierne i studien ønsker å bruke sin kompetanse for å forbedre eksisterende praksis. Flere forteller om måter man kan arbeide mer kunnskapsbasert på med et utgangspunkt der en setter erfarings-, forskning- og kunnskapsutveksling inn i et system. Eksempelvis foreslår en intensivsykepleier felles fagdager med andre yrkesgrupper tilknyttet intensivavdelingen der man utfra en pasientcase kan arbeide kunnskapsbasert.

Alle deltakere i studien beskriver leger som en viktig ressurs og inspirasjon i den praktiske kunnskapsutvekslingen ved arbeidsplassen. Dette begrunnes i kunnskapen og ansvaret de

innehar gjennom yrkesutdanningen, men også ved måten legene organiserer sin kunnskapsutveksling innen egen profesjon.

*Det vet jeg legene gjør, hvis det er en spesiell case så går de igjennom den enten som en øvelse eller muntlig på fellesmøtet. Det synes jeg kunne vært lurt for oss, innenfor det her med etiske dilemmaer, avslutting av behandling, behandling av ett eller annet, transportetapper.. Noe noen har hatt en opplevelse med som vi kan ta opp og diskutere.. (Informant 3)*

Intensivsykepleierne ønsker møter der de kan diskutere pasientcase. Flere av dem refererer til hvordan legene henter ut kunnskap og erfaringer fra pasientcaser som tas opp i deres tverrfaglige forum og at en slik arbeidsmåte vil være ønskelig å kunne få implementert i eget fagfelt. En av intensivsykepleierne uttrykte ønske om at de som faggruppe kunne få tilgang til ulike databaser og begrunnet dette med at flere av disse nettstedene krevde brukerkonto knyttet til en utdanningsinstitusjon for å få gratis tilgang til forskningsartikler. Deltakeren så også en nytteverdi av dette slik at de kunne vedlikeholde kunnskaper ervervet gjennom mastergraden knyttet til gjennomføring av søk, kjennskap til de ulike databaser og liknende. Samtidig stiller en annen deltaker spørsmål til hvorfor arbeidsplassen ikke velger å benytte seg av kompetansen de har ervervet seg gjennom å skrive en masteroppgave. Hen ønsker å bidra til fagutvikling i avdelingen og mener de ville bidra til økt pasientsikkerhet.

*Jeg tenker de kunne brukt folk i avdelingen til å gjøre arbeid i forhold til fagutvikling, for det er mulig. Men det må legges til rette for det slik at de som har skrevet en master kan utarbeide prosedyrer. (Informant 4)*

Fagutvikling er viktig for intensivsykepleierne i studien, men det kommer frem gjennom alle intervjuene at deltakerne opplever at kompetansen de besitter ikke blir unyttet til slike formål og at det å endre en kultur tar tid.

### **5.2.2 En ny praksis**

Flere av intensivsykepleierne beskriver i intervjumaterialet en tradisjon ved arbeidstedet, «vi gjør som vi alltid har gjort» - holdning til praksisen som utøves. Deltakerne identifiserer en



kultur som ikke ønsker endring og at det å implementere en praksis der en arbeider kunnskapsbasert dermed er krevende.

*Det å endre kulturer i store avdelinger, det er mye vanskeligere enn å endre sin egen praksis og når jeg ikke har noen formell rolle så er det ganske tungrodd.*

Flere erfarer at de gjennom mastergradsforløpet har tilegnet seg ferdigheter til å drive med kunnskapsutvikling og at de dermed kan være en viktig ressurs for intensivavdelingen. I intervjumaterialet fremkommer det hos flere deltakere at det er utfordrende å få gjennomført nye tanker om hvordan gjeldende praksis kan ha mer fokus på kunnskapsutvikling.

*Så det synes jeg er litt vanskelig, at man ikke får komme igjennom med endringer, i forhold til prosedyrer, rutiner og retningslinjer. (Informant 3)*

Det er en felles konsensus i intervjumaterialet fra samtlige deltakere om at fagsykepleier er en viktig ressurs for dem i deres arbeidshverdag. De fremhever kvaliteter som tilstedeværelse i avdelingen, relevans på undervisning/fagdager og bred erfaring som viktige elementer hos en god fagsykepleier, men intensivsykepleierne opplever tilstedeværelsen av disse faktorene hos fagsykepleieren ulikt på sine arbeidssteder. Det stilles også spørsmål ved relevans for det som formidles fra denne bruk av kunnskapsbasert arbeidsmetode.

*Jeg vil ikke si at absolutt alt som presenteres ved avdelingen er kunnskapsbasert forankret og det tror jeg har noe med at ikke alle har samme forståelsen av det og at det er tidkrevende.*

En annen deltaker uttrykker:

*Og man finner ut at ting ikke er oppdatert, kunnskapen er ikke god nok rundt prosedyrer eller et tema, at man kanskje ligger litt... Jeg har en følelse på at vi ligger litt bakpå rent kunnskapsmessig.*

Nødvendigheten av å ha et kritisk blikk er et gjennomgående tema i materialet.

Intensivsykepleierne har tilegnet seg kunnskap og erfaring til å vurdere og sammenlikne den eksisterende praksisen mot en ideell eller ønsket praksis og forklarer at de gjør vurderinger og

tiltak gjennom en kunnskapsbasert arbeidsmetode. De bruker begreper som kritisk vurdering og det kritiske blikk, men poengterer at selv om slike ord kan oppleves å være negativt ladet så er hensikten positiv og er noe de har erfart i sin masterutdannelse. Det å være kritisk til noe, gjøre en kritisk vurdering eller se på noe med et kritisk blikk beskriver flere intensivsykepleiere som noe knyttet til et ønske om forbedring av praksis. Dette eksemplifiseres gjennom å forbedre prosedyrer, forbedre hvordan man jobber på eller forbedring av fagformidling. En av deltakerne forteller;

*Jeg tenker de som har master her har et mer kritisk blikk til hvorfor ting gjøres som det gjøres og har et ønske om at ting skal bli forbedret. (Informant 3)*

Flere av intensivsykepleierne erfarer at måten fagutvikling er organisert på deres arbeidsplass skaper en barriere mellom klinisk praksis og deres muligheter til å arbeide kunnskapsbasert, fordi de er bundet til tradisjoner og forestillinger om hvordan ting alltid er blitt gjort. De har kunnskapen og teorien som behøves for å kunne praktisere kunnskapsbasert men hindres av innarbeidede tradisjoner og praksiser over tid.

*Det å arbeide kunnskapsbasert kolliderer tidvis med klinisk praksis. Det her sier forskningen men vi gjør det på den her måten for sånn har vi alltid gjort det. Så det er på en måte en kulturkræsje og det er synd for det er jo forskningen som skal fortelle oss hvordan vi skal jobbe,, hva som er det beste for pasienten men noen ganger er det sånn at vi bare gjør det fordi sånn har vi alltid gjort det og det fungerer... (Informant 4)*

Alle intensivsykepleierne trekker gjennom ulike utsagn en parallell mellom kunnskapsbasert praksis og pasientsikkerhet. Sistnevnte står sentralt ved intensivsykepleierens praktisering og begrunnes av flere deltakere gjennom den økte kunnskapen de har ervervet i utdannelsen, spesielt forståelsen for den kritisk syke pasientens helsetilstand. Holdninger til pasientsikkerhet fremkommer også gjennom redegjørelser for bruk av beste og oppdatert kunnskapskilder og gjennom kommunikasjon med pasientene og bruk av samvalg.

### 5.2.3 Det tverrfaglige samarbeidet og kompetansedeling i intensivavdelingen

Den erfaringsbaserte kunnskapen er viktig for intensivsykepleierne i studien. De erfarer i stor grad å lene seg på egen og kollegaers erfaringer i møte med ulike problemstillinger. De stoler på kunnskapen andre besitter og opplever at kollegaene er flinke til å holde seg faglige oppdaterte. I intervjumaterialet fremstår erfaring som en viktig støttepilar hos deltakerne.

*For erfaring er jo noe, hva mine kollegaer synes er viktig. Erfaring bør bygge på kunnskap. Jeg tenker erfaring skaffer trygghet og rammer mens kunnskapen må være det som er viktigst, altså det kunnskapsbaserte. (Informant 4)*

Flere var opptatte av at erfaring alene ikke var nok, også teoretiske kunnskaper og forskning måtte være med i praksisutøvelsen dersom denne skulle være faglig forsvarlig.

En annen deltaker vektlegger bruken av kollegaers kunnskaper og erfaringer i refleksjon rundt bruk av kunnskapsbasert arbeidsmetode i den kliniske hverdagen og påpeker at økt faglig kompetanse gjennom samarbeid med annet helsepersonell i intensivavdelingen er faglig utviklende. Samtlige deltakere vektlegger betydningen av å arbeide i team og skildrer i sine beskrivelser en nødvendighet av å få tilgang til kollegaers kunnskap i sin praksisutøvelse.

*Jeg tenker dem følger det som står i prosedyren eller forhører seg med en sykepleierkollega. Også forskning viser at sykepleierne støtter seg på hverandre, en kollega, vi stoler på våre kollegaer, at de også kan. (Informant 2)*

Parallelt med den erfaringsbaserte kunnskapen er også kollegastøtte og erfaringsdeling sentralt i intervjumaterialet. Deltakerne nevner spesielt leger, fagsykepleier og andre sykepleierkollegaer som viktige sparringspartnere – spesielt i utfordrende og krevende situasjoner der de ikke kan følge en retningslinje slavisk, men også må bruke faglig skjønn. Noen av deltakerne opplevde det å være to eller flere som en slags kvalitetssikring hvor man gjennom faglig diskusjon, prosedyrehåndbøker eller forskning finner en løsning på problemet som begge går god for vil være et riktig handlingsvalg i den gitte situasjonen.

*Og stoler veldig på at vi, la oss vi er to eller tre og alle vil det beste for pasienten og så kommer vi frem til at.. hva er gjort av folk i avdelingen, vi konfererer kanskje med*

*en anestesilege.. Og så vil jeg jo si det er en trygg kilde, det føles trygt hvis man, ja at det er ikke noe man bare finner på selv og gjennomfører, men at det er en god kilde å prate med kollegaer. (Informant 2)*

Å kunne diskutere pasientcase, luften egne tanker og refleksjoner samt ta imot innspill av andre er flere viktige momenter som trekkes frem av deltakerne. Intensivsykepleierne gjør allerede dette i varierende grad i nåværende praksis, men etterspør et mer organisert forum og presedens i kollegiumet for å gjøre dette.

En av deltakerne beskriver kollegastøtten som spesielt viktig etter alvorlig kritiske hendelser som har gjort inntrykk på de som var til stede i situasjonen. Denne kollegastøtten beskrives som mer organisert gjennom debriefinger. Intensivsykepleieren opplever at samtalene og erfaringene som dannes og formidles gjennom disse fora er med på å utvikle og forbedre helsetjenesten ved arbeidsstedet, uavhengig av utfallet i den konkrete situasjonen.

*(...) Også selvfølgelig debrief etter situasjonen, det er viktig. Man skal lære av hverandre og dele kunnskapen.*

Flere av deltakerne etterspør organiserte fora for kunnskapsutveksling, både mellom intensivsykepleiere og på tvers av yrkesgruppene tilknyttet avdelingen. Alle deltakere i studien beskriver leger som en viktig ressurs og inspirasjon i den praktiske kunnskapsutvekslingen ved arbeidsplassen. Dette begrunnes i kunnskapen og ansvaret de har tilegnet seg gjennom sitt yrke, men også ved måten legene organiserer sin kunnskapsutveksling innen egen profesjon gjennom casetrening og tverrfaglig gjennomgang av pasientkasus. En av deltakerne oppgir at hen tror mye relevant kunnskapsutveksling går tapt mellom de ulike fagspesialitetene tilknyttet til avdelingen og etterspør en mer organisert form for kunnskapsutveksling mellom ulike profesjoner innad i avdelingen.

*Den kan være at man kunne ha diskutert kasuser.. At en anestesilege går igjennom, kasusen og at man samtaler rundt det som skjedde og utveksler erfaringer i forhold til hva tenker anesthesi, hva tenker medisinske leger, hva tenker intensivsykepleieren.. Det vi har nå er bra, men det kan være at vi skulle hatt flere formelle forum, jeg vet ikke, uten at jeg kan utdype noe videre hvilke forum men at det kunne ha vært mer formalisert i hvertfall.*

Intensivsykepleieren beskriver videre hvordan hen mener en slik type organisering vil være med på å styrke samarbeidet mellom profesjonene i avdelingen ved å lære hverandre å kjenne både på et faglig og et personlig nivå, det vil være et positivt bidrag for fagutviklingen for samtlige profesjoner samt være en måte å implementere en kunnskapsbasert arbeidsmetode i avdelingen på en naturlig måte.

## 6 Diskusjon

Denne masteroppgaven har som hensikt å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere med masterkompetanse har med å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis. I følgende kapittel vil jeg diskutere utvalgte funn fra egen studie opp mot presentert teori og tidligere forskning, med hensikt i å belyse og reflektere over tema som fremkommer fra empiri opp imot problemstillingen; «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis?*».

Analysens resultat ga to hovedtemaer; «Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis» og «Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap». Førstnevnte tema oppsummeres gjennom opplevelser av et økt ansvarsområde som ferdigutdannet intensivsykepleier, at mastergraden har gitt kunnskap og erfaring til å arbeide kunnskapsbasert samt refleksjoner knyttet til det å skulle møte intensivpraksisen med en masterkompetanse. Det andre hovedtemaet belyser intensivsykepleiernes erfaringer rundt egen rolle som nyutdannede intensivsykepleiere med masterkompetanse i en intensivpraksis under utvikling og hvordan intensivsykepleierne gjør bruk av kunnskapsbasert praksis og kunnskapsutveksling i klinisk praksis i samarbeid med andre fagutøvere.

Diskusjonen inndeles etter overordnede tema inneholdende empiriske funn jeg tenker kan være relevante for problemstillingen og vil bli drøftet med støtte av teori presentert i kapittel 3 og gjennom relevant forskning på området.

## **6.1 Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til faglig forsvarlig praksis**

### **6.1.1 Den kunnskapsbaserte praktiserings betydning for intensivpraksis**

Å implementere eller styrke bruken av fag og forskning i klinisk praksis fremkommer som sentrale fagbetingede interesseområder hos intensivsykepleierne. Med bakgrunn i masterutdanningen, opplever de å ha tilegnet seg en kompetanse som de anser som viktig i arbeidet innenfor disse områdene. I følge Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning (2021); NSFLIS (2017) skal intensivsykepleieren kunne anvende relevant og oppdatert kunnskap i undervisning og i veiledning samt fremme kvalitetsforbedring, forskning og fagutvikling. Masterutdanningen har gitt dem verktøy og kunnskap for å kunne arbeide kunnskapsbasert i praksis. Samtidig gis det uttrykk for et ønske om at også kollegaer skal kunne se verdien i å arbeide kunnskapsbasert. Samtidig ønsket flere deltakere å kunne få mulighet til å videreformidle egen kunnskap vedrørende kunnskapsbasert praksis til sine kollegaer, som ledd i å utvikle KBP som arbeidsmetode i egen avdeling. Ved de to avdelingene hvor datainnsamling ble gjennomført, var begge i klart mindretall hva gjaldt masterutdannet/ikke-masterutdannet intensivsykepleier-ratio. Ved tidspunktet for datainnsamling var det < 3 intensivsykepleiere med mastergrad i intensivsykepleie ved begge intensivsenhetene. Denne skjevfordelingen blir trukket frem som en svakhet i fagmiljøet på avdelingene, fordi intensivsykepleierne i studien opplevde at masterutdanningen var betydningsfull når de skulle utføre den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden i egen klinisk praksis. Flere intensivsykepleiere i studien erfarte en ulikhet i forståelse mellom dem og kollegaer uten mastergrad relatert til det å arbeide kunnskapsbasert. Dette ble sett primært ved hvordan kollegaene tilnærmet seg problemstillinger hos intensivpasienten og ved implementering av behandlingstiltak. Til tross for at det foreligger konkrete forventninger fra nasjonale helsemyndigheter om at helse- og omsorgstjenesten skal inneha kunnskaper om kunnskapsbasert praksis samt benytte det i praksisfeltet (Helse og omsorgsdepartementet, 2014-2015), fortalte intensivsykepleierne i denne studien at det var liten interesse fra kollegaer om å arbeide kunnskapsbasert.

Som det fremkommer i andre studier (Alatawi et al., 2020; Hjelen & Sagbakken, 2018; Sandvik et al., 2011), opplevde også intensivsykepleierne i egen studie at både fagsykepleiere

og ledere fokuserte lite på det å arbeide kunnskapsbasert. Deltakerne i egen studie opplevde at det var opp til den enkelte hvorvidt de ønsket å bruke en kunnskapsbasert arbeidsmetode eller ikke. Det ble blant annet oppgitt at ingen av deltakerne var kjent med eller hadde hørt om lokale prosedyrer eller retningslinjer for kunnskapsbasert arbeidsmetode på egen arbeidsplass. Samtlige deltakere i studien opplevde også tid og tilrettelegging fra avdelingsledelse som barrierer for å kunne utøve den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden slik de hadde lært gjennom studiet. Dette er gjenkjennbart i litteraturen, og trekkes blant annet frem av Hjelen og Sagbakken (2018) i deres studie hvor de så at dårlig tid, lavt kompetansegrunnlag om KBP og manglende personlig engasjement hos operasjonssykepleierne var sentrale barrierer for å arbeide kunnskapsbasert. Selv om intensivsykepleierne i egen studie møtte på organisatoriske utfordringer som lav bemanning og lite fagtid som faktorer som begrenset deres mulighet til å arbeide kunnskapsbasert, var det likevel et fremtredende ønske hos deltakerne om å arbeide kunnskapsbasert. Dette begrunnet intensivsykepleierne med at de opplevde at å arbeide kunnskapsbasert ga positive følger som fokus på- og ivaretagelse av pasientsikkerheten, en trygghet i egen praktisering gjennom oppdatert forskning og gir pasienten en mulighet for samvalg (Mykkeltveit et al., 2021).

Det bekreftes i denne studien at intensivsykepleierne med mastergrad ønsker å jobbe kunnskapsbasert, og at de har mye kunnskap om dette, noe undertegnede oppfattet som et interessant funn med utgangspunkt i egen forforståelse. Denne var farget av egne erfaringer og litteratur som pekte på tids- og ressursbarrierer for praktisering av KBP og at sykepleiere har minimalt med teoretiske og praktiske kunnskaper om KBP (Alatawi et al., 2020; Fu et al., 2020; Jordan et al., 2016; Melnyk, 2017). Selv om det forventes at masterutdannede intensivsykepleiere skal besitte et visst nivå av kunnskapsbasert kompetanse tilegnet gjennom mastergradsutdannelsen (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning, 2021; Skogsaa & Valeberg, 2017) var det likevel interessant å erfare hvor mye kunnskap som forelå hos deltakerne.

En arbeidskultur som støtter opp, tilrettelegger med riktige verktøy og snakker frem kunnskapsbasert arbeidsmetode hos intensivsykepleierne vil ifølge Melnyk et al. (2017, s. 11-12) bidra til å øke muligheten for å implementere, stabilisere og vedlikeholde den kunnskapsbaserte holdningen hos den praktiserende.

Melnyk et al. (2017) viser til at når ledelsen i samarbeid med avdelingens ansatte bestemmer seg for å satse på å utvikle den kunnskapsbaserte kompetansen, vil det tenkes at de ansatte



opplever at det skapes et miljø hvor det arbeides kunnskapsbasert og at den tilegnede kompetansen som behøves for å arbeide kunnskapsbasert blir et verktøy for å videreføre og utvikle faget. Egen studie og tidligere forskning samsvarer i at sykepleiere med masterkompetanse opplever seg mer kompetent og har en større forståelse for bruk av forskning i klinisk praksis (Mykkeltveit et al., 2021). Det fremkommer i intervjumaterialet at flere intensivsykepleiere allerede er, eller ønsker å fremtre som bidragsyttere for kulturendringer og forbedring av praksis i intensivavdelingen. Forskning viser at det i et slikt miljø anbefales å ha en KBP-mentor med en spesielt utviklet kompetanse innenfor den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden. Mentoren vil kunne fungere som en underviser og pådriver mot både de ansatte men også mot/eller i et samarbeid med ledelsen (Liland et al., 2017; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015; Melnyk et al., 2017; Polit & Beck, 2021). Ingen av deltakerne i studien påpekte noe ønske om mentor, men de ønsket et fora der de kunne samtale om pasientcase og forskning.

Å være en pådriver og ressurs i fagutviklingen ved intensivavdelingen på bakgrunn av masterkompetansen eksemplifiseres av intensivsykepleierne gjennom ulike forslag til hvordan deres kunnskaper kan være et bidrag i fagmiljøet. Mest fremtredende er intensivsykepleiernes ønske om at egen forskningskompetanse kan benyttes til retningslinje- og prosedyrerelaterte arbeidsoppgaver i avdelingen, en arbeidsoppgave flere av intensivsykepleierne i studien mente tok mye av fagsykepleiernes verdifulle arbeidstid. Alle intensivsykepleierne opplever fagsykepleier på intensivavdelingen som en viktig ressurs for kunnskap- og kompetanseutvikling, men flere savner en mer praktisk tilstedeværelse hos fagsykepleier. Dette begrunnes i fagsykepleiers funksjon for både avdelingen og enkeltindividet, men også i forventninger om at fagsykepleier skal kunne være en støtte og ressurs i klinisk behandling av intensivpasienter. Flere av deltakerne så på et slikt samarbeid med fagsykepleier som en mulighet for å kunne drive med kunnskapsutvikling i egen klinisk praksis, der begge parter kunne være til hjelp for hverandre med utgangspunkt i de ulike kompetanseområder partene besatt.

Samtlige intensivsykepleiere i egen studie opplyser at de var blitt forespurt av leder/fagsykepleier å fremlegge masteroppgaven for avdelingen, hvorpå 3 av de 4 deltakere i studien hadde gjennomført fremlegget. Intensivsykepleierne hadde alle skrevet klinisk relevante masteroppgaver med en fagspesifikk og direkte relevans for intensivavdelingen.

Fremleggene ble presentert under en egen faglunsj, hvor ansatte på intensiv-, postoperativ avdeling - og anestesi/operasjon etter invitasjon var til stede.

Det forelå ikke konsensus hos deltakere om fremlegg av masteroppgaven var et krav eller en oppfordring fra ledelsen, men intensivsykepleierne som hadde presentert masteroppgaven sin mente det var viktig å holde et slikt fremlegg for avdelingen og samarbeidende fagmiljø. Det ble begrunnet i den faglige kunnskapen som videreformidles til andre kollegaer gjennom egen teoretisk problemstilling/forbedringsprosjekt, men også fordi et slikt fremlegg kunne være bidragsgivende til å skape en forståelse hos kollegaer og ledelsen for hva en masteroppgave er og hva den krever av forskeren. Mykkeltveit et al. (2021) fant derimot ut i deres studie at nyutdannede masterutdannede spesialsykepleiere erfarte en begrenset interesse for gjennomført masterprosjekter, selv om masteroppgaven var relevant for egen avdeling eller ønsket som forbedringsprosjekt. Dette står i kontrast til funnene i egen studie, hvor intensivsykepleierne jeg intervjuet opplever interesse for deres masteroppgaver ikke bare fra egen avdeling, men også fra andre avdelinger/fagmiljøer intra- og prehospitalt. Samtlige deltakere som hadde presentert sin masteroppgave ga uttrykk for å ha fått gode tilbakemeldinger på masterfremlegget og at det dannet utgangspunkt for diskusjon og refleksjon hos tilstedeværende deltakere.

## **6.2 Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap**

### **6.2.1 Å tydeliggjøre en kunnskapsposisjon i intensivpraksis**

Selv om deltakerne erfarer en interesse fra kollegaer og intensivmiljøet for masteroppgaven de har skrevet, fremkommer det også i funnene at intensivsykepleierne opplever en arbeidsplass og et fagmiljø som stiller seg skeptiske til mastergraden og eller uten en forståelse for hva hensikten er. Intensivsykepleiernes erfaringer viser til et miljø som viser en kollegial støtte til individet men ikke til konseptet mastergradutdanning. En tenkt forklaring er den pågående debatten i media om masterutdanningens posisjon og rolle i helsevesenet, men også den kritiske røsten om dens nødvendighet (Jakobsen, 2015; Krøger, 2016). I dag er det ved flere utdanningsinstitusjoner valgfritt for studentene å skrive en masteroppgave, og da få masterkompetanse på ABIOK (Anestesisykepleie, Barnesykepleie, Intensivsykepleie, Operasjonssykepleie, Kreftsykepleie)- utdanningene. Utdanningsløpet vil kunne gi mulighet for videreutdanning i intensivsykepleie etter ett og et halvt år eller masterkompetanse etter to år. Bruun og Valeberg (2021) kartla i sin studie hvilke holdninger og forventinger som var i fagmiljøene tilknyttet anestesi og intensivfeltet gjennom en større tverrsnittstudie. Her fant de

blant annet at ledere, fagutviklingssykepleiere og pedagogikkutdannede ansatte stilte seg mer positive til- og så en større verdi i masterutdanningen enn spesialsykepleierne uten mastergrad. Flertallet av informantene i studien støttet likevel påstanden om at spesialsykepleiere med mastergrad i større grad ville inneha en kompetanse som vil være nødvendig for å arbeide kunnskapsbasert. Dette funnet identifiseres også i egen studie, hvor intensivsykepleierne opplever at kollegaer respekterer spisskompetansen mastergraden gir i form av forskning- og fagkompetanse knyttet til kunnskapsbasert arbeidsmetode. Samtidig opplevde flere intensivsykepleiere å bli møtt med kritiske kommentarer- og holdninger til mastergraden sin. Gjeldende intensivsykepleiere mente en tenkt forklaring kunne være at disse kollegaene ikke forstod hva en mastergrad innebar eller opplevde egen kunnskapsposisjon som truet. Bruun og Valeberg (2021) så i deres studie at deltakerne erfarte å møte kollegaer i fagmiljøet som mente at det å ha en masterkompetanse var unødvendig. Flere av disse var bekymret for konsekvenser en masterutdanning vil påføre nåværende kliniske praksis i forhold til bemanning, rekruttering og daglig funksjon i intensivavdelingen. Avslutningsvis påpeker forfatterne at *«Å motarbeide at utdanning av spesialsykepleiere skal være på masternivå, er ikke bare på tvers av internasjonal godkjent gradsstruktur, men også å gå baklengs inn i fremtiden»* (Bruun & Valeberg, 2021).

Omleggingen fra et tilbud om videreutdanning til masterutdanning i spesialsykepleie ved utdanningsinstitusjoner i Norge er relativt nytt. Den første uteksamineringen i spesialsykepleie med mastergradsforløp på 120 studiepoeng forekom våren 2014 (Skogsaa & Valeberg, 2017). I og med at flere utdanningssteder fortsatt gjør det mulig å avslutte utdanningen etter ett og et halvt år kan nok det være en medvirkende årsak til at andelen masterutdannede intensivsykepleiere ved de ulike intensivavdelingene i landet fortsatt er lav. I 2019 var det 2481 yrkesaktive intensivsykepleiere i Norge (Hjemås & Jensen, 2020). Per dags dato foreligger det ikke noen nasjonal oversikt over antall intensivsykepleiere med mastergrad i intensivsykepleie, men det vil være realistisk å anta at dette tallet er betydelig lavere enn andelen intensivsykepleiere med videreutdanning. Dersom andelen intensivsykepleiere med masterkompetanse øker, vil nok det kunne medføre et større fokus på å arbeide med forskningsprosjekt i klinisk praksis. En pågående debatt om spesialistgodkjenning er i denne sammenhengen også interessant, både i forhold til en nasjonal oversikt over intensivsykepleiere med masterkompetanse men også som et verktøy for regulering, rekruttering og profesjonsbeskyttelse (Leonardsen, 2020). En potensiell spesialistgodkjenning ville i tillegg til å anerkjenne/ belønne en mastergrad, også stille konkrete krav til den

masterutdannede gjennom krav til oppdatert klinisk praksis som vil sikre en potensiell grad av kompetanse og sekundært kunne innvirke på pasientsikkerheten (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2020).

Intensivsykepleierne i egen studie fremmer et fokus på pasientsikkerhet i egen praksis, hvor flere av deltakerne mener at egne forskningsprosjekt i klinisk praksis er viktig og skaper et søkelys på pasientsikkerhet gjennom et ønske som grunner i å handle faglig ansvarlig. Flere av deltakerne i studien beskriver hvordan den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden er med på å støtte deres kompetanse og erfaringsgrunnlag i behandlingen av den komplekse intensivpatienten og bidrar til en tryggere praktisering av intensivsykepleie. Det er enighet hos intensivsykepleierne at å handle utfra en kunnskapsbasert praksis gir økt grad av pasientsikkerhet. I *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023* (Helsedirektoratet, 2019) er blant annet det «å utvikle en kultur for åpenhet» og «bygge kompetanse og identifisere samt spre oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring» to sentrale satsningsområder i rapporten. I intervju materialet fremkommer det at når intensivsykepleierne får mulighet til å arbeide kunnskapsbasert, utvikler de ikke bare egen klinisk kompetanse men de opplever at pasientbehandlingen er fundamentert på siste og beste forskning og dermed et tryggere grunnlag. En av intensivsykepleierne beskriver at hen da i større grad kan faglig begrunne tiltak og observasjoner når nyeste og beste forskning ligger til grunn for handlingsvalg.

Til tross for en erfart motstand hos noen kollegaer i intensivfeltet om nødvendighet av mastergrad, forteller intensivsykepleierne i denne studien at utdannelsen, men også det å skrive en masteroppgave, har gitt dem kunnskaper og innsikt i eget fag- og forskningsfelt med en forventning og et ønske om å benytte kompetansen i egen praksis. Mykkeltveit et al. (2021) fant også i deres studie at spesialsykepleiere med masterkompetanse hadde utviklet en større forståelse for egen spesialisering gjennom mastergradsprosjektet sitt, hvor det antas at det siste semesteret i utdanningen hvor studenten arbeider med masterprosjektet ga en økt grad av selvstendighet og faglig identitet, noe de fant ut en videreutdanning på tre semester ikke gjorde i like stor grad. Forfatterne konkluderer med at den faglige identiteten og kompetansen samt evnen til å utøve kunnskapsbasert praksis ga disse spesialsykepleierne en større grad av autonomi, med høy grad av handlings- og samhandlingskompetanse, noe intensivsykepleiere med mastergrad i denne studien uttrykte eksplisitt men implisitt.

## 6.2.2 Det tverrfaglige samarbeidet og kompetansedeling i intensivavdelingen

Tverrfaglighet og samarbeid mellom intensivsykepleieren og andre faggrupper i intensivavdelingen er sentral i den daglige driften og i behandling av den alvorlig, kritisk syke pasienten (Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS, 2014). Det foreligger flere studier som vektlegger betydningen av et godt samarbeid mellom profesjonelle fagutøvere i klinisk praksis (Mitchell et al., 2010; Mohaupt J et al., 2012; Thistlewaite & Dallest, 2014). I studiene fremkommer det at god kommunikasjon og opplevelsen av et godt samarbeid mellom profesjoner har en direkte påvirkning på helsetjenesten og pasientbehandlingen, eksplisitt pasientsikkerhet.

Hvordan vi best møter hverandre, kommuniserer og samarbeider om en sak på, beskrives i stor grad av den norske filosofen Hans Skjervheim. Dette redegjør han for dette gjennom teorien den «treleddede relasjonen», som består av meg, den andre og selve saken det samtales om. Samtalen finner sted mellom likeverdige subjekter og hvor man i denne relasjonen fremstår som likeverdige dialogpartnere om saken som samtales om. Ved å ta den andre alvorlig viser en villighet til en felles drøfting av problemet og at den andres meninger tas til ettertanke (Skjervheim, 2002). Denne mellommenneskelige relasjonen mellom subjektene kan danne et viktig rom for utveksling av kunnskap og erfaringer.

Intensivsykepleierne i min studie vektlegger erfaringsdeling i samarbeid med andre faggrupper og trekker frem spesielt leger og fysioterapeuter som sentrale aktører i det tverrfaglige pasientrettede arbeidet. Deltakerne i studien er samstemte om at disse faggruppene besitter relevant kunnskap og erfaring som de drar god nytte av i eget arbeid. De erfarer at tverrfaglig behandling bidrar til økt pasientsikkerhet og øker kvaliteten på behandlingen gjennom et bredt kunnskaps- og erfaringsgrunnlag fra flere fagutøvere. Det å dele erfaringer og kunnskaper oppleves som nødvendig i pleie- og behandlingen av intensivpasientene. I en intensivpraksis arbeider intensivsykepleierne og legene tett sammen om behandling av intensivpasienten (Stein-Parbury & Liaschenko, 2007). Samarbeidet mellom intensivsykepleierne og behandlende leger erfares av deltakerne som bra, selv om det fortelles om situasjoner hvor det er ulik forståelse av en pasientbehandling hos legene og intensivsykepleierne. Dette blir av flere intensivsykepleiere eksemplifisert, blant annet gjennom pasientcaser som innebærer etiske og moralske utfordringer, hvor legene og

intensivsykepleierne har ulike perspektiver og ulike forventinger til hva som kan eller skal oppnås i forbindelse med pasientbehandlingen. Stein-Parbury og Liaschenko (2007) mener en forklaringsmekanisme på denne utfordringen er at disse to faggruppene har ulike tilnærminger til den kliniske problemstilling gjennom forskjellige kunnskapsbegrep, hvor forfatterne beskriver hvordan legen gjerne vil gjøre en vurdering med et utgangspunkt i et faktaperspektiv mens sykepleieren ofte forstår problemstillingen utifra et relasjonelt og interaksjonistisk perspektiv. Dette vil kunne være både en utfordring, men også en fordel i den tverrfaglige pasientbehandlingen og krever gode evner til samarbeid og dialog fra begge profesjonene. Dette er gjenkjennbart i egen studie, der intensivsykepleierne ikke oppfatter dette som en eksplisitt utfordring, men heller beskriver at ulik situasjonsforståelse er med på å skape en dybde og bredde i diskusjonen og refleksjonen om og over pasientbehandlingen.

Den tverrfaglige strukturen intensivavdelingen er fundamentert på, skaper stort potensiale for å arbeide kunnskapsbasert på ulike måter (NSFLIS, 2017), her tenkt spesielt mot kunnskap- og erfaringsutveksling mellom faggruppene som samarbeider i og om pasientbehandlingen. Deltakerne i egen studie fremmer et ønske om diskusjonsrom, eller et veiledningsfora hvor det kan diskuteres og faglig reflekteres over utvalgte pasientkasus sammen med kollegaer i avdelingen. De erfarer at legene har et liknende forum, men savner å kunne ha mulighet til å avsette tid og rom for erfarings- og kunnskapsdeling med egen og andre faggrupper. Flere av deltakerne fremhever hvordan legene arbeider kunnskapsbasert, med et ønske om selv å kunne arbeide mer på en slik måte. Flertallet av intensivsykepleieren beskriver at det foreligger et samarbeid og en samhandling mellom behandlende lege og intensivsykepleieren opp imot den daglige pasientbehandlingen, men det forelå ikke presedens for å diskutere casen i lys av relevant forskning eller gjennom tverrfaglige erfaringer. Intensivsykepleierne etterlyser en møtearena både internt mellom intensivsykepleiere men også tverrfaglig med leger tilknyttet avdelingen for gjennomgang av pasientcaser, samt etikk- og refleksjonssamtaler. Ovenfornevnte møte, ofte benevnt som «morgenmøte», eksisterer allerede i legekollegiet ved avdelingene inkludert i denne studien. Dette og liknende forum leger har for kompetanse- og erfaringsutveksling er noe intensivsykepleierne i denne studien ytrer et ønske om å kunne ha, og som de mener er overførbart til eget fagfelt. Å dele kunnskaper og erfaringer på tvers av kompetanser og ansvarsområder blir erfart av intensivsykepleierne som en særdeles viktig grunnpilar i deres kliniske praksis, og noe som de erfarer fremmer pasientsikkerhet.

Alle deltakerne i egen studie gir uttrykk for at det å dele erfaringer og kunnskap bidrar til trygghet og personlig faglig utvikling i arbeidshverdagen. At intensivsykepleierne legger vekt på intensivsykepleierkollegaers- og legers kunnskapsbase og erfaringsdeling som kilde til viktig kunnskap i klinisk praksis sammenfaller også med tidligere studier (Alatawi et al., 2020; Fossum et al., 2022; Høgbakk & Jakobsen, 2019). En tenkt forklaring kan synes å være intensivavdelingens dynamiske miljø, hvor arbeidshverdagen ofte rommer tidskriser, akutte situasjoner der intensivsykepleierne har et stort behov for å benytte seg av siste og beste kunnskap og der de må handle raskt og hvor teoretisk-praktisk kunnskap også må utøves med faglig skjønn (Benner et al., 2011a; Dreyfus & Dreyfus, 2009).

Intensivsykepleierne i studien opplever å besitte en høy grad av handlingskompetanse, men flere uttrykker at intensivavdelingens rammer med høy grad av situasjonsskifte gjør det utfordrende å arbeide kunnskapsbasert. De baserer handlingsvalg utfra legeordinasjoner, tidligere kunnskap og erfaring samt gjennom støtte fra kollega(er), men ser verdien av å få implementert en praksis der fokuset er å arbeide kunnskapsbasert. Dersom tverrfaglige kunnskaps- og erfaringsbaserte forum hadde blitt satt i system, ville pasientcaser kunne blitt gjennomgått i et fagfellesskap med andre profesjonelle fagutøvere i samme klinisk praksis. Et slikt fora vil kunne bidra til utvikling av en kunnskapsbasert læringsplattform i felles praksis, noe som også vil kunne bidra til økt pasientsikkerhet.

## 7 Avslutning

### 7.1 Avsluttende betraktninger

Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere med masterkompetanse har med å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis.

Det har ikke vært et mål å trekke konklusjoner, men heller et ønske om å kartlegge erfaringer og funn som kan være med på å belyse en viktig og omfattende tematikk. Gjennom analyse av eget datamateriale i denne studien fremkom det to hovedtemaer; «Å arbeide kunnskapsbasert bidrar til en faglig forsvarlig praksis» og «Å jobbe kunnskapsbasert betyr å ha oppdatert kunnskap». Intensivsykepleierne i denne studien hadde et tydelig ønske om å arbeide kunnskapsbasert, har gode og relevante kunnskaper om kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode, og har meningsfylte refleksjoner om hvordan de kan praktisere det i egen klinisk hverdag. Erfaring- og kompetansedeling er et annet sentralt funn og indikerer at kollegial støtte og tverrfaglig kompetansedeling er en sentralt medvirkende faktor for påvirkning og medvirkning til å arbeide kunnskapsbasert hos intensivsykepleierne i studien. Intensivsykepleierne ønsker å få implementert en praksis hvor diskusjon, refleksjon og kunnskapsutveksling er i fokus, noe som vil kunne fremme muligheten til å arbeide kunnskapsbasert i avdelingen samt bidra til kompetanseheving hos den enkelte ansatte. Samtidig erfares det av deltakerne at det er lite fokus på kunnskapsbasert praksis hos kollegaer, fagsykepleiere og ledelse. Deltakerne møter flere barrierer relatert til tid og organisasjon som utfordrer deres kunnskapsbaserte praktisering, hvor det later til å tro at flere av disse kan sees i en sammenheng med at andelen intensivsykepleiere med masterkompetanse er i mindretall på intensivavdelingene.

Oppsummert viser denne studien positive funn oppimot holdninger masterutdannede intensivsykepleiere har til kunnskapsbasert praksis. Det identifiseres et ønske om å arbeide kunnskapsbasert med en forståelse for hva det vil kunne bringe for den enkelte intensivsykepleier, pasienten og intensivavdelingen. Intensivsykepleierne er bevisste egen handlingskompetanse og handlingsberedskap og formidler en viktighet av kompetanseheving og fagutvikling for å inneha den profesjonelle trygghet som behøves for å og ivareta pasientsikkerheten. Et annet aspekt under dette er intensivsykepleiernes ønske om et tettere og mer organisert samarbeid med legene på intensivavdelingen. Legene utpekes som viktige



støttespillere i den kliniske hverdagen, men er også en verdifull kilde for inspirasjon og læring til en mer kunnskapsbasert praktisering hos intensivsykepleierne.

Samtidig erfarer disse intensivsykepleierne å stå i bresjen av en kulturendring i intensivavdelingene med de utfordringene dette medfører. Funnene indikerer at intensivsykepleierne er bevisste sin rolle i denne endringen, men behøver å bli møtt på et mer organisatorisk- og ledelsesnivå for at kompetansen de har med å arbeide kunnskapsbasert kan bli nyttiggjort i intensivpraksis.

Når dette er sagt, må det understrekes at denne masteroppgaven er en liten studie med få deltakere. Det vil derfor kreve en større kartlegging av intensivsykepleiernes erfaringer med å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis for at funnene skal kunne generaliseres.

## **7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Denne studien forsøker å synliggjøre noen perspektiv på hvilke erfaringer intensivsykepleiere med mastergrad har med å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis. Funn og diskusjon kan forhåpentligvis være et bidrag til å løfte frem kunnskapsbasert praksis som en anvendbar metode i klinisk praksis i en intensivpraksis. En annen implikasjon for praksis er nødvendigheten av å kunne iverksette et kunnskapsbasert læringsfora for intensivsykepleiere med samarbeidende faggrupper på intensivten, som et prosjekt innenfor kvalitetsforbedring.

Som nevnt tidligere er dette en liten studie med et begrenset antall deltakere fordelt på to nivå 1- intensivavdelinger. Ved å kartlegge erfaringer til intensivsykepleiere med mastergrad nasjonalt vil man kunne ha mulighet for å frembringe et større og mer variert datamateriale, da en slik kartlegging også vil inkludere flere nivåenheter hos de ulike intensivavdelingene og dermed også ulike erfaringer fra de forskjellige nivåene. Resultatene vil kunne benyttes i å utvikle verktøy eller tiltak som kan bidra til at intensivsykepleierne kan arbeide kunnskapsbasert i større grad. Som både egne funn og eksisterende litteratur tilsier, er intensivavdelingene under en kulturendring hvor det forhåpentligvis blir flere intensivsykepleiere med masterkompetanse. Herunder ligger det også noe upløyd mark, blant annet en fullstendig oversikt over hvor mange intensivsykepleiere i Norge som besitter en mastergrad. Ved å gjøre en kartlegging av disse intensivsykepleiernes erfaringer av å arbeide kunnskapsbasert-, hva som muliggjør- eller hva som er begrensede faktorer, vil man kunne få undersøkt hva som må gjøres for å få implementert KBP i en intensivpraksis.

## Referanseliste

- Abuejheisheh, A., Tarawneh, O., Qaddumi, J., Almahmoud, O. & Darawad, W. M. (2020). Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines. *Inquiry: A journal of medical care organization, provision and financing.*, 57, 7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0046958020902323>
- Alatawi, M., Aljuhani, E., Alsufiany, F., Aleid, K., Rawah, R., Aljanabi, S. & Banakhar, M. (2020). Barriers of Implementing Evidence-Based Practice in Nursing Profession: A Literature Review. *American journal of nursing science*, 9, 35-42. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20200901.16>
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert - dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (1. utg.). TANO forlag.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011a). Clinical grasp and clinical inquiry: Problem identification and clinical problem solving. I P. Benner, P. Hooper-Kyriakidis & D. Stannard (Red.), *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (s. 27-66). Springer Publisher.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011b). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (2. utg.). Springer publisher.
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement and ethics*. (2. utg.). Springer publisher.
- Boge, J. & Martinsen, K. (2006). Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis. *Vård i Norden*, 26(2), 32-35. <https://journals-sagepub-com.mime.uit.no/doi/pdf/10.1177/010740830602600207>
- Bonner, A. & Sando, J. (2008). Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *Journal of nursing management*, 16, 334-343. <https://doi.org/https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1365-2834.2007.00808.x>
- Bruun, G. M. A. & Valeberg, T. B. (2021). Master i anestesi- og intensivsykepleie: en kartlegging av fagmiljøenes holdninger og forventninger. *Sykepleien forskning*, 1-19. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-83382.pdf>
- Cotterill-Walker, S. M. (2012). Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Educ Today*, 32(1), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.02.001>
- Dreyfus, L. H. & Dreyfus, E. S. (2009). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill IP. Benner, C. A. Tanner & C. A. Chesla (Red.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement and ethics*. (s. 1-24). Springer Publisher.
- Flaatten, H. & Søreide, E. (2010). Intensivmedisin i Norge. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2010/01/kronikk/intensivmedisin-i-norge>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleieutdanning* ((FOR-2005-12-01-1389) ). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094/KAPITTEL\\_7#§19](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3094/KAPITTEL_7#§19)
- Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere. (2020). *Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere* (LOV-1999-07-02-64-§51). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-11-19-2206?q=spesialistgodkjenning>
- Fossum, M., Opsal, A. & Ehrenberg, A. (2022). Nurses source of information to inform clinical practice: An integrative review to guide evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(5), 372-379. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/wvn.12569>
- Fu, Y., Wang, C., Muri-Cochrane, E. Dip, G. & Ed, A. (2020). The barriers to evidence-based nursing implementation in mainland China: A qualitative content analysis. *Nursing & Health Science*, 22(4), 1038-1046. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.12763>

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004a). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004b). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Meld.St.11* (Meld. St. 11). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/?ch=1>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hjelen, W. & Sagbakken, M. (2018). Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien forskning*, 13. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69422>
- Hjemås, G. & Jensen, A. (2020, 06.04.20). *Så mange intensivsykepleiere har vi til rådighet* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sa-mange-intensivsykepleiere-har-vi-til-radighet>
- Høgbakk, M. L. & Jakobsen, R. (2019). Kompetanse, faglig selvtillig og pasientsikkerhet - Erfart kompetansebehov hos intensivsykepleiere ved en intensivavdeling nivå 1 på et lokalsykehus. *Nordisk sykepleie forskning*, 9(4), 285-298. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-04-06>
- Jakobsen, E. S. (2015). *Mastergradene ingen trenger* Hentet 10.05.23 fra <https://forskning.no/helsetjenester-sykepleie-skole-og-utdanning/mastergradene-ingen-trenger/507378>
- Jordan, P., Bowers, C. & Morton, D. (2016). Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *Southern African Journal of Critical Care*, 32. <https://doi.org/https://doi.org/10.7196/SAJCC.2016.v32i2.253>
- Krøger, C. (2016). *Flere mastere? Skrekk og gru*. Hentet 10.05.23 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/25nx/flere-mastere-skrekk-og-gru-cathrine-kroeger>
- Kunnskapsdepartementet. (2005, 01.12.05). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Utdanning- og forskningsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lauvnes, M. & Konstante, R. (2015). Hvor stor bør en intensivavdelingen være? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 15. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2015--1379-81.pdf>
- Leonardsen, L. A. C. (2020). *Hva betyr det å være spesialist?* . Dagens Medisin. Hentet 23.04.23 fra <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/hva-betyr-det-a-vaere-spesialist/472570>

- Liland, H. I., Moe, V., Thomassen, S. & Lind, R. (2017). Jobber og underviser kunnskapsbasert. *Sykepleien forskning*, 105(8), 44-47.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63441>
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse - Om ulike former for evidens* (1. utg., Bd. 1). Akribe.
- Melnyk, B. M. (2017). The foundation for improving healthcare quality, patient outcomes, & costs with evidence-based practice. I B. M. Melnyk, L. Gallagher-Ford & E. Fineout-Overholt (Red.), *Implementing the Evidence-Based Practice (EBP) Competencies in Healthcare: A Practical Guide for Improving Quality, Safety, and Outcomes* (2. utg., s. 3-16). Sigma Theta Tau International.
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare* (3. utg.). Wolters Kluwer.
- Melnyk, M. B., Gallagher-Ford, L. & Fineout-Overholt, E. (2017). *Implementing the Evidence-Based Practice (EBP) Competencies in Healthcare: A Practical Guide for Improving Quality, Safety, and Outcomes* (2. utg.). Sigma Theta Tau International.
- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M. & White, N. (2010). Review: Toward Realizing the Potential of Diversity in Composition of Interprofessional Health Care Teams: An Examination of the Cognitive and Psychosocial Dynamics of Interprofessional Collaboration. *Medical care research and review*, 67(1), 3-26.  
<https://doi.org/10.1177/1077558709338478>
- Mohaupt J, van Soeren M, Andrusyszyn MA, Macmillan K, Devlin-Cop S & S., R. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *J Interprof Care*, 26(5). <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.673512>
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. utg.). Bokforlaget Daidalos.
- Mykkeltveit, I., Gundersen, E. M. & Dysvik, E. (2021). Master i spesialsykepleie i anestesivirksomhet, intensiv- eller operasjonssykepleie i Norge - Studenterfaringer etter gjennomført studie. *Nordisk sykepleie forskning*, 11(2), 113-125.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Folkehelseinstituttet  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat\\_2010\\_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet\\_v2.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf)
- Norsk anesthesiologisk forening & NSFLIS. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Hentet 7. oktober fra  
[https://www.nafweb.no/media/2021/03/Retningslinjer\\_for\\_Intensivvirksomhet\\_15104.pdf](https://www.nafweb.no/media/2021/03/Retningslinjer_for_Intensivvirksomhet_15104.pdf)
- Nortvedt, M. W. & Jamtvedt, G. (2009). Engasjerer og provoserer. *Sykepleien forskning*, 97.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0042>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon - Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal akademisk.
- NSF. (2020). *Hvorfor skal fremtidens spesialsykepleier ha mastergrad?* Hentet 20.08.22 fra  
<https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-09/hefte-hvorfor-skal-fremtidens-spesialsykepleier-ha-mastergrad.pdf>
- NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. NSF. Hentet 7. oktober fra  
[https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017\\_1.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf)

- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse - innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Polit, F. D. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Sandvik, K. G., Stokke, K. & Nortvedt, W. M. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? . *Sykepleien forskning*, 6(2), 160-167. <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/676333.pdf>
- Skjervheim, H. (2002). *Mennesket* (J. Hellesnes & G. Skirbekk, Red. 1. . utg.). Universitetsforlaget.
- Skogsaaas, B. & Valeberg, T. B. (2017). Hva mastergradskompetanse kan bidra med i klinisk praksis. *Sykepleien forskning*, 12. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63495>
- Snibsøer, A. K., Olsen, N. R., Espehaug, B. & Nortvedt, M. W. (2012). Holdning og adferd knyttet til kunnskapsbasert praksis. *Sykepleien forskning*, 7, 232-241. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0129>
- Stein-Parbury, J. & Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American journal of critical care*, 16(5), 470-477. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ajcc2007.16.5.470>
- Thistlewaite, J. & Dallest, K. (2014). Interprofessional teamwork: still haven't decided what we are educating for? *Medical education*, 48(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/medu.12471>
- UiT. (2021, 06.09.2021). *Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT*. UiT - Norges arktiske universitet. Hentet 29.01 fra [https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p\\_document\\_id=729095](https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p_document_id=729095)
- WMD. (2022, 06.09.22). *WMD Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. Hentet 29.01 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Aadland, E. (1998). *Og eg ser på deg - Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utg.). Universitetsforlaget.

# Vedlegg

## Vedlegg - 1 Søknad til forskningsfelt

### Søknad om tillatelse til å intervju intensivsykepleiere

Jeg heter Helle Didriksen og er student ved master i sykepleie – studieretning intensivsykepleie ved UiT Norges arktiske universitet. I denne sammenheng holder jeg på med et mastergradsprosjekt hvor jeg vil undersøke intensivsykepleiere med mastergradskompetanse sine erfaringer med å arbeide kunnskapsbasert i praksis. Min hensikt med dette prosjektet er å få kunnskap om hvordan intensivsykepleiere med mastergrad erfarer at mastergraden påvirker deres evne til å arbeide kunnskapsbasert i praksisfeltet.

Problemstillingen i studien er *«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis?»*.

Forskningsprosjektet er en kvalitativ studie hvor jeg vil tilnærme meg forskningsspørsmålet gjennom å undersøke informantenes erfaringer, tanker og meninger. For å få relevant data til prosjektet planlegges det å gjennomføre intervjuer med intensivsykepleiere. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålets formulering vil det være et inklusjonskriterium at potensielle deltagere har fullført en mastergradsutdanning i intensivsykepleie. Funnene i disse intervjuene vil være sentrale for analysen og diskusjonen i masteroppgaven. Det vil være ønskelig om du kunne være behjelpelig med å finne 2-4 informanter som kan stille til intervju. Intervjuene vil vare ca. 1 time.

Opplysningene som innhentes vil behandles etter Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og UiT sine retningslinjer. Datamaterialet vil behandles konfidensielt og vil ikke være sporbart tilbake til informanter eller avdelinger. Intervjuene vil bli tatt opp med diktafon og lagres på en kryptert server. Lydopptakene slettes når transkriberingen er gjennomført mens tekstmaterialet kodes og lagres til prosjektets slutt.

Deltakere får et utfyllende informasjonsskriv som informerer om prosjektet og deres rettigheter. Det er frivillig å delta i prosjektet og hver deltaker må skrive under på at det er et informert frivillig samtykke. Deltakere har rett til å trekke seg fra studien uten å måtte oppgi grunn og innhentet datamateriale fra informanten vil da slettes umiddelbart.

Intervjuene er planlagt å gjennomføres i januar/februar 2023, og prosjektslutt er i juni 2023.  
Min veileder på mastergradsprosjektet er Kjersti Sunde Mæhre.

Skulle det være noen spørsmål er jeg kontaktbar gjennom mail og telefon.

Håper på en positiv tilbakemelding på min søknad!

Vennlig hilsen

Helle Didriksen  
(student)  
tlf. 93627177  
e-post: [hellesaether@hotmail.no](mailto:hellesaether@hotmail.no)

Kjersti Sunde Mæhre  
(veileder)

**Vedlegg:**

Prosjektbeskrivelse  
Tillatelse fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)  
Informasjonsskriv til deltakere

**Kopi:**

Kjersti Sunde Mæhre  
Institutt for helse og omsorgsfag  
Det helsevitenskapelige fakultet  
UiT - Norges Arktiske Universitet

## **Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

### Forespørsel om deltakelse i masterprosjektet

#### ***«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis?»***

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor jeg planlegger å undersøke hvordan intensivsykepleiere med mastergrad erfarer å arbeide kunnskapsbasert med et utgangspunkt i en gjennomført mastergrad og hvilke verktøy det har gitt deg i din arbeidshverdag.

#### **Formål**

Formålet med masterprosjektet er å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere med masterkompetanse har med å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis. Gjennom individuelle intervju ønsker jeg å få høre dine erfaringer om å arbeide kunnskapsbasert på egen arbeidsplass. Basert på funnene som gjøres vil et tilleggsmål med dette prosjektet være å kunne publisere en artikkel, eventuelt bidra til forbedringsarbeid i praksisfeltet.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har tatt kontakt med din leder for å få hjelp til å rekruttere deltakere til mitt forskningsprosjekt. Det er ønskelig å intervju 4-6 intensivsykepleiere med gjennomført mastergrad. Du er valgt ut fordi din leder har vurdert at du samsvarer til dette kriteriet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Intensivsykepleiere med mastergrad som jobber klinisk i en intensivavdeling vil bli forespurt om å delta i forskningsprosjektet. Datamaterialet samles inn gjennom et semistrukturert individuelt intervju, hvor jeg og du vil være til stede under intervjuet. Det planlegges å gjennomføre intervjuet i januar/februar og vil foregå på din arbeidsplass eller et sted vi blir enige om. Deltakelsen i prosjektet innebærer at du må sette av cirka 1 time til intervjuet.

Prosjektet er godkjent hos Norsk Senter for Dataforskning, og ved å delta i studien vil du bidra med dine egne erfaringer vedrørende å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis.



Intervjuet tar utgangspunkt i en intervjuguide med planlagte spørsmål, men det primære målet er at du skal fortelle dine tanker, refleksjoner og erfaringer rundt temaet. Det vil bli brukt lydopptaker under intervjuet og notater skrives underveis. Opptaket vil transkriberes anonymt for analysing og resultatet presenteres i masteroppgaven.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du ønsker å delta vil det være nødvendig at du undertegner et skjema for informert frivillig samtykke. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke og all datamateriale tilknyttet din deltakelse vil bli slettet. Opplysningene som fremkommer i intervjuet benyttes kun til formål som er informert om i dette skrivet og de vil behandles konfidensielt og i samsvar med regelverk for personvern.

### **Ditt personvern – hvordan oppbevares og behandles dine opplysninger**

Studien forholder seg til Norsk Senter for forskningsdata- og UiTs retningslinjer og data vil behandles deretter. Dette betyr at innsamlede data behandles konfidensielt og i samsvar med personvernsregelverket. Intervjuet tas opp via en diktafon-app som overfører lydopptaket til et kryptert nettsted, hvor kun jeg og min veileder har tilgang til filen(e). Lydopptak vil kun bli hørt av meg i arbeidet med å transkribere lydfilen, men transkribert materiale vil leses av veileder. Når transkriberingen er gjennomført slettes lydopptaket.

Opplysningene som fremkommer i intervjuet vil kun benyttes til formål som er definert i informasjonsskrivet og eventuelle funn brukes som et grunnlag i masteroppgaven min. All data anonymiseres og ingenting av materialet som publiseres i masteroppgaven eller i en forskningsartikkel vil være sporbart tilbake til informanter eller tilhørende avdeling/sykehus.

### **Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 05.06.2023. Lydopptaket med dine personopplysninger slettes etter transkripsjon. Bearbeidet tekst vil lagres ut året 2024 for utarbeiding og publisering av forskningsartikkel.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Å få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT Norges arktiske universitet ved Helle Didriksen (student), tlf 93627177, e-post: [hellesaether@hotmail.no](mailto:hellesaether@hotmail.no) og Kjersti Sunde Mæhre (prosjektansvarlig/veileder) tlf 77058353, e-post: [kjersti.s.mahre@uit.no](mailto:kjersti.s.mahre@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, e-post [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller telefon 55582117

Med vennlig hilsen,

### Veileder

Kjersti Sunde Mæhre

### Masterstudent

Helle Didriksen

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg samtykker herved å ha fått informasjon om studien «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med masterkompetanse med å arbeide kunnskapsbasert i praksis?*» og er gjort kjent med at min deltakelse i prosjektet er frivillig – dette innebærer også at jeg kan trekke min deltakelse underveis.

Ved å signere bekrefter jeg å ha lest informasjonsskrivet og er villig til å la meg intervju.

.....  
Signatur studiedeltaker, sted og dato

## Vedlegg 3 – Intervjuguide

### **Innledning**

*Ønsker deltakeren velkommen, takke for deltakelse. Presentasjon av meg selv.*

*Informasjon om studien – gis utifra informasjonsskriv, er samtykke signert? Gjennomgå det praktiske ved intervjusituasjonen – repetere formål, bruk av lydopptaker, noen spørsmål fra deltaker?*

*Informere om min egen- og deres taushetsplikt, pasientfortellinger må anonymiseres.*

*Gjennomgang av hvordan data vil oppbevares og slettes i tråd med UiTs retningslinje for oppbevaring av forskningsdata.*

**Problemstilling:** *«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med mastergrad av å arbeide kunnskapsbasert i klinisk praksis»*

- Har det å ha skrevet en masteroppgave hatt noen betydning for din praksis som intensivsykepleier?
- Har masterutdanningen bidratt til at du arbeider utfra et kunnskapsbasert ståsted? På hvilken måte?
- Hvordan forholder dere i din avdeling til at klinisk praksis skal være grunnet i kunnskapsbasert praksis?
- 
- Erfarer du at avdelingen din har fokus på å arbeide kunnskapsbasert? Hva gjøres? Hva savner du?
- Erfarer du at det er forskjell i praktisering av kunnskapsbasert praksis hos int.spl med videreutdanning og int.spl med mastergrad?
- Hva vil du trekke frem som viktige kilder til kunnskap for deg i din kliniske hverdag?
- Hvordan holder de ansatte i din avdeling seg oppdatert på siste og beste kunnskap?
- Hvordan arbeider fagsykepleier ut mot de ansatte i din avdeling?
- Har du noe kjennskap til avdelingens retningslinjer eller prosedyrer for opplæring/veiledning i bruk av KBP?
- Hva opplever du som mest utfordrende med å arbeide kunnskapsbasert?

# Vedlegg 4 – Godkjenning fra SIKT

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

03.01.2023, 09:55



[Meldeskjema](#) / [Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med mastergradkompetans...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
400010

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
10.12.2022

### Prosjektittel

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med mastergradkompetanse å arbeide kunnskapsbasert i praksis?

### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### Prosjektansvarlig

Kjersti Sunde Mæhre

### Student

Helle Didriksen

### Prosjektperiode

02.01.2023 - 12.12.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 12.12.2024.

[Meldeskjema](#)

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedømmer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/63877d5b-1987-4d7b-ab54-933bcf4253df>

Side 1 av 2

