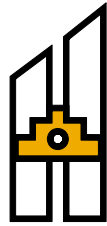


Kontekstuell balansering av kunnskap

Sykepleieres utfordringer ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus



HØGSKOLEN I BERGEN

Åste Renolen

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Institutt for kunnskapsbasert praksis

Avdeling for helse og sosialfag

Innleveringsdato 16.05.12

Mastergradsoppgave

Kontekstuell balansering av kunnskap

Sykepleieres utfordringer ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus

Tittel (norsk)

Contextual balancing of knowledge

Nurses' challenges in implementing evidence-based practice in hospital

Tittel (engelsk)

Åste Renolen

Forfatter (student)

Veiledere: Esther Hjälmhult og Grete Oline Hole

Innleveringsdato: 16.05.2012

Antall sider: 100

Antall ord kappe / artikkel: 13998 / 2998

Forord

Kunnskapsbasert praksis ble innført i Sykehuset Innlandet HF som et utviklingsprosjekt som varte fra 2006 til 2010. Det ble fokusert på områdene kompetanse, organisering, teknologisk infrastruktur og verktøy for kunnskapsstøtte. Et av tiltakene var å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer i dedikerte faggrupper. Jeg ble motivert til å undersøke hvordan disse sykepleiere ble i stand til å arbeide kunnskapsbasert, fordi jeg observerte at de i større grad begynte å etterspørre dokumentasjon på tiltak og ble mer kritiske til forskningsresultater. Denne empiriske studien om sykepleieres utfordringer ved implementering av kunnskapsbasert praksis er gjennomført i ulike divisjoner i sykehuset. Jeg ønsker å rette en stor takk til alle sykepleierne som brukt tid i sin travle hverdag til å dele sine erfaringer med meg. Uten dere hadde jeg ikke fått tilgang til data som har ført til denne mastergradsoppgaven.

Videre vil jeg rette en stor takk til min arbeidsgiver som har gitt meg fri, frihet og støtte gjennom hele studiet. Takk for at dere ser betydning av fagkunnskap i praksis. Takk også til NSF, NSFLSL Oppland og Lillehammer øl- og vinfond for økonomisk støtte i disse tre studieårene, og til mine kolleger for oppbakking og positiv innstilling.

I arbeid med mastergradsoppgaven har jeg fått verdifull kunnskap om implementering av kunnskapsbasert praksis og forskningsarbeid. Takk for samarbeid og tilbakemeldinger fra hovedveileder Esther Hjälmhult og biveileder Grete Oline Hole. En spesiell takk til Esther for den positive, rause og inspirerende måten du har formidlet dine omfattende kunnskaper og din glede over grounded theory på. For meg har det blant annet vært utfordrende å arbeide med begrepsliggjøringen. Derfor har din trygghet i at begrepene nok skal komme vært avgjørende for min tro på at jeg skulle klare dette. Arbeidet har stimulert min kreativitet, nysgjerrighet og åpenhet, og har til tider vært morsomt. En stor takk til Wenche Rinde for medvirkning i fokusgruppene, gjennomtenkte spørsmål og for inspirerende oppsummeringer. Takk til familie og venner for gode diskusjoner, innspill, støtte og forståelse for mine prioriteringer.

Lillehammer, mai 2012

Åste Renolen

Sammendrag

Denne masteroppgaven har som fokus å undersøke sykepleieres utfordringer når de skal arbeide kunnskapsbasert, etter at kunnskapsbasert praksis er implementert i Sykehuset Innlandet HF.

Bakgrunn: Føringer initierer bruk av kunnskapsbasert praksis innen sykepleie. Selv om sykepleiere har kunnskaper og positive holdninger, er det ikke ensbetydende med at de arbeider kunnskapsbasert. Vi mangler fortsatt kunnskap om hva som skal til for å oppnå en vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis.

Hensikt: Få innsikt i hva sykepleiere opplever som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert. Videre er målet å utvikle en teori som kan forklare hvordan de handler for å møte denne utfordringen.

Metode: Kvalitativ metode med grounded theory metodologi. Datainnsamling er foretatt ved hjelp av fokusgruppeintervju i fire grupper på fire ulike geografiske steder i samme sykehus. Totalt 14 sykepleiere deltok.

Resultat: Sykepleiernes viktigste utfordring var: Hvordan kan de vite hvilken kunnskap de kan stole på? Denne utfordringen var gjennomgående i all deres håndtering av kunnskapsbasert praksis, og løstes ved kjernekategoriene ”Kontekstuell balansering av kunnskap”. Hovedstrategiene sykepleierne hadde, var å ha spørrende tilnærming, undersøke kunnskap og å kontrollere egen praksis.

Konklusjon: Den genererte teorien setter søkelyset på hvordan sykepleierne stadig prøvde å tilpasse sine aktiviteter til ulike former for kunnskap i møte med pasienten, og samtidig bevare kontroll i praksis. De søkte etter kunnskap ut fra egen motivasjon, stolte på egen erfaring, ble påvirket av kontekstuelle forhold og stolte ikke uten videre på forskning.

Nøkkelord: Grounded theory, fokusgrupper, kunnskapsbasert sykepleie, prosedyre, arbeidsmiljø, implementering, erfaring.

Abstract

The focus of this master thesis is to explore nurses' challenges when they are working evidence-based, after implementing evidence-based practice in Innlandet Hospital trust.

Background: Guidelines initiates the use of evidence-based practice in nursing.

Although nurses have the knowledge and positive attitudes, it does not mean that they are working evidence-based. We still lack knowledge about what we need to achieve a successful implementation of evidence-based practice.

Objective: Get insight into what nurses perceive as the most important challenge when they are going to work evidence-based. Furthermore, the purpose is to develop a theory that can explain how they act to meet this challenge.

Methods: A qualitative method with grounded theory methodology. Data collection is carried out through four focus group interviews in different geographical locations in the same hospital. 14 nurses participated in the study.

Results: Nurses' main challenge was: How can they know what knowledge they can trust? This challenge was consistent in their coping of evidence-based practice, and was resolved by the core category of "Contextual balancing of knowledge". The nurses' main strategies, was to have inquiring approach, examining knowledge and to control their own practice.

Conclusion: The generated theory focuses on how nurses constantly tried to adapt their activities to various forms of knowledge when meeting the patient, while maintaining control in practice. They searched for knowledge from their own motivation, relied on their own experience, was influenced by contextual factors and did not necessarily trust research.

Key words: Grounded theory, focus groups, evidence-based nursing, procedure, working environment, implementing, experience.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	8
1.1 Hensikt og problemstilling	9
1.3 Begrepsavklaring og definisjoner	10
2. Kunnskapsbasert praksis som arbeidsform	12
2.1 Implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehuset	12
2.2 Kunnskapsbasert praksis som satsningsområde	14
2.3 Hva betyr det å arbeide kunnskapsbasert	15
3. Metode	18
3.1 Grounded theory metodologi	19
3.2 Datainnsamling	21
3.2.1 Utvalg	21
3.2.2 Fokusgruppeintervju	22
3.3 Dataanalyse	24
3.4 Kritikk av grounded theory	27
3.5 Metodiske svakheter og begrensninger	28
3.6 Etske overveielser	29
4. Kontekstuell balansering av kunnskap	32
4.1 Har spørrende tilnærming	33
4.1.1 Tar imot hjelp	34
4.1.2 Utarbeider kunnskapsbaserte fagprosedyrer	35
4.1.3 Lærer gjennom erfaring	35
4.1.4 Utveksler kunnskapsbaserte fagprosedyrer	36
4.2 Undersøker kunnskap	36
4.2.1 Leter etter relevant kunnskap	37
4.2.2 Tilpasser systemet	39
4.2.3 Kvalitetsvurderer kunnskap	39
4.3 Kontrollerer egen praksis	40
4.3.1 Vurderer bruksnytte	40
4.3.2 Tar egne avgjørelser	41
4.3.3 Tilrettelegger for bruk	42
4.3.4 Bruker vellykkede fagprosedyrer	43

4.4 Oppsummering av kontekstuell balansering av kunnskap	44
5. Diskusjon	46
5.1 Betydning av tilgjengelig kunnskap	46
5.2 Betydning av kvalitet og innhold	49
5.3 Læring i praksis	50
5.4 Bruk av kunnskapsbasert praksis	52
6. Konklusjon	54
6.1 Betydning for sykepleiepraksis	54
6.2 Betydning for videre forskning	55
7. Referanser	56
Artikkel	
Vedlegg I	Intervjuguide 1
Vedlegg II	Intervjuguide 2
Vedlegg III	Framlegging i REK
Vedlegg IV	Godkjenning i NSD
Vedlegg V	Godkjenning i Sykehuset Innlandet HF
Vedlegg VI	Særavtale mellom Sykehuset Innlandet HF og Høgskolen i Bergen
Vedlegg VII	Tillatelse fra personvernombud OUS
Vedlegg VIII	Informasjonsskriv
Vedlegg IX	Samtykkeskjema

1. Innledning

Det forventes at sykepleiere arbeider kunnskapsbasert og tilbyr pasienter i sykehus pleie og behandling ut fra beste tilgjengelige kunnskap. En internasjonal retningslinje anbefaler å bruke vitenskap for å støtte sin praksis, lese litteratur med kritisk tilnærming og bruke meta-analyser i eksisterende litteratur som er relevant for sykepleierens problemstillinger (RNAO, 2007). I ”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten”, skriver de at man forventer at faglige beslutninger i helsetjenesten skal bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kunnskapsbasert praksis blir trukket fram som et av områdene det skal satses på i de kommende år (ibid.). I Helse Sør Øst og i Sykehuset Innlandet HF, hvor jeg arbeider, forholder vi oss til strategiplaner og prosjektplaner. I sykehusets strategiplan er kunnskapsbasert praksis beskrevet som et prioritert satsningsområde (Sykehuset Innlandet HF, 2010). Det er viktig å forholde seg til disse føringene, fordi det forventes at kvalitet og sikkerhet ivaretas ved at pasientene får behandling og pleie ut fra den best tilgjengelige kunnskapen.

Forskning har imidlertid vist at 30-40 % av pasienter generelt ikke får behandling og pleie i henhold til eksisterende vitenskapelig kunnskap (Grol & Grimshaw, 2003). Det er en utfordring å implementere kunnskapsbasert praksis som en arbeidsform. Selv om sykepleiere har kunnskaper om kunnskapsbasert praksis og har positive holdninger, er det ikke dermed sagt at de arbeider kunnskapsbasert i sin hverdag (Tsai, 2003 ; Cadmus et al., 2008 ; Forsman et al., 2010 ; Hommelstad & Ruland, 2004 ; Oranta, Routasalo & Hupli, 2002). Flere studier har undersøkt effekt av ulike tiltak for å implementere kunnskapsbasert praksis, og vist til hvilke barrierer som påvirker implementeringen. Det kan være ulike strategier som virker, ut fra sammenheng og ressurser. Både resultater av undervisning og ulike barrierer er i stor grad avhengige av lokale forutsetninger i de enkelte miljøene (Foxcroft & Cole, 2000 ; Grimshaw et al., 2004 ; Grol & Grimshaw, 2003).

Å innføre som rutine at sykepleiere skal lese og bruke forskning som bakgrunn for avgjørelser i praksis innebærer en endring i måten å jobbe på (Iles & Sutherland, 2001). Iles & Sutherland omtaler dette som en overgangsendring som består av å slutte å gjøre

som man gjør, bevege seg til en ny fase og å integrere den nye måten å arbeide på (ibid.). Flere studier bekrefter sammenheng mellom organisasjonskulturen og utførelse av helsetjenester (Grol et al., 2007). I mitt arbeide som avdelingssykepleier i samme enhet i sykehuset i mange år, har jeg erfart at endringer noen ganger kan gjennomføres med enkle metoder, mens det andre ganger ikke lykkes. Ut fra det perspektivet er det ønskelig å få en større forståelse av hvilke faktorer i kulturen og i samspillet i enheten som har betydning for sykepleiernes muligheter til å kunne endre sin praksis. I arbeid med å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre, har jeg observert at noen av de som var med i større grad begynte å etterspørre dokumentasjon på tiltak, samt at de lærte om søk etter litteratur og ble mer kritiske til forskningsresultater. Dette motiverer meg til å undersøke hvordan disse sykepleiere blir i stand til å arbeide kunnskapsbasert i sin hverdag.

Denne masteroppgaven har derfor som fokus å undersøke hva som er sykepleiernes utfordringer når de skal arbeide kunnskapsbasert, etter at kunnskapsbasert praksis er implementert i sykehuset. Jeg har skrevet om bakgrunn for temaet, med fokus på kunnskapsbasert praksis som arbeidsform. Oppgaven er skrevet med artikkel som vil bli søkt for publisering i Sykepleien forskning. Metodologi og resultater er mer utfyllende beskrevet i kappen enn i artikkelen.

1.1 Hensikt og problemstilling

Studien bygger på et ønske om å få økt forståelse av hva som påvirket sykepleierne i implementeringen av kunnskapsbasert praksis. For å oppnå forbedringer i praksis som innebærer bruk av ny forskningskunnskap, kan det være hensiktsmessig å få kunnskap ikke bare om hvilke utfordringer som finnes, men også hvordan sykepleiere opplever utfordringene. Studien er på bakgrunn av dette, gjennomført med kvalitativ forskningsmetode (Malterud, 2003). Siden det var et ønske å undersøke sykepleiernes praksiserfaringer og samspill med andre, ble grounded theory som metodologi valgt (Glaser & Strauss, 1967 ; Lomborg, 2005). I tråd med beskrivelse i metodologien, er det formulert en åpen problemstilling, og ikke et konkret forskningsspørsmål (Glaser & Strauss, 1967).

Hensikt har vært å få innsikt i hva sykepleiere opplever som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert. Videre var målet å utvikle en teori som kunne forklare hvordan de handler for å møte denne utfordringen. Problemstillingen var: Hva opplever sykepleiere som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert?

1.3 Begrepsavklaring og definisjoner

Helsebiblioteket er et redaksjonelt uavhengig offentlig finansiert nettsted med gratis adgang til oppdatert kunnskap (Helsebiblioteket, 2012a).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) arbeider nasjonalt med forskning, kunnskapsbasert praksis, kvalitetsarbeid, pasientsikkerhet og kurs med mer (Kunnskapssenteret, 2012). På deres nettside er det mulig å søke kunnskap innen ulike områder.

Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer er et nettverk der fagfolk fra helseforetakene samarbeider om å lage kunnskapsbaserte prosedyrer som de deler med hverandre. Kunnskapssenteret gir metodestøtte og koordinerer arbeidet med prosedyrene, som gjøres tilgjengelig for alle via Helsebibliotekets hjemmeside. (Helsebiblioteket, 2012b).

Kunnskapsegget (kunnskapsegget.no) er et sted å søke etter den fagkunnskap som er tilgjengelig i Norge, laget av Sykehuset Innlandet HF. Der finner en kunnskap etter samme prinsipper som i Haynes S-pyramide, men med prioritering av relevant, kortfattet og pålitelig informasjon. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er plassert i toppen av egget, selv om det ikke er så mange der foreløpig. Kunnskapsegget er tilgjengelig på sykehusets intranettsider og på internett (Sykehuset Innlandet HF, 2012 ; Kunnskapssenteret, 2011)

EK er sykehusets elektroniske kvalitetshåndbok og utgjør et overordnet styringssystem. Alle prosedyrer er tilgjengelig i kvalitetssystemet, som er en del av EK.

Nortvedt et al. har definert *kunnskapsbasert sykepleie* slik:

”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon” (Nortvedt et al., 2007).

Innholdet i kunnskapsbasert sykepleie og kunnskapsbasert praksis innebærer ut fra definisjoner det samme. I denne oppgaven brukes begrepet kunnskapsbasert praksis, også i betydningen kunnskapsbasert sykepleie. Innholdet i kunnskapsbasert praksis blir ytterligere definert senere i oppgaven. Pasientenes ønsker og behov er fokus for sykepleierne i praksis, og er inkludert i alt de gjør. Det er imidlertid ikke fokus for denne oppgaven, og er ikke omtalt eksplisitt. Det er likevel ikke glemt.

Agree (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) er et verktøy for å synliggjøre kvalitet i retningslinjer. Det brukes også for fagprosedyrer, og viser omverdenen framgangsmåten og kvaliteten i utarbeidelsen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren (Helsebiblioteket, 2012b).

Jeg har valgt å bruke Helsebibliotekets definisjon på prosedyrer. En *prosedyre* er en angitt framgangsmåte for å utføre en aktivitet, og en *fagprosedyre* er en prosedyre som omhandler medisinsk eller helsefaglig aktivitet. En *kunnskapsbasert fagprosedyre* er en fagprosedyre som er utarbeidet etter minstekrav som følger 18 av Agree verktøyets 23 punkter. Metoderapport med all informasjon skal legges ved prosedyren og være tilgjengelig for brukeren (Helsebiblioteket, 2012b).

Sykepleierne forholder seg til *kunnskap* og søker etter kunnskap. Kunnskapen kan være informasjon i form av forskning i ulike kilder som fagprosedyrer, retningslinjer og artikler. I oppgaven blir dette sett på samlet, fordi søk etter kunnskap og bruk av kunnskap utgjør en problemstilling for sykepleierne i studien.

Sykehuset Innlandet HF består av fem somatiske divisjoner fordelt på seks geografiske steder i Oppland og Hedmark. Hver divisjon er delt i avdelinger, som for eksempel medisin og kirurgi. En avdeling består av flere enheter, som kan være poliklinikker eller sengeposter.

2. Kunnskapsbasert praksis som arbeidsform

Mine kunnskaper og erfaringer innen kunnskapsbasert praksis og implementering har naturlig nok påvirket min forforståelse i studien. Det kan ha gjort meg forutinntatt i forhold til hvilke resultater jeg skulle komme fram til, men har også gjort at jeg har kunnet være sensitiv og forstått innholdet i hva sykepleierne har snakket om. Teoretisk sensitivitet er viktig for utvikling av teorien (Glaser, 1978). Jeg har hele tiden vært bevisst på at min forforståelse ikke skulle hemme forskningsprosessen, men heller virke positivt i utvikling av begreper og i teoridannelsen. Glaser og Strauss var forsiktige med å studere litteraturen før det første teoretiske rammeverk i en studie var dannet, men så på grounded theory som en prosess i endring som kunne tjene på å studere andres arbeider (Polit & Beck, 2008, s.526). Det er ut fra det fornuftig å kjenne kunnskapsgrunnlaget før datainnsamlingen starter. Men den virkelige fordypning i litteraturen gjøres etter at funnene i undersøkelsen er definert. Hensikten er da å belyse og sammenstille teorien med annen forskning (ibid.). Dette er gjort i diskusjonskapittelet i oppgaven. I dette kapittelet har jeg beskrevet grunnlaget for kunnskapsbasert praksis som er relevant for studien.

2.1 Implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehuset

Sykehuset Innlandet HF startet i 2006 et samarbeid med Kunnskapssenteret, der målet var å utvikle et program for mer systematisk og eksplisitt kunnskapshåndtering i spesialisthelsetjenesten. Dette ble til Foretaksprosjektet, et utviklingsprosjekt som varte fra 2006 til 2010. Det ble utviklet et rammeverk for arbeid med kunnskapsbasert praksis for områdene kompetanse, organisering, teknologisk infrastruktur og verktøy for kunnskapsstøtte. Resultatene er oppsummert i en rapport (Kunnskapssenteret, 2011). Erfaringene var at arbeidet med å implementere kunnskapsbasert praksis er i en startfase. For å sikre at kunnskapsbasert praksis blir en integrert del av hverdagen i sykehusene, kreves en bred satsing i spesialisthelsetjenesten og fra aktører med ansvar for kvalitet i helsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2011). Det er blant annet gjennomført kompetanseheving i form av undervisning, kurs og seminarer i denne prosjektperioden. Det ble startet et prosedyreprosjekt som hadde som mål å etablere et system for å understøtte utvikling og bruk av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Fagprosedyrene

skulle være basert på gyldig forskningsbasert kunnskap og være lett tilgjengelige i praksis. Det ble etablert tverrfaglig sammensatte grupper av klinikere som skulle utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Gruppene fikk undervisning i metode og fikk hjelp til litteratursøk. Fagprosedyrene ble utarbeidet med hjelp av en veileder med gode kunnskaper i kunnskapsbasert praksis. Agree verktøyet ble brukt i arbeidet, og deltakerne lærte om de ulike trinnene i kunnskapsbasert praksis etter hvert som de ble aktuelle i prosessen. Disse trinnene kan deles inn i seks områder, som er beskrevet i Tabell I. Denne tabellen er utarbeidet ut fra Nortvedt et al.(2007) og DiCenso, Guyatt og Ciliska (2005, s.6).

Tabell I. Trinnene i kunnskapsbasert praksis

Trinn 1. Refleksjon	Reflektere over egen praksis og erkjenne et behov for informasjon.
Trinn 2. Spørsmålsformulering	Definere et eksakt pasientproblem eller en situasjon, og formulere et spørsmål. Finne ut hvilken type informasjon som er nødvendig for å løse problemet.
Trinn 3. Litteratursøk	Søke etter litteratur i relevante kilder tilpasset spørsmålet.
Trinn 4. Kritisk vurdering	Kritisk vurdere litteratur en finner og velge de beste studiene ut fra relevans, validitet og anvendbarhet.
Trinn 5. Anvendelse	Bruke resultater fra studiene sammen med pasientens preferanser og holdninger, etiske forhold, ressurser med mer og vurdere dette ut fra egen klinisk erfaring. Ta en beslutning og iverksette tiltak.
Trinn 6. Evaluering	Evaluere hvordan tiltakene virker i praksis ut fra betydningen det har for den enkelte pasient.

Arbeidet med fagprosedyrene ble gjennomført av personell som arbeidet i ulike divisjoner på flere geografiske steder i sykehuset. Dette innebar bruk av ressurser i form av reisetid i tillegg til arbeidstid. De kunnskapsbaserte fagprosedyrene ble gjort tilgjengelige i toppen av Kunnskapsegget og i kvalitetssystemet etter hvert som de ble ferdige. Divisjonene og avdelingene hadde ellers egne fagprosedyrer som lå under deres domene i kvalitetssystemet. Utover dette hadde de overordnede fagprosedyrer felles for sykehuset, som ikke var kunnskapsbasert. Sykepleierne kunne søke opp og bruke alle prosedyrene i sykehuset, totalt omkring 6000. I tillegg til å finne kunnskap ved hjelp av fagprosedyrer, hadde og har sykepleierne fortsatt tilgang til å søke etter kunnskap i Helsebiblioteket og i Kunnskapsegget, og ellers hvor kunnskap er tilgjengelig. Det ble totalt sette en uoversiktlig situasjon med tilgang til ulike typer fagprosedyrer og annen kunnskap på ulike steder.

2.2 Kunnskapsbasert praksis som satsningsområde

Ulike undervisnings- og veiledningsmetoder innenfor kunnskapsbasert praksis har ført til at sykepleiere har fått økte kunnskaper innen området. I en studie hadde sykepleiere som gjennomgikk et intensivt opplæringsprogram over åtte uker fått økte kunnskaper om kunnskapsbasert praksis. De fikk også mer positive holdninger enn gruppen de ble sammenlignet med. Disse resultatene var signifikante (Tsai, 2003). Det var imidlertid ikke signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til bruk av forskning i praksis (ibid.). Det kan bety at undervisning på denne måten ikke uten videre bidrar til at sykepleiere bruker forskning i praksis. Mye av forskningen om temaet preges imidlertid av at mange studier er av relativt dårlig kvalitet eller at undervisningstiltakene ikke er entydige nok til at de kan brukes av andre. Dette gjør at en ikke kan trekke klare konklusjoner om hvilke tiltak som er best egnet for å få sykepleiere til å arbeide kunnskapsbasert. Undervisningstiltak som utdanningsmøter, utdanningsveiledning, bruk av lokale opinionsledere samt audit og feedback har vist seg å ha noe bedre resultater enn andre tiltak for å fremme bruk av kunnskapsbasert praksis (Forsetlund et al., 2009 ; O'Brien et al., 2007 ; Doumit et al., 2007 ; Jamtvedt et al., 2006). Audit og feedback beskrives i denne sammenhengen som en oppsummering av klinisk utførelse av helseomsorg i en bestemt tidsperiode (Jamtvedt et al., 2006). Selv om opplæring og utdanning av sykepleiere altså har medført noe mer bruk av kunnskapsbasert praksis, mangler det fortsatt kunnskap om hvordan en kan øke bruken ytterligere (Thompson et

al., 2007 ; Tsai, 2003 ; Greenhalgh, 2010). Thompson et al. (2007) konkluderer med at lite er kjent om hvordan bruk av forskning innen sykepleie kan økes ytterligere. De sier at videre forskning må identifisere hvilke intervensjoner som er effektive.

Utarbeidelse og implementering av kunnskapsbaserte fagprosedyrer for sykepleiere, er beskrevet i et prosjekt innen militære sykehus (Kenny et al., 2010). Resultatene kan være overførbare til sivile sykehus. De fant ut at det har stor betydning hvor stor arbeidsbelastningen er og hvor mye støtte ledelse og organisasjonen gir. Det er også vesentlig at sykepleierne opplever innholdet i prosedyren som hensiktsmessig i forhold til oppgavene som skal løses (ibid.).

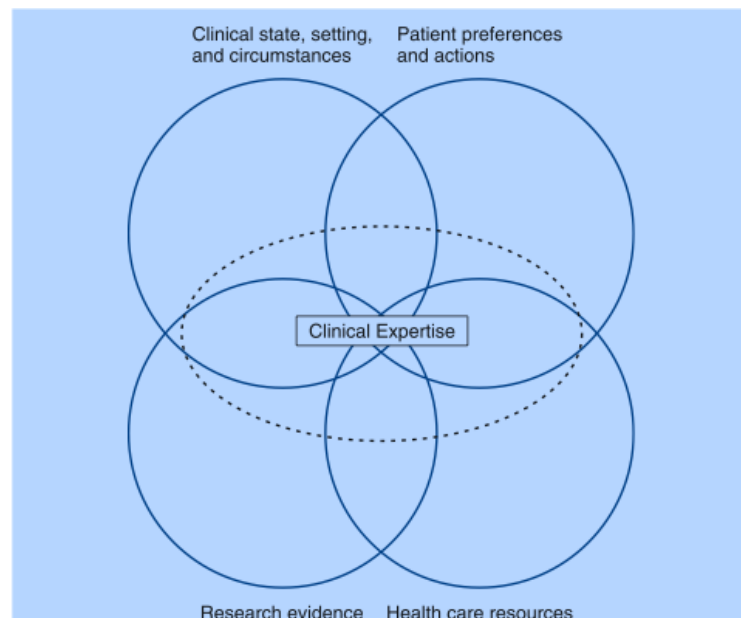
Muligheten for å lykkes med endringer øker hvis en har en lærende organisasjon. For å få en lærende organisasjon, må en oppmuntre til fri og åpen diskusjon og toleranse for ulike synspunkter. Man må også akseptere at ulike meninger, kritikk og konflikter kan være positivt (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Det finnes trekk i gruppekultur som kan virke hemmende på læring. Det kan en for eksempel se hvis en gruppe har en godt innarbeidet rutine som de mener er riktig utført, og noen utenfra informerer dem om at de må endre rutinen fordi den ikke er riktig. Gruppen kan da reagere med motstand. Man kan også utvikle fiendskap utad og enda sterkere samhold innad, for å beskytte seg mot endringer (ibid.).

2.3 Hva betyr det å arbeide kunnskapsbasert

Evidensbasert praksis og evidensbasert medisin er kommet mer og mer inn i helsefagene fra årtusenskiftet, og i Norge fikk vi begrepet kunnskapsbasert praksis med samme betydning som evidensbasert praksis (Martinsen & Eriksson, 2009). Innholdet i begrepene ble lite diskutert, og det ble ikke klarlagt hvilket kunnskapsgrunnlag begrepene er bygget på og i hvilke situasjoner kunnskapen kunne fungere (ibid.). I følge Martinsen og Eriksson (2009), er den evidensbaserte medisinenes anliggende å innhente kunnskap fra statistikk og randomiserte forsøk, og bruke denne kunnskapen som sikker kunnskap i praksis. De påpeker at evidens i sykepleie er mye mer enn dette, og at kunnskapsbasert praksis må romme flere former for kunnskap der fokus er ulike evidensformer som alle er likeverdige. Dette viser at det kan være ulike oppfatninger av

kunnskapsbasert praksis, ut fra hva man legger i forholdet mellom faktorene og hvordan de blir brukt i beslutninger.

Det er derfor viktig i denne sammenhengen å belyse hva kunnskapsbasert praksis kan innebære, og hvordan det er forstått i denne oppgaven. Når en arbeider kunnskapsbasert, tar en beslutninger basert på elementene i definisjonen, ut fra den konkrete situasjonen. Haynes, Devereaux og Guyatt (2002, s.37) har beskrevet en modell for å ta kunnskapsbaserte kliniske beslutninger, som de har videreutviklet i tråd med tanken om hvordan en bør ta beslutninger. DiCenso, Guyatt og Ciliska (2005, s.5) har utviklet modellen ytterligere, se Figur 1.



Figur 1. A model for evidence-based clinical decisions (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005, Figure 1-1, s.5)¹

I denne modellen er klinisk ekspertise ikke en av tre faktorer en tar beslutninger ut fra, men den sentrale faktoren som de andre faktorene integreres med, før en beslutning blir tatt (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002 ; DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). Det viser

¹ The Figure 1-1 was printed in *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*, page 5. Copyright Elsevier 2005. It is printed in this thesis with permission from Elsevier Limited. The Figure was modified from Figure 2 in: Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. (2002) *Evidence-Based Medicine*, 7 (2), s. 36-38. Copyright 2002. The Figure is reproduced with permission from BMJ Publishing Group Ltd.

til vår evne til å bruke grunnleggende kliniske ferdigheter og tidligere erfaring til å identifisere og vurdere de ulike faktorer som har betydning for beslutninger. Dette er å ta hensyn til pasientens kliniske tilstand, situasjon og omstendigheter, pasientens preferanser og handlinger, god klinisk relevant forskning og ressursmessige forhold (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005). Fokuset her viser hvordan kunnskapsbasert praksis inkluderer ulike og likeverdige kunnskapskilder, og hvordan det kan brukes på en god måte innen sykepleie.

Sykepleieren må ha en evne til å forstå pasientens situasjon som syk, for å kunne bistå pasienten i å gjenvinne egen helse og mestring. Oppmerksomheten på den sykes erfaringer som syk og hjelpetrengende utgjør kjernen i utøvelsen (Nortvedt, 2008). Samtidig må sykepleieren utøve sykepleie ut fra den beste kunnskapen som finnes tilgjengelig. Prosedyrer må forstås i lys av kunnskapsmessige forutsetninger, det vil si det som ligger til grunn for sykepleiekunnskapens anvendelse og utøvelse. Det betyr at kunnskapen og prosedyrene er vevet sammen med empatisk forståelse og håndlag i sykepleien (ibid.). Noen ganger bruker sykepleieren hovedsakelig kunnskaper fra forskning. Det kan for eksempel være kunnskap relatert til hygieniske prinsipper eller stell av sår. Andre ganger bruker sykepleieren mest erfaringene fra møte med pasienter, eller baserer tiltakene sine mest på pasientens synspunkter. Sykepleieren må selv vurdere tiltakene i hvert enkelt møte med pasienten, med god oversikt over kunnskapsgrunnlaget som utgangspunkt for avgjørelser. Avgjørelser bør tas sammen med pasienten, så langt det lar seg gjøre.

3. Metode

Metode kan forklares som selve forskningsaktiviteten, det vil si hvordan forskeren utfører de praktiske aktiviteter som bestemmelse av utvalg, datainnsamling, dataanalyse og rapportering (Carter & Little, 2007). Et vitenskapelig arbeid har som mål å utvide vår erkjennelse. Det er da grunnleggende å benytte metoder som er relevante og passende for problemstillingen vi vil belyse (Thornquist, 2003). Når jeg ser noe eller tenker noe om noe, ser jeg det bestemt av min teori om det jeg ser (Holm, 1998, s.16). Tankene forskeren har gjort seg i forhold til problemstillingen, er derfor påvirket av egne erfaringer og eget syn. Ut fra dette velger forskeren sin metode og metodologi. I hovedsak står valget mellom kvantitativ og kvalitativ forskning, ut fra tanker om problemstillingen, hvordan spørsmålet er definert og hvordan data samles inn og bearbeides (Polit & Beck, 2008, s.13-18). Kvantitativ forskning er grunnlagt i positivisme, og kjennetegnes av at resultatene er grunnet i realiteter og fakta, heller enn av personlige meninger. I den kvalitative forskningen som er naturalistisk, er fokuset mer på den menneskelige erfaring, og data er fortellende og subjektive (ibid.).

Forskningsspørsmålet i denne studien søker informasjon om sykepleiernes opplevelser når de skal arbeide kunnskapsbasert. Ut fra det har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder egner seg når man vil prøve å forstå hvorfor mennesker gjør som de gjør i et helhetlig perspektiv (Polit & Beck, 2008, s.17 ; Malterud, 2003). Vi vet ikke nok om samspillet mellom undervisning, personer og miljø i sykehuset, og hva det har å bety for motivasjonen til å arbeide kunnskapsbasert. Det er derfor nyttig å studere dette ved hjelp av kvalitativ forskning. Fenomenologi som metodologi kunne vært et alternativ, siden fenomenologien er opptatt av hvordan erfaring og kunnskap etableres , og har fokus på andre menneskers erfaringsverden (Thornquist, 2009, s.189-92). Jeg har imidlertid ut fra problemstillingen hovedfokus på samhandling i miljøet, og har derfor valgt å ta utgangspunkt i grounded theory som metodologi. Metodologi kan defineres som beskrivelse, forklaring eller rettferdiggjøring av metoden, og ikke metoden i seg selv (Kaplan, 1964, s.18 ; Carter & Little, 2007).

3.1 Grounded theory metodologi

Grounded theory (GT) ble grunnlagt av sosiologene Barney G. Glaser og Anselm Strauss på 1960-tallet. Glaser kom fra Columbia University og et miljø med kvantitativ forskning, mens Strauss kom fra Chicago University og kvalitativ forskning (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1998/2010 ; Hartman, 2001). Dette forente de i sin felles forskning om døende på sykehus (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1998/2010). De kalte selve ”oppdagelsen” av teori fra data for grounded theory (Glaser & Strauss, 1967, s.1). Glaser og Strauss utviklet etter hvert hver sin retning av metodologien, der Glasers retning betegnes som den klassiske. Et aspekt i den klassiske retningen, er at forskeren skal gå åpent inn i undersøkelsen uten en ferdig spesifikk problemstilling og være sensitiv for informasjon som kommer (Glaser & Strauss, 1967 ; Hartman, 2001). Andre sentrale aspekter ved Glasers klassiske retning er at datainnsamling og datanalyse foregår samtidig, og at teorien gradvis vokser fram og blir tydelig for forskeren. Dette betegnes med begrepet ”emerge”, som er svært sentralt (Glaser, 1978). Jeg vil forholde meg til den klassiske retningen i det videre arbeidet i studien.

Motivasjon for Glaser og Strauss var å oppnå induktiv utvikling av nye teorier, som hadde feste i praksis (Glaser & Strauss, 1967 ; Lomborg, 2005). Induktiv kan defineres som en slutning som går fra det enkelte til det generelle (Berulfsen & Gundersen, 1978). Dette vil si at forskeren systematisk samler data fra praksisfeltet, finner deltakernes hovedproblem (main concern) og bruker dette til å forme en ny teori om temaet, som søker å forklare hvordan mennesker identifiserer og løser en utfordring (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978). Måten de løser hovedutfordringen på, utgjør kjernekategoriene. Metodologien egner seg for å undersøke sosiale fenomener – politiske, utdanningsmessige, økonomiske og industrielle. (Glaser & Strauss, 1967). GT egner seg derfor til å undersøke sykepleieres praksiserfaringer, utdannelsesforløp og samspill med andre (Lomborg, 2005).

GT har sine røtter i symbolsk interaksjonisme og amerikansk pragmatisme. Symbolsk interaksjonisme kjennetegnes ved at vi som mennesker handler ut fra den mening som samhandling med andre mennesker har for oss. Det er først i sosial interaksjon med andre at mening blir skapt. Meningene håndteres og tilpasses gjennom en fortolkende prosess som vi bruker i møte med andre (Lomborg, 2005 ; Bunch, 1998). Amerikansk

pragmatisme kjennetegnes ved at tenkningen har karakter av utforskning der fakta og meninger skapes i en konstant vekselvirkning mellom erfaring, meningsdannelse, problemløsning og teoridannelse (Lomborg, 2005). Når sykepleiere bruker kunnskap i praksis, gjør de det i samhandling med hverandre, leger, pasienter, pårørende med flere. I denne studien brukes derfor GT for å utforske hva som er den største utfordringen eller hovedproblemet for sykepleierne i denne samhandlingen. Ut fra dette formes en teori om temaet. Datainnsamlingen i studien er gjennomført ved bruk av fokusgruppeintervju.

Innen GT er det et ønske å utvikle en teori mellom ytterpunktene av en abstrakt teori og konkrete arbeidshypoteser (Glaser & Strauss, 1967 ; Hartman, 2001). Glaser og Strauss (1967) beskriver to ulike typer teorier på dette mellomnivået, formal teori og substantiv teori. Formale teorier er utviklet for begrepsmessige områder av sosiologiske undersøkelser. Substantive teorier er utviklet for erfaringsmessige områder av sosiologiske undersøkelser, som for eksempel pasientomsorg, relasjoner mellom raser, kriminalitet eller profesjonell utdanning (Glaser & Strauss, 1967, s.32-33). I denne studien er det en substantiv teori som skal utarbeides, og det er derfor også substantive koder en arbeider med.

Den genererte teorien er basert på en samling kategorier, deres egenskaper og interne relasjoner. Kriteriene for at teorien er ferdig, er at man har oppnådd teoretisk metning i innsamlede data. Det vil si at mer informasjon ikke lenger tilfører noe nytt (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1998/2010).

Det er videre definert fire sentrale kriterier for å kunne vurdere om teorien man har utarbeidet virkelig er GT. Det grunnleggende er at teorien skal stemme med data (*fit.*), den skal fungere i praksis og forklare hva som skjer (*work*), den skal være relevant (*relevance*) og den skal kunne endres ut fra nye data (*modifiability*) (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978 ; 1998/2010). Det mest grunnleggende kriteriet er *fit* . Den genererte teorien og begrepene skal stemme med data, slik at teorien passer til det substantive området den skal brukes i. Det gjør den når teorien er vokst fram fra de empiriske data, og ikke fra forutinntatthet eller andre teorier. De tre andre kriteriene vil da trolig støtte opp om teoriens egnethet. Når grounded theory blir gjort bra, bekrefter den seg selv (Glaser, 1998/2010).

3.2 Datainnsamling

I kvalitativ forskning er det regler for hvordan en undersøkelse skal utføres for at resultatet skal være vitenskapelig (Hartman, 2001). For GT innebærer dette at forskeren benytter seg av induktiv metode i første fase av datainnsamlingen (Glaser, 1978). Data analyseres og en prøver å finne sammenheng mellom ulike egenskaper. Her innføres så et deduktivt element i undersøkelsen, ved å etablere et nytt utvalg basert på antakelser formet ut fra de første dataene. Dette innebærer å benytte teoretisk utvalg, som er sentralt i GT. Etter hvert som data samles inn og blir analysert, får en informasjon som er med på å bestemme videre utvalg. Slik kan en få data som belyser det som så langt er funnet (Glaser, 1978 ; Pope, Mays & Popay, 2007).

Det deduktive element innføres når en har begynt å definere kjernekategori, og bestemmelse av utvalg samt gjennomføring av datainnsamling og dataanalyse foregår interaktivt (Glaser, 1978 ; Hartman, 2001). Hvis sammenheng mellom egenskapene er entydig, og datamaterialet er tilstrekkelig stort, kan forskeren trekke slutningen at sammenhengen er generell, den finnes ikke bare i datamaterialet. På denne måten kan en både generere og verifisere en generell hypotese ut fra datamaterialet (Glaser, 1978).

I prinsippet er det mulig å benytte både kvalitative og kvantitative data innen GT (Glaser, 1998/2010, s.28-32). Det er grunnleggende at alt kan være data, så sant det er relevant for problemstillingen (ibid.). Datainnsamling i kvalitativ metode kan for eksempel utføres ved observasjon, individuelle intervju eller ved fokusgruppeintervju (Carter & Little, 2007). Data i studien er samlet inn ut fra ønsket om å oppnå variasjon og bredde med mye mening og informasjon i datamaterialet, som anbefalt i GT (Glaser, 1978).

3.2.1 Utvalg

I en kvalitativ studie er det viktig å ha et strategisk utvalg, slik at materialet belyser problemstillingen (Malterud, 2003). Informasjonsrikdom er det viktigste, og et adekvat kriterium for et godt utvalg (Polit & Beck, 2008 ; Malterud, 2003). I studien har jeg tatt utgangspunkt i problemstillingen for å bestemme utvalget. Siden utfordringene med å implementere kunnskapsbasert praksis er kjent, var det hensiktsmessig å se på hva de

som har kunnskaper og erfaringer innen området gjør. Det var også viktig å velge en homogen gruppe med felles bakgrunn, der sykepleierne var i samme situasjon, og en kunne studere erfaringen til den spesifikke gruppen (Artinian, 2009). Hadde jeg valgt en gruppe uten særlig kunnskaper eller en blandet gruppe, er det ikke sikkert jeg ville fått relevant informasjon eller tydelige resultater.

Jeg ønsket å studere sykepleiere som hadde vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer i sykehuset. Dette var omkring 40 sykepleiere som ble valgt ut på bakgrunn av at de alle hadde vært gjennom opplæringsprogram og arbeidsmetode innen kunnskapsbasert praksis, som beskrevet i kapittel 2.1. Planen var i utgangspunktet å gjennomføre fire til fem fokusgruppeintervju på ulike steder i sykehuset. I løpet av perioden inviterte jeg 28 sykepleiere, hvorav 14 deltok. Ytterligere fire var villige til å delta, men kunne ikke møte på det avtalte tidspunkt. De resterende ti svarte at de ikke ville eller kunne delta, eller de lot være å svare. Det var ellers en forutsetning at de hadde lyst og evne til å dele sine erfaringer med andre i en samtale.

3.2.2 Fokusgruppeintervju

I GT er det vanlig å foreta datainnsamling ved hjelp av observasjoner og dybdeintervju (Polit & Beck, 2008, s.230). Artinian (2009) sier data vanligvis samles inn ved hjelp av intervju. I følge Glaser kan imidlertid alle former for datainnsamling tas i bruk (Glaser, 1978 ; 1998/2010). Jeg valgte i studien å intervju sykepleierne i fokusgrupper.

Fokusgruppeintervju er godt egnet når ønsket er å belyse sosiale gruppers samspill, normer og fortolkninger (Halkier, 2008), og er derfor egnet innen GT. Videre har deltakerne mulighet til å spørre hverandre og kommentere hverandres erfaringer ut fra en kontekstuell forståelse som forskeren ikke har. Dette kan gi forskeren mer komplekse data (Halkier, 2008). Dette gjorde at jeg valgte fokusgrupper framfor individuelle intervju. Jeg vurderte ikke observasjon som et alternativ, siden situasjoner der sykepleiere søker etter kunnskap kan komme sporadisk, og ville kreve uforholdsmessig mye tid sett i forhold til datarikdom. Her kan jeg som forsker ha gått glipp av informasjon direkte relatert til sykepleierens kontekst. En begrensning ved bruk av fokusgrupper, er at noen kan holde tilbake informasjon i gruppen, slik at ikke alle forskjellige perspektiver kommer fram. Imidlertid kan samme begrensning også gjelde for individuelle intervju (Halkier, 2008).

I fokusgruppeintervjuet presenterer moderatoren emnene som skal diskuteres og leder gruppen gjennom ordvekslingen. Moderatoren må kunne skape en åpen og positiv atmosfære, slik at deltakerne kommer med sine ulike synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har som forsker vært moderatoren i studien, og i tillegg hatt med en komoderator i de tre første intervjuene. Hun observerte og fanget opp viktige momenter utover det jeg som moderator fikk tak i. Dette opplevde jeg som svært nyttig, og i følge Kvale og Brinkmann (2009) begrunnes det i at et livlig samspill i gruppen kan gi moderatoren redusert kontroll over intervjuet. Videre kan det være bra å ha en å diskutere med i etterkant. Det opplevde jeg også som nyttig og klargjørende i f.h.t. forståelsen av hva som kom frem og hva intervjuet hovedsakelig handlet om. Komoderatoren har gode kunnskaper i kunnskapsbasert praksis, og erfaring i utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

Jeg fulgte en plan med en tidsramme på en time for hvert intervju (Malterud, 2003). Dette ga mye informasjon, og begrensning i tid gjorde at tidsrammen virket fornuftig. Jeg gjennomførte intervjuene som semistrukturerte intervju, ut fra en intervjuguide med forslag til spørsmål (Vedlegg I). Disse spørsmålene sirkler inn temaet i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne intervjuguiden ble brukt i den første fokusgruppen. Etter å ha analysert data i første intervju, gjorde jeg endringer til en ny intervjuguide som viste seg å passe for resten av fokusgruppeintervjuene (Vedlegg II).

Anbefalt antall deltakere i en fokusgruppe varierer. I litteraturen er det vist til suksessfulle fokusgrupper med tre til fire deltakere, så vel som ti til tolv (Halkier, 2008, s.34). Det er vesentlig å tilpasse antallet ut fra om målet er sensitive data eller så mange perspektiver som mulig (ibid.). Jeg vurderte ut fra dette at fem til seks deltakere i hver gruppe var optimalt. Det ga mulighet for å oppnå god gruppedynamikk, samtidig som risikoen var liten for at det ble for få i gruppen. I de enkelte intervjuene deltok fra fem til to sykepleiere. Frafall skyldtes at noen sykepleiere ikke kunne gå fra arbeidet fordi det var travelt på det aktuelle tidspunkt. Utover de fire fokusgruppene, gjennomførte jeg et individuelt etterintervju etter initiativ fra en av deltakerne.

Jeg ønsket å intervju grupper fra ulike geografiske steder i sykehuset, fordi jeg ville at resultatene skulle gi et bilde på situasjonen for populasjonen i hele sykehuset. Ved å

intervjue sykepleierne i grupper der de lokalt hørte sammen, kunne jeg til en viss grad ivareta ønsket om en homogent sammensatt gruppe for å oppnå god gruppedynamikk (Polit & Beck, 2008). Samtidig ga dette også muligheter for å få frem miljømessige faktorer som kunne ha betydning for deres bruk av forskning i praksis. Jeg gjennomførte totalt fire fokusgruppeintervju ute på sykepleiernes arbeidsteder, det vil si på fire forskjellige geografiske steder. Intervjuene ble gjennomført i løpet av en tremåneders periode.

Da jeg begynte å ane hva dette handlet om, kunne jeg styre datainnsamlingen etter det, ved hjelp av teoretisk utvalg. I praksis var det litt problematisk fordi jeg hadde tidsbegrensninger og måtte gjøre avtaler med sykepleierne til neste intervju før jeg var ferdig med å analysere intervjuet jeg holdt på med. Jeg benyttet meg imidlertid av ressurspersoner rundt i sykehuset for å finne sykepleiere som kunne gi mye informasjon, og planla datainnsamlingen etter det.

3.3 Dataanalyse

Det er vanlig at intervju i kvalitativ forskning spilles inn og transkriberes i sin helhet (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er imidlertid i strid med Glasers holdninger. Han mener det ikke er behov for fullstendige innspillinger av intervjuer i GT, og anbefaler det ikke (Glaser, 1998/2010, s.123-9). Det gir forskeren unødvendig mye data og forsinker prosessen. Glaser mener forskeren heller skal skrive litt under intervjuet og ellers etter gjennomføringen. Det en eventuelt mister, kommer en på når det blir relevant. (Glaser, 1998/2010, s.123-129). For meg virket dette fornuftig, fordi det ville stimulere sanser og kreativitet i forskningen. Jeg tenkte også det kunne være bedre å bruke tiden på å gjennomføre flere intervjuer. For å være sikker på å få med meg viktig informasjon, valgte jeg likevel å ta opp og transkribere de to første intervjuene. Dette sikret at jeg fikk med meg flest mulig momenter i den åpne kodingen, samtidig som jeg kunne høre igjen hvordan kommunikasjonen var i gruppen. I det andre intervjuet kom det fram flere nye momenter, så jeg valgte å transkribere de neste intervjuene også. Jeg transkriberte ordrett alle intervjuene selv, og fikk svært god innsikt i datamaterialet.

I GT begynner første bearbeidelse av data så fort de første data er innsamlet (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978). Etter at første intervju var transkribert, gikk jeg gjennom

materialet setning for setning, og satte navn, eller substantive koder, på utsagn og hendelser (indikatorer) ut fra innholdet. Dette utgjør den første fasen i dataanalysen med åpen koding, der man koder alt i data. Indikatorene ble sammenlignet med hverandre til en substantiv kode ble generert, og indikatorene ble etter hvert sammenlignet med kodene etter Glasers begrepsindikatormodell (Glaser, 1978, s.62). Etter andre intervju gjennomførte jeg åpen koding på samme måte. Dataanalysen fortsatte så ved å generere kategorier og deres egenskaper gjennom den konstant sammenlignende metode (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978 ; 1998/2010). De substantive kodene ble sammenlignet med hverandre og samlet i totalt 17 foreløpige kategorier. Ved å stadig sammenligne koder med koder, blir en kategori generert. Ved å konstant sammenligne hver kode med andre koder og kategorier, genereres meningsfulle egenskaper hos kategoriene. Denne konstante sammenligningen gir et betydelig rikere utbytte av begrep, og forholdet mellom dem – enn hva som kommer ut av å bare summere. En teori genereres. Den konstante sammenligningen sikrer at den genererte teorien er integrert i data og stemmer med data (Glaser, 1998/2010). Parallelt med kodingen skrev jeg notater om ideer til mulige sammenhenger i dataene. Disse notatene, også kalt memos, brukes til selve teoridannelsen, og er med på å danne grunnlaget for hvilken informasjon man søker i neste intervju (Glaser & Strauss, 1967 ; Glaser, 1978 ; 1998/2010).

Etter andre intervju begynte jeg å ane hva dette handlet om, kjernekategori vokste fram og kodingen gikk etter de neste intervjuene gradvis over til å bli mer selektiv. Med selektiv koding menes at forskeren koder det som er relevant i forhold til kjernekategori (Glaser, 1978). Kjernekategori skulle gjenspeile hovedkategoriene i forhold til hva sykepleierne gjorde for å løse problemet (ibid.). Teoridannelsen er samlet om kjernekategori, som omfavner det mest sentrale eller betydningsfulle i feltet som undersøkes. Spørsmålet om hva som egentlig var det grunnleggende problemet for sykepleierne vokste fram av dataene som: ”Hvordan kan sykepleierne vite hvilken kunnskap de kan stole på?” Selv om jeg ante hva kjernekategori handlet om, var det likevel vanskelig å sette ord på den. Bearbeiding av data og konstant sammenligning av begreper førte til slutt fram til kjernekategori: ”Kontekstuell balansering av kunnskap”. De foreløpige kategoriene ble underveis i prosessen samlet til færre kategorier, og til slutt tre hovedkategorier som passet med kjernekategori. Etter andre intervju kom det ikke fram flere kategorier, men nye dimensjoner i kategoriene.

Analysen fortsatte til teoretisk metning syntes å være oppnådd etter fjerde fokusgruppeintervju.

Da main concern, kjernekategori og hovedkategorier var funnet, startet den teoretiske kodingen, som er den siste fasen i forskningsprosessen. Teoretiske koder begrepsliggjør hvordan de substantive kodene relaterer seg til hverandre som formede hypoteser eller antakelser om hvordan hovedproblemet blir løst (Glaser, 2005). Kodene blir mer abstrakte, men uten å miste sin sammenheng med de substantive kodene. Det er interaksjonen mellom disse som karakteriserer GT som en analytisk induktiv forskningsmetodologi (ibid.). Et utsnitt av prosessen med å bearbeide data med åpen, selektiv og teoretisk koding er vist i Tabell I.

Tabell I. Bearbeiding av data

Rådata fra transkriberte intervju	Åpen koding	Selektiv koding	Teoretisk koding
	Koder alle hendelser og utsagn ut fra innhold. Genererer kategorier	Koder hendelser relatert til kjerne-kategorien	Formulerer hypoteser som beskriver sammenheng mellom kategoriene
<p>...Mange av oss vi er ganske godt grunnfestet i erfaring, og stoler veldig på erfaring...</p> <p>...For du kan jo si sånn som så enkle ting som å ta høyde og vekt, er – er jo såpass kunnskapsbasert at det bør være i alles journaler. Men det er ikke så lett å finne, for det er jo ingen som tar høyde og vekt..</p> <p>...Du må ha en utvelgelse av hvem du skal ta blodtrykk på...eller der blodtrykket har vært jevnt over tid, og det er ikke noen grunn til å tro at det vil forandre seg. Og da fortsette å ta blodtrykk morgen og kveld, det føles litt meningsløst...</p>	<p>Stoler på erfaring</p> <p>Måler ikke høyde og vekt Gjennomfører ikke enkle kunnskapsbaserte tiltak</p> <p>Overprøver beslutninger</p> <p>Velger bort meningsløse tiltak</p>	<p>Stoler på erfaring</p> <p>Tar egne avgjørelser</p> <p>Vurderer bruksnytte</p>	<p>Vurderer bruksnytte ut fra egen erfaring</p>

Teorien i studien er ut fra dette formet av hypoteser eller antagelser som er grunnlagt i data og som stemmer med data. GT er åpen for å vokse frem og passe ulike teoretiske koder. Forskeren bør kjenne så mange teoretiske koder som mulig, for å være sensitiv for å finne hva som kan passe (Glaser, 2005). Glaser har beskrevet et stort antall ulike teoretiske kodefamilier (Glaser, 1978 ; 1998/2010 ; Glaser, 2005), og den teoretiske kodefamilie ”The Mainline Family” (Glaser, 1978, s.77) passer i denne studien. Den blir nærmere beskrevet sammen med resultatene.

3.4 Kritikk av grounded theory

Den største styrken i grounded theory metodologi, er at den er egnet til å bevege data fra et beskrivende til et begrepsmessig nivå. Det er imidlertid ingen enkel oppskrift for å gjøre dette (Artinian, 2009). GT er en komplisert og ressurskrevende metodologi både å forstå og å gjennomføre. Flere forskere sier kun at de er inspirert av GT for ikke å love for mye (Lomborg, 2005 ; Hjälmhult, 2007). Det er ikke enkelt for nybegynnere å anvende GT, og Glaser (1998/2010) sier selv at en ikke skal forvente å raskt kunne ta til seg, begripe og assimilere GT. Litteraturen er dessuten omfattende, og ikke alle undersøkelser som beskrives er slavisk gjennomført i tråd med grounded theory (Hartman, 2001). Det kan være uheldig for utviklingen av metodologien at forskere bruker den ufullstendig, så kriterier for bruk kan være hensiktsmessig. Tidsskriftet *Journal of Advanced Nursing* (2003) har definert bestemte kriterier som skal oppfylles for at en undersøkelse skal kunne sies å være grounded theory:

- Datainnsamling og analyse skal foregå fortløpende
- Det skal identifiseres en kjernekategori generert fra data. Undersøkelsen behøver ikke introdusere en fullt utviklet forklarende teori, den kan eventuelt bare være deskriptivt eller eksplorativt informerende
- Analysen skal delvis foretas på grunnlag av teoretisk utvelgelse
- Det skal gjennomføres både en første, umiddelbar koding av data og en teoretisk styrt koding
- Analyseprosessen skal foregå til det er oppnådd teoretisk metning.

3.5 Metodiske svakheter og begrensninger

Alle forskningsmetoder har styrker og svakheter. Kvalitative intervju er avhengige av intervjuerens ferdigheter og personlige skjønn når spørsmålene stilles (Kvale & Brinkmann, 2009). Som moderator tilstrebet jeg å ikke styre samtalen mer enn nødvendig for å få belyst temaene i intervjuguiden. Jeg testet diktafoner på forhånd, og sikret meg en god type som gjorde at jeg ikke opplevde problemer med lyd kvalitet i transkriberingen. Jeg opplevde gruppedynamikken som god i alle gruppene, selv der det var kun to deltakere. Men to deltakere kan være lite for å få fram alle nyanser i erfaringene. I to av fokusgruppene var det henholdsvis en og to sykepleiere som jeg visste hadde mye kunnskap, som ikke kunne delta. Det kan ha gjort at jeg mistet noe informasjon. Det kom videre fram at en deltaker hadde vært med på undervisning i trinnene i kunnskapsbasert praksis, men ikke i utarbeidelsen av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Dette antas å ikke ha vesentlig betydning for resultatene.

Min forforståelse kan ha preget oppfattelsen og begrepsliggjøringen. Å slippe sin forutinntatte oppfatning av hvordan informantene skal respondere kan være vanskelig (Artinian, 2009). Det har vært en stor utfordring å skulle forstå GT metodologien og analysere data for første gang. Dette kan ha påvirket sluttresultatet, selv om jeg hele tiden har sammenlignet indikatorer fra data og har vært tro overfor data. Min forforståelse har imidlertid også virket positivt for å oppnå teoretisk sensitivitet, som er viktig i GT (Glaser, 1978).

Tiden jeg har hatt til rådighet kan være en begrensende faktor for resultatene jeg har kommet fram til og hva de kan bety for praksis. Det er som tidligere skrevet et mål i GT å oppnå teoretisk metning. Etter to intervjuer kom det ikke fram flere kategorier, men flere nyanser innenfor kategoriene. Det er vanskelig å være sikker på om det er god nok teoretisk metning, eller om jeg skulle foretatt flere enn fire intervjuer. Tidsperspektivet gjorde at jeg måtte nøye meg med fire intervju. Jeg har brukt mye tid på å håndtere store datamengder, og ser at prosessen ville gått raskere hvis jeg ikke hadde transkribert intervjuene. Likevel ville jeg ikke mestret å gjøre det annerledes.

Det er mulig i GT å gjøre en feilaktig framstilling av hva som er vokst fram fra data, ved å si at en hypotese er vokst fram, selv om den ikke er det. Forskeren kan lyve, si det

som forventes eller styre data ut fra forhåndskunnskaper (Glaser, 1998/2010). Imidlertid skal den konstante sammenligning av indikatorer, koder, egenskaper og kategorier korrigere kursen hvis en kommer galt av sted. Siden jeg kjenner området godt, kan det ha påvirket meg i prosessen. Jeg har vært bevisst min forhåndskunnskaper, og har gått inn i dette med åpenhet og nysgjerrighet fordi jeg ikke har forstått hvorfor det er så vanskelig å implementere kunnskapsbasert praksis. Jeg har vurdert teorien opp mot de sentrale kriteriene ”fit”, ”work” og ”relevance”, som må tilfredsstilles for at man skal kunne se om teorien man har utarbeidet virkelig er GT. Det kan være en risiko at forskeren forteller hele historien i alle detaljer, og ikke klarer å skille ut det som ikke er relevant i forhold til kjernekategoriene. Teorien blir da mer en kvalitativ analyse enn en grounded theory (Artinian, 2009).

3.6 Ethiske overveielser

I studien skulle det gjennomføres intervju med helsepersonell om deres arbeid og oppgaver. Pasienter skulle ikke bli involvert. Slik jeg forstår det, fylte studien ikke vilkårene i Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, §2). Framleggingsplikt til Regional Etisk Komité (REK) skulle da ikke være nødvendig. For å være på den sikre siden, kontaktet jeg likevel REK for å få dette vurdert. De bekreftet at det ikke var framleggingsplikt for REK i denne studien (Vedlegg III).

Noe av grunnlaget for det som gjelder for kvalitativ forskning er de etiske prinsippene som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen, samt lovfestet bruk av personopplysninger i medisinsk forskning (Ruyter, Førde & Solbakk, 2007). I intervjuene skulle det brukes lydbåndopptaker, og intervjuene skulle transkriberes og dataene lagres i datamaskinen. Alternativt skulle det kun skrives notater, men disse måtte også lagres i datamaskinen. Dette krevde tillatelse fra personvernombudet i Norsk Samfunnsmedisinsk Datatjeneste, som ble gitt uten problemer (Vedlegg IV).

Studien skulle gjennomføres i Sykehuset Innlandet, og det var også nødvendig å sørge for ledelsens godkjenning til å gjennomføre studien (Vedlegg V og VI). Samtidig måtte jeg innhente godkjenning fra personvernombudet tilknyttet Oslo Universitetssykehus (Vedlegg VII). Videre måtte jeg innhente godkjenning fra avdelingssjefene der jeg

intervjuet sykepleierne. Dette gjorde jeg via mail, i tråd med instruksjoner fra forskningsenheten i sykehuset.

Informasjon til de aktuelle deltakerne skal normalt være skriftlig, og deltakelsen skal være frivillig. Deltakere som ønsker å være med, må gi sitt samtykke til det, helst skriftlig (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010 ; Bakketeig & Magnus, 2002). Jeg sendte skriftlig informasjon til deltakerne sammen med samtykkeskjema som de som ønsket å delta, signerte og sendte i retur (Vedlegg VIII og IX). Det er viktig å huske at deltakere skal kunne trekke seg fra prosjektet når som helst. (Bakketeig & Magnus, 2002 ; Malterud, 2003). Informasjon de har gitt, skal kunne slettes hvis de ønsker det (Malterud, 2003). Dette fikk de informasjon om i informasjonsskrivet, og det ble gjentatt muntlig ved oppstart av intervjuene.

I møter mellom mennesker vil normer og verdier utgjøre en viktig del av kunnskapen som formidles. Det kan derfor være noen etiske utfordringer ved kvalitative studier (Malterud, 2003 ; Ruyter, Førde & Solbakk, 2007). Det er viktig at forskeren opptrer slik at en oppnår gjensidig tillit og respekt. Informantene skal være sikre på at anonymitet blir ivaretatt, at data ikke er gjenkjennbare og at forskeren håndterer det kvalitative materialet med aktsomhet (Malterud, 2003). Det er viktig at forskeren evner å komme i dialog med informantene, og tåler å være i situasjoner som kan være følsomme og vanskelige (Ruyter, Førde & Solbakk, 2007). Jeg intervjuet sykepleiere i min egen organisasjon. Noen kjente meg fra tidligere. Det var viktig at jeg var bevisst min funksjon som leder, og tilstrebet å opptre slik at deltakerne hadde tillit til meg. De måtte føle seg sikre på at informasjon kun skulle bringes ut i form av resultater i studien.

Det kan være en utfordring å ivareta anonymitet og unngå gjenkjennbarhet når populasjonen er en gruppe på omkring 40 sykepleiere som alle har jobbet med en konkret definert oppgave i en gitt organisasjon. Data er ikke sensitive, men det kunne komme frem utfordringer relatert til en bestemt person, ledelse eller et geografisk sted. Ruyter, Førde og Solbakk (2007) skriver at det nesten alltid er fare for gjenkjennelse av informanter i kvalitativ forskning. Dette er et etisk aspekt jeg har planlagt ut fra, slik at fare for gjenkjennelse skulle bli så liten som mulig. Det er også viktig å ikke love mer enn en kan holde i forhold til det som kan komme fram (Ruyter, Førde & Solbakk,

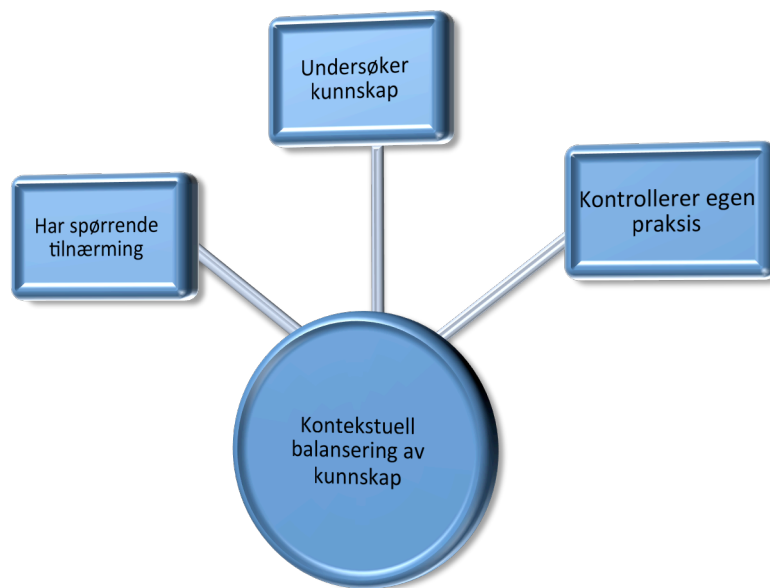
2007). Jeg informerte sykepleierne om at jeg ville presentere resultatene så lite gjenkjennbare og lite identifiserbare som mulig. Ingen navn eller spesielle kjennetegn på personer eller geografiske steder skulle komme fram.

4. Kontekstuell balansering av kunnskap

Dette kapittelet presenterer funn fra den empiriske studien om sykepleiernes hovedutfordring når de skal arbeide kunnskapsbasert. Hovedutfordringen ble identifisert til: ”Hvordan kan sykepleiere vite hvilken kunnskap de kan stole på?” Utfordringen var gjennomgående i all deres håndtering av kunnskapsbasert praksis. Sykepleierne syntes å løse denne utfordringen ved å stadig vurdere eller balansere sin kunnskap i de ulike situasjoner de var i. Den genererte grounded theory om ”Kontekstuell balansering av kunnskap” syntes dermed å forklare hvordan sykepleierne handlet for å kunne stole på kunnskap.

Funnene viser altså hvordan sykepleierne vurderte og balanserte sin kunnskap. Dette samsvarer med mønsteret i Glasers teoretiske kodefamilie ”The Mainline Family” (Glaser, 1978, s.77). På norsk kan dette omtales som hovedlinjefamilien. Det handler blant annet om sosial kontroll og å få organisasjonens liv til å fungere etter gjeldende normer. I dette ligger det å få folk til å holde seg på linjen, få dem langs linjen og gjennom noe (ibid.). Sagt på en annen måte, kan hovedlinje som kodefamilie brukes for å få fram de store strukturelle forhold som innvirker på en handling eller en gjensidig påvirkning i miljøet (MacDonald, 2001, s.133). Det var relevant å fokusere på hva sykepleierne gjorde i den sosiale sammenhengen i organisasjonen, når de tilstrebet å balansere kunnskap for å holde seg på linjen. Siden kodefamiliene overlapper hverandre, kunne det også vært aktuelt å belyse resultatene ut fra andre kodefamilier. Min vurdering er imidlertid at hovedlinjefamilien er mest treffende sett ut fra kjerne-kategorien.

Den genererte teorien kontekstuell balansering av kunnskap gjenspeiles i tre kategorier som utgjør sykepleiernes hovedstrategier for å løse utfordringen med å finne ut hvilken kunnskap de kan stole på. Disse er vist i Figur 2.

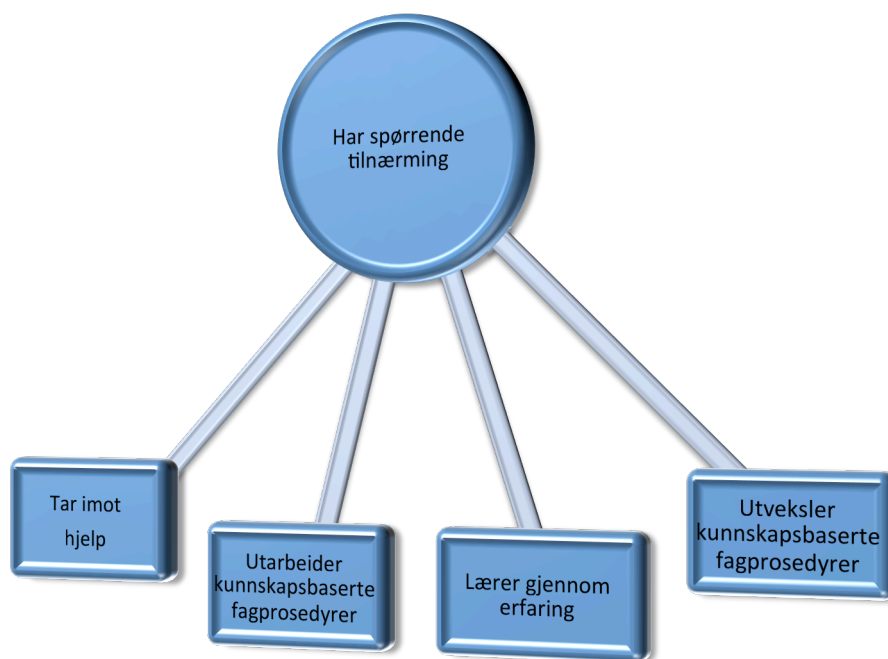


Figur 2. Kontekstuell balansering av kunnskap

Sykepleierne vekslet mellom kategoriene hele tiden. ”Har spørrende tilnærming” var mest aktuell i deres første møte med kunnskapsbasert praksis, men likevel relevant senere fordi de stadig møtte nye utfordringer innen kunnskapsbasert praksis. I de neste kapitlene blir hver enkelt kategori med sine egenskaper presentert.

4.1 Har spørrende tilnærming

Sykepleierne lærte kunnskapsbasert praksis ved å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer. De hadde en spørrende holdning til kunnskapen de prøvde å finne ut av, de hadde en spørrende tilnærming. Det betyr at de i utgangspunktet var usikre, men positive. De prøvde seg fram og deltok i aktiviteter andre organiserte. Det vokste fram fire underkategorier, som begreper på hva sykepleierne gjorde når de hadde en spørrende tilnærming. Figur 3 viser sammenheng mellom hovedkategorien og underkategoriene.



Figur 3. Har spørrende tilnærming

Sykepleierne løste hovedutfordringen ved å bruke strategiene om hverandre. Det vil si at de brukte alle strategier vekselvis, avhengig av situasjonen de var i. Forholdene sykepleierne hadde å arbeide under påvirket dem i tilnærmingen til kunnskapen og hadde betydning for konsekvensen av tilnærmingen.

4.1.1 Tar imot hjelp

Til tross for grunnleggende opplæring i kunnskapsbasert praksis, innså sykepleierne at de likevel manglet kunnskap. Dette gjaldt spesielt i å søke etter litteratur, lese engelske artikler og å vurdere kvalitet i forskningen. De var imidlertid svært opptatt av å lære mer, og positive til å ta i mot hjelp. Sykepleierne brukte bibliotekarer, og benyttet veileders kompetanse. Veileder styrte arbeidet med å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer, og deres innsats var vesentlig for læringen. Sykepleierne gikk også på kurs og deltok i undervisning. Ressursene som var satt av til arbeidet var viktig, selv om de kunne tenkt seg mer. Som en konsekvens av egen og veilederes innsats, ble sykepleierne tryggere på sine kunnskaper i kunnskapsbasert praksis.

4.1.2 Utarbeider kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer var en strategi for sykepleierne i deres spørrende tilnærming for å finne ut hvilken kunnskap de kunne stole på. Selv om det var ressurskrevende å utarbeide prosedyrer, ønsket de å delta. Deres egen og andres motivasjon drev dem. Årsaken var at de fikk flere fagprosedyrer, lærte kunnskapsbasert praksis og at det var spennende å arbeide grundig med et fagområde de i utgangspunktet var opptatt av. Det ga en mulighet til å være med å forbedre og kontrollere kunnskapen de selv skulle bruke. Forhold som manglende styring i et uoversiktlig prosedyresystem, gjorde at de i utgangspunktet var usikre på hvilken kunnskap de kunne bruke. De nye kunnskapsbaserte fagprosedyrene bidro således til at de visste at de hadde noe som var bra.

Sykepleierne formidlet imidlertid to klare hemmende faktorer for den krevende prosedyreutviklingen, nemlig mangel på kunnskap og mangel på tid. Utarbeidelsen av kunnskapsbaserte fagprosedyrer krevde reisetid i tillegg til arbeidstid. Det var ressurskrevende å samle personellet, og tid til dette måtte den enkelte enhet finne selv. Det virket positivt for arbeidet når de fikk tilført ressurser i form av dedikert tid. Sykepleierne savnet imidlertid en overordnet strategi i sykehuset for hvordan ledelsen ville prioritere bruk av ressursene til å lage fagprosedyrer. På den ene siden var det gunstig at flere var med, fordi det var en lærerik prosess. På den andre siden var arbeidet såpass krevende, at ingen ville bli ”eksperter” hvis alle skulle delta. Dette virket frustrerende, og hemmet utviklingen noe.

4.1.3 Lærer gjennom erfaring

Sykepleierne lærte gjennom erfaringen de fikk ved å arbeide med kunnskapsbasert praksis og å utvikle prosedyrer. Ved egen deltakelse, lærte de å søke etter litteratur og å studere artikler. De utnyttet eksperter og involvert hverandre i prosesser. Erfaring var en viktig del av deres læring. De så det var nyttig for utvikling av breddekunnskap i deres enheter, at det var smart å involvere flere sykepleiere. Den erfaringen den enkelte fikk, var grunnleggende og viktig for dem i det videre arbeidet med kunnskapsbasert praksis.

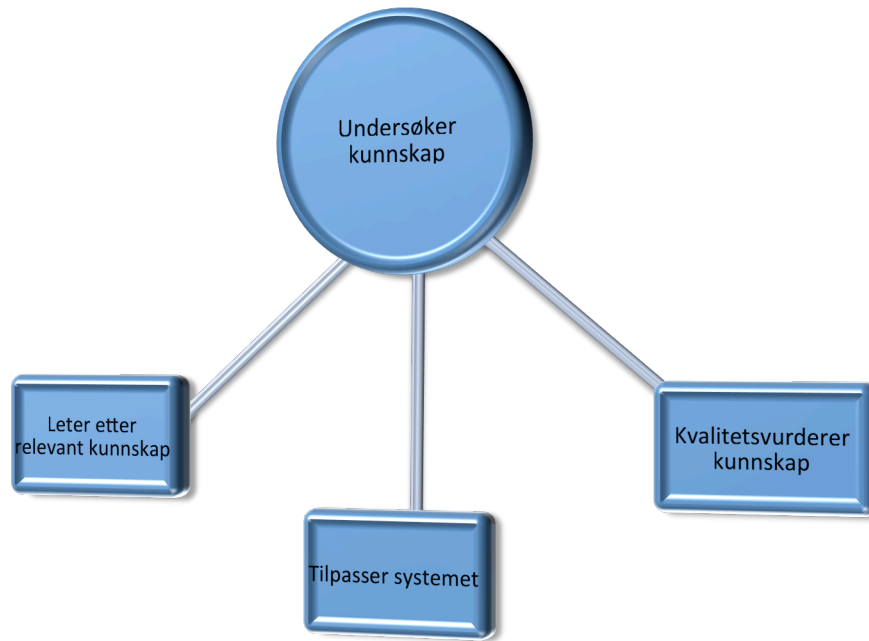
4.1.4 Utveksler kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Sykepleierne møtte det krevende prosedyrearbeidet med å lage kunnskapsbaserte fagprosedyrer generelle, slik at andre også kunne bruke dem. De ble utvekslet i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, som også sørger for at de ulike helseforetak ikke lager samme prosedyrer (Helsebiblioteket, 2012b). Forhold som påvirket arbeidet positivt, var at ressursene faktisk ble utnyttet best mulig. En viktig hemmende faktor var at det mangler standardisering av fagprosedyrerne i Nasjonalt nettverk.

Alle strategiene for tilnærming til kunnskapsbasert praksis, virket sammen og gjorde sykepleierne noe tryggere. Men de manglet fortsatt kunnskaper, arbeidet med lite ressurser og syntes utviklingen gikk sakte framover.

4.2 Undersøker kunnskap

Sykepleiernes andre hovedstrategi for å finne ut hvilken kunnskap de kunne stole på, var å undersøke relevant kunnskap de kunne bruke. Dette innebar å lete etter kunnskap, tilpasse systemet og å kvalitetsvurdere kunnskapen. Å lete etter kunnskap innebar for sykepleierne å lete og søke uten å vite hva de ville finne, eller hvor de ville finne det. Usikkerheten gjorde at letingen ble en del av det å undersøke kunnskap. Det var en stor utfordring å finne kunnskap, så sykepleierne tilpasset systemet for lettere å finne det de trengte. Strategiene som utgjør underkategoriene og hovedkategorien er vist Figur 4.



Figur 4. Undersøker kunnskap

4.2.1 Leter etter relevant kunnskap

Sykepleierne lette etter relevant kunnskap, og måtte selv finne ut hva de skulle bruke. Det var vanskelig, selv også etter undervisning. De brukte ulike kilder, og det så ut som deres kunnskaper innen kunnskapsbasert praksis hadde betydning for hvor de søkte. Søk etter kunnskap ble motivert av at de søkte når det var spesielle oppgaver de skulle løse, eller når de skulle svare på spørsmål fra pasienter eller pårørende. De søkte også når de ville bekrefte noe de mente de kunne, men var litt usikre.

Det kom klart fram at sykepleierne først søkte etter prosedyrer i eget kvalitetssystem. Dårlig søkefunksjon gjorde det vanskelig å finne fagprosedyrer. Konsekvensen av dette var at de ofte ga opp. Sykepleierne opplevde også stor variasjon i kvalitet på fagprosedyrene. Lite av kunnskapen var kvalitetssikret og kunnskapsbasert. Dette gjorde det svært tidkrevende å finne brukbar kunnskap og sykepleierne ble utrygge i forhold til å vite hvilken kunnskap de kunne stole på.

Det som er utfordrende for oss i praksisfeltet, er å finne fram i de prosedyrene som allerede er. Og så er det få av dem som er kunnskapsbasert, og så ser vi at

det er forskjellige prosedyrer fra forskjellige sykehus [forskjellige divisjoner], og de færreste er kunnskapsbasert. Og så blir vi litt i tvil – hvem skal vi stole på?

De prøvde å bruke noe, og tilstrebet å balansere den nye kunnskapen opp mot erfaring og rutiner, slik at de mestret arbeidssituasjonen.

Manglende overordnet styring, som ga få overordnede prosedyrer var også et forhold som hemmet sykepleierne. Det gjorde dem usikre på hva de kunne bruke på sin enhet. De mente fagprosedyrer burde være felles i sykehuset, og gjerne like for hele landet.

Burde det ikke vært altså mer på landsbasis synes jeg. Jeg synes det er litt frustrerende, kanskje for vår pasientgruppe da, som har forbindelse med flere andre foretak. Det er helt forskjellige prosedyrer og måter å gjøre ting på, ikke sant...Så hvorfor kommer det ikke fra oven?

Det skapte usikkerhet når pasientene ble behandlet i flere foretak og prosedyrene var forskjellig fra sted til sted. Sykepleierne løste dette ved å ringe til andre foretak og forhøre seg eller be om å få tilsendt prosedyrer med telefaks. Det hendte også de ba pasienter ta med seg papirprosedyrer når de kom. Sykepleierne visste ikke om prosedyrene var av god kvalitet, men brukte dem fordi det ga pasientene trygghet.

Sykepleierne søkte ellers etter kunnskap i Helsebiblioteket og på Kunnskapscenteret, og så eventuelt i Kunnskapssegget. De brukte nettsider til andre helseforetak, Google og Wikipedia. Kunnskap sykepleierne fant på Google, kontrollerte de opp mot Helsebiblioteket for å se om de fant det samme der. Ut fra det vurderte de om de kunne bruke det. Sykepleierne innhentet også kunnskap fra nasjonale retningslinjer og direkte fra nasjonale sentere, samt at de spurte hverandre og tenkte sammen når de møtte utfordringer. Hemmende forhold for sykepleierne når de skulle lete etter kunnskap, var at miljøet var preget av individuelle interesser og at de generelt manglet trening i å søke etter fagprosedyrer i eget sykehus og kunnskap på internett.

4.2.2 Tilpasser systemet

Siden det var vanskelig å finne kunnskap, tilpasset sykepleierne systemet. De tilrettela søkemulighetene ved å legge inn flere relevante søkeord og grupperte prosedyrene i en for dem mer logisk orden. Noen skrev ut prosedyrer og satte dem i permer, slik at de skulle være lett tilgjengelig, spesielt i akutsituasjoner. Fagsykepleier sørget noen steder for at permene var oppdatert, mens de andre steder fjernet permene for å stimulere sykepleierne til å bruke det elektroniske verktøyet. Dette betyr at ting ble gjort forskjellig på de ulike enhetene. Tiltakene var med på å gi en slags kontroll over situasjonen. Det som motiverte sykepleierne til å tilpasse systemet, var at de ønsket å finne kunnskap på en raskere og enklere måte. De var løsningsfokuserte.

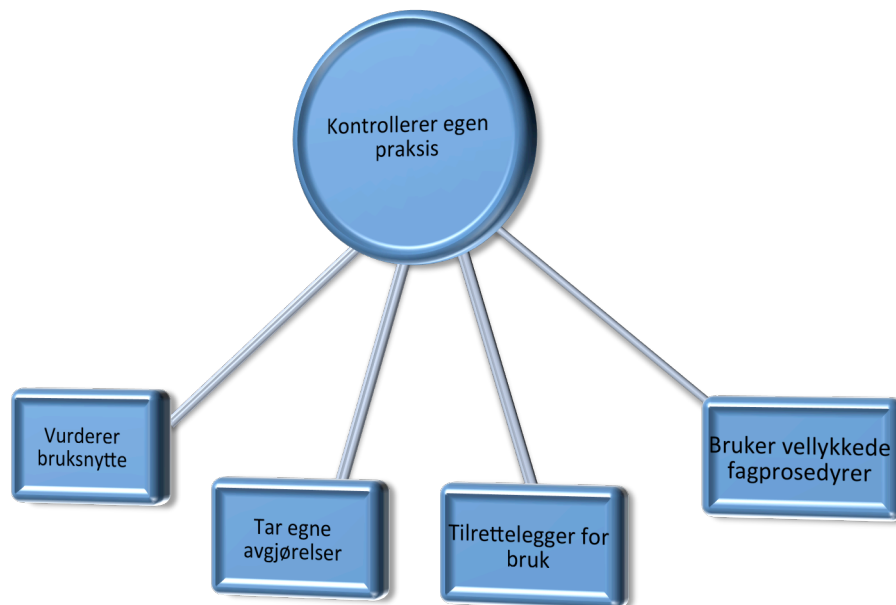
4.2.3 Kvalitetsvurderer kunnskap

Sykepleierne fant kunnskap i form av fagprosedyrer, artikler og annen skriftlig og muntlig informasjon. De gjorde tiltak for å kvalitetsvurdere fagprosedyrer og artikler, men var mest opptatt av fagprosedyrene. De hadde ikke gode nok kunnskaper til å vurdere artikler kritisk, det framsto som nesten umulig i en travel hverdag. De så etter relevans og gyldighet i fagprosedyrene, og så om var overordnet. Sykepleierne hadde kontroll på egne fagprosedyrer, noe som virket positivt ved at det var noe de var trygge på og kunne bruke. Ellers stolte de mest på prosedyrer som var overordnet og godkjent for hele sykehuset. Videre så de etter hvem som hadde laget en prosedyre og hvordan gruppen er sammensatt. De stolte på prosedyrer med relevante og gode referanser. Videre reflekterte de over kvalitet i prosedyren og fikk til en stemning for å diskutere hva som var viktig og nytt. De leste ukjente prosedyrer nøye og satte seg godt inn i nye ting. Hemmende forhold i denne prosessen, var at det var mange prosedyrer å forholde seg til. Konsekvens av kvalitetsvurderingene, var at de brukte overordnede prosedyrer og at de ikke uten videre endret praksis ut fra alt nytt. De endret ikke praksis hvis de vurderte kunnskapsgrunnlaget som dårlig.

Forholdet som hovedsakelig påvirket sykepleierne positivt når de undersøkte kunnskap, var at de var drevet av egen motivasjon. De ønsket å ha god kunnskap i møtet med pasienten, selv om det var flere forhold som vanskeliggjorde dette.

4.3 Kontrollerer egen praksis

Så langt har resultatene vist at sykepleierne hadde behov for å ha kontroll på kunnskap de skulle bruke. Når de fulgte opp eller iverksatte nye tiltak, gjorde de det slik at de mestret oppgavene i praksis. Dette er bakgrunn for den tredje hovedkategorien: ”Kontrollerer egen praksis”. Underkategoriene viser hva sykepleierne gjorde for å kontrollere egen praksis og balansere kunnskapen i den situasjonen de var (Figur 5).



Figur 5. Kontrollerer egen praksis

4.3.1 Vurderer bruksnytte

Gode grunnkunnskaper var forhold som påvirket vurdering av bruksnytte av ny kunnskap på en positiv måte. Sykepleierne så etter nyttige og konkrete ting i en fagprosedyre. De brukte viktig informasjon og tillot seg å gjøre ting på ulike måter, men uten å avvike fra prinsippene. Når de skulle løse ukjente oppgaver, var det er mye de kunne gjøre hvis de hadde en fagprosedyre de var trygge på. Det var viktig da at de var trygge nok til å ta seg den tiden de trengte for å sette seg inn i oppgaven. Noen ganger utførte de oppgaver, selv om resultatet ikke ble så bra som det kunne blitt hvis de hadde

vært bedre trent. Forhold som var fremmende når sykepleierne testet nye fagprosedyrer, og som gjorde at de ville prøve, var god ledelsesforankring og støtte fra veiledere.

Hvis det å bruke en prosedyre ga en negativ opplevelse, var det sannsynlig at vedkommende heller ”valgte” å gjøre som tidligere. Den negative opplevelsen kunne være at sykepleieren opplevde å ha mestret oppgaven bedre før, enn etter den nye prosedyren kom. Motsatt kunne en annen sykepleier ha en positiv opplevelse av å bruke den samme prosedyren, og fortsette å bruke den.

Det er klart at jeg kan sitte med den erfaringen at hver gang jeg har fulgt prosedyren, så har det ikke vært riktig. Pasienten hadde aldri det jeg sa. Og så kan du sitte med en helt annen oppfattelse, og det motiverer deg til å fortsette å bruke prosedyren. Mens jeg tenker at jeg gir nå f... i dette her. Jeg gjør det sånn som – det var jo mye bedre før, for jeg var jo mye flinkere før, til å vurdere dette etter eget hode – enn jeg er etter at jeg fulgte prosedyren. Og det er jo bare flaks som gjør at du har fått dine erfaringer, og jeg har fått mine.

Resultatene viser at det var mye opp til de enkelte sykepleierne hvilken kunnskap de fant, vurderte og faktisk tok i bruk. Det var vanskelig å vite hva som ble gjort i den enkelte enhet. Noen av de erfarne sykepleierne hadde større problemer og kom dårligere ut enn de nyutdannede, når det gjaldt å lete etter kunnskap og vurdere denne i praksis. Dette betyr at personalet hadde ulik tilgang til kunnskap, basert på egne ferdigheter. For noen førte dette til A og B lag i enheten, der de som var dyktigst til å finne kunnskapen kom på A laget.

4.3.2 Tar egne avgjørelser

Sykepleierne kontrollerte egen praksis ved å ta avgjørelser ut fra egen erfaring og det de selv stolte på. De var trygge på at det de hadde gjort før fungerte. Erfarne sykepleiere visste hva de skulle gjøre i en akuttsituasjon. Det kunne være både gammel og ny kunnskap integrert i denne erfaringen. Sykepleierne brukte erfaringskunnskap for å vurdere enkeltsituasjoner og la pasienten medvirke.

De tok også egne avgjørelser ved å følge etablerte rutiner og å bruke kunnskap som satt i refleksene. Mye av praksis var basert på skjønn. De stolte på egne fagprosedyrer, og valgte hovedsakelig å bruke disse som utgangspunkt for å ta avgjørelser. De trodde på det de selv gjorde.

Forhold som virket fremmende for sykepleierne når de tok avgjørelser, var tryggheten som erfaringen ga dem, samt at rutiner veide tungt i sykepleiernes hverdag i sykehuset. Konsekvensen av at sykepleierne tok egne avgjørelser ut fra erfaring, var at de brukte etablert kunnskap, og forskjellig kunnskap.

4.3.3 Tilrettelegger for bruk

I den grad sykepleierne kunne, planla de implementeringen av ny kunnskap ut fra felles mål. Et samarbeid mellom høyskole og praksis hadde gitt gode resultater ved at de i fellesskap utarbeidet kunnskapsbaserte fagprosedyrer som praksisfeltet krevde at studentene skulle bruke. Det betydde at sykepleierne også måtte lære prosedyrene for å veilede studentene. Dette ga økt bruk av noen kunnskapsbaserte fagprosedyrer, og dermed ny kunnskap.

Fagsykepleierne var en ressurs for sykepleierne ved at de innførte og fulgte opp nye tiltak i praksis, og sjekket at ansatte kunne fagprosedyrer. De sørget også for dokumentasjon i opplæringsplaner. Det hendte at fagsykepleiere veiledet sykepleiere flere ganger, uten at sykepleierne fulgte opp, de fortsatte å gjøre som før. Hvis implementeringen av ny kunnskap ikke var godt forankret i ledelsen i enheten, var det vanskelig for fagsykepleier å gjøre mer. Det var hemmende for implementeringen, at det ikke ble stilt krav til praksis eller at noen kontrollerte praksis. Det manglet i stor grad at ledere på ulike nivå sjekket etterlevelse av nye prosedyrer eller annen ny kunnskap.

Holde fokus på et tema over lang tid var også noe sykepleierne gjorde for å oppnå varige endringer. Videre prøvde de å legge forholdene til rette med nødvendig utstyr eller de la fram prosedyrer til diskusjon. De lærte også opp pasienter i prosedyren, og så nytte av det, når de var frustrerte over at de selv ikke klarte å følge opp enkle tiltak:

Vi lærer opp pasientene til å gå oppå der[på vekten]selv da, for da funker det litt bedre ikke sant. Det er så rart hvorfor sånne små ting er så vrient å liksom få innarbeidet, og hvor noen må stå og dra i det hele tiden for at det skal...noen må ha fokus på det kontinuerlig for at du skal få endret over tid, for at du skal få det til.

Sykepleierne støttet hverandre når de innførte nye tiltak for å endre praksis. De sørget for at flere hadde kunnskap og kunne dra lasset sammen. I praksissituasjoner jobbet de sammen to og to, og ga hverandre tilbakemeldinger om hva som var bra eller mindre bra. De trygget hverandre i ulike situasjoner. Fremmende forhold var at det var miljø for å hjelpe hverandre i enheten, mens det var hemmende at noen fraskrev seg ansvar og ikke deltok i fellesskapet.

Ved innføring av nye prosedyrer, trente og testet sykepleierne sine ferdigheter på for eksempel en dukke. Å trene på nye oppgaver kunne bidra til å få endring av kunnskapsbruk fra å være en endring til å bli en rutine. Noe som hadde positiv virkning, var at de fikk gode tilbakemeldinger. Belønning og ros virket motiverende.

4.3.4 Bruker vellykkede fagprosedyrer

Sykepleierne tilstrebet å balansere kunnskap de brukte for å holde seg på linjen. De brukte så mye ny kunnskap de kunne, uten å miste følelsen av å mestre de totale utfordringene. De var kritiske, og tok bare i bruk ny kunnskap de så nytten av. Resultatene viste at klare og tydelige prosedyrer, samt viktige prosedyrer ble mer brukt enn andre.

I klare og tydelige prosedyrer visste sykepleierne årsaken til hvorfor de skulle endre praksis. Et meningsfullt innhold med klare fordeler påvirket sykepleierne til å bruke prosedyren. Et forhold som hemmet bruken, var at de manglet nødvendig utstyr når de skulle utføre oppgavene. Da ga de lett opp før endringen var etablert som rutine. I studien kom det fram at en kunnskapsbasert prosedyre som syntes klar og grei for sykepleierne å bruke, med et godt kunnskapsgrunnlag, likevel kunne bli vanskelig å følge. De opplevde at kolleger som ut fra kunnskap, profesjon eller uformell makt var sterke i miljøet, kunne mene at noe ikke var riktig kunnskap og nektet å følge

prosedyren. Kollegene påvirket hverandre til å ta ulike avgjørelser i de enkelte situasjoner.

Sykepleierne brukte mye lettere prosedyrer som de anså var viktige på den måten at de utsatte pasienten for risiko ved å ikke bruke prosedyren. Likeledes ble de påvirket av uhell på en positiv måte. Sykepleierne sa at de leste nøye i en prosedyre etter et uhell, og endret praksis ut fra det. Dette gjorde de bare.

4.4 Oppsummering av kontekstuell balansering av kunnskap

Sykepleieres viktigste utfordring ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus, var: ”Hvordan kan de vite hvilken kunnskap de kan stole på”? De hadde noen strategier for å løse dette, for å oppnå kontekstuell balansering av kunnskap. De tre hovedstrategiene eller handlingsmønstrene var ”Har spørrende tilnærming”, ”Undersøker kunnskap” og ”Kontrollerer egen praksis”.

Den største drivkraften for å arbeide kunnskapsbasert var egen motivasjon og behov for egen kontroll, samtidig som manglende kunnskap gjennomgående gjorde det vanskelig å lykkes helt. Konsekvensen av deres strategier var at sykepleierne i utgangspunktet ble tryggere på sine kunnskaper i kunnskapsbasert praksis. Når de skulle finne, vurdere og bruke ny kunnskap, var det likevel vanskelig å vite hvilken kunnskap de kunne stole på. Sykepleierne ønsket å gjøre det beste for pasientene, og prøvde å ta i bruk ny kunnskap. De gjorde det de kunne, men tilpasset det til egen erfaring så de beholdt kontroll i praksis. Sykepleierne manglet generelt tid og ressurser, og når det var travelt falt de lett tilbake til gamle rutiner. I Tabell II er det vist en oversikt over hovedkategoriene og deres egenskaper.

Tabell II. Hovedkategorier, underkategorier, konsekvenser og forhold

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI	KONSEKVENNS
Har spørrende tilnærming	Tar imot hjelp Utarbeider kunnskapsbaserte prosedyrer Lærer gjennom erfaring Utveksler kunnskapsbaserte prosedyrer	Blir tryggere på egne kunnskaper Får flere kunnskapsbaserte prosedyrer
Undersøker kunnskap	Leter etter relevant kunnskap Tilpasser systemet Kvalitetsvurderer kunnskap	Tør ikke stole på ny kunnskap Endrer ikke praksis ved dårlig kunnskapsgrunnlag
Kontrollerer egen praksis	Vurderer bruksnytte Tar egne avgjørelser Tilrettelegger for bruk Bruker vellykkede prosedyrer	Bruker kunnskap de selv tror på Bruker forskjellig kunnskap
FREMMENDE FORHOLD		HEMMEDE FORHOLD
Egen motivasjon Egen kontroll God grunnkunnskap Andre påvirker Ledelsesforankring Ressurstilgang Innhold har betydning		Mangler kunnskap Mangler ressurser Manglende styring Uoversiktlig prosedyresystem Uklare prosedyrer Uenighet om kunnskap Negativ erfaring

5. Diskusjon

Hovedutfordringen for sykepleierne i denne empiriske studien handler om hvordan de kunne vite hvilken kunnskap de kunne stole på. Utfordringen var gjennomgående i all deres håndtering av kunnskapsbasert praksis. De løste denne utfordringen ved å stadig vurdere eller balansere sin kunnskap i de ulike situasjoner de var i. Den genererte teorien om ”Kontekstuell balansering av kunnskap” syntes dermed å forklare hvordan sykepleierne handlet for å kunne stole på kunnskap.

Relevant litteratur er gjennomgått etter at data i undersøkelsen var ferdig analysert. Hensikten er å belyse og sammenstille den genererte teorien med annen forskning. Det er foretatt systematiske søk i databasene Cinahl, Medline og Cochrane Library for å finne eksisterende forskning. I tillegg er det søkt i Cochrane EPOC group, Nursing Reference Center, Ovid Nursing, SveMed+, Google Scholar og i referanser. Begrensning er gjort til engelsk og nordiske språk, samt tidsbegrensning fra år 2000 fram til i dag.

Mange av utfordringene sykepleierne hadde ved implementering av kunnskapsbasert praksis, var relatert til organisatoriske forhold. Det meste av det som skjer i praksis skjer i relasjon til andre mennesker, i et miljømessig og sosialt perspektiv. Det er lite som tyder på at individuelle faktorer som for eksempel holdninger, engasjement i forskningsaktiviteter eller utdanning har stor betydning for bruk av forskning i praksis (Estabrooks et al., 2003). Den genererte teorien blir derfor diskutert ut fra hvilken betydning organisatoriske og miljømessige forhold har for sykepleiernes hovedproblem med å finne ut hvilken kunnskap de kunne stole på, og hvordan de handlet for å balansere kunnskap.

5.1 Betydning av tilgjengelig kunnskap

Det var like utfordrende for sykepleierne å søke etter kunnskap i sykehusets prosedyrer som i ulike databaser på internett. Sykepleiernes førstevalg var å søke etter en fagprosedyre i eget kvalitetssystem. Det vil si at de søkte etter noe de visste hadde variert kvalitet og i tillegg var vanskelig å finne og velge ut. Dette henger ikke helt

sammen med implementering av kunnskapsbasert praksis og muligheten for å finne oppdatert kunnskap i ulike databaser på internett. Hvorfor søkte sykepleierne ikke etter den beste kunnskapen?

Søk i databaser krever strukturerte spørsmål med PICO skjema og gode kunnskaper. Det er viktig å være sikker på å søke riktig sted, finne det en er ute etter, og kunne vurdere kvaliteten på litteraturen. Resultater i denne undersøkelsen viser at sykepleierne ikke hadde nok kompetanse til å mestre dette. Andre studier har også vist at sykepleiere vurderer at de i stor grad mangler kunnskaper i å søke etter litteratur og å kvalitetsvurdere den (Majid et al., 2011 ; Chiu et al., 2010 ; Bratberg & Haugdahl, 2010 ; Cadmus et al., 2008 ; Pravikoff, Tanner & Pierce, 2005 ; Hommelstad & Ruland, 2004). Chiu et al. (2010) avdekket at sykepleiere generelt har signifikant dårligere kunnskaper i kunnskapsbasert praksis enn leger, og i litteratursøk og kritisk vurdering spesielt. Det kom også fram i resultatene her at sykepleierne brukte for lang tid på å lese en engelsk artikkel, og at det var vanskelig å vurdere den på et fremmedspråk. Det er en kjent barriere i implementering av kunnskapsbasert praksis at sykepleiere i nordiske land har vanskeligheter med å lese engelske artikler (Bratberg & Haugdahl, 2010 ; Hommelstad & Ruland, 2004 ; Oranta, Routasalo & Hupli, 2002).

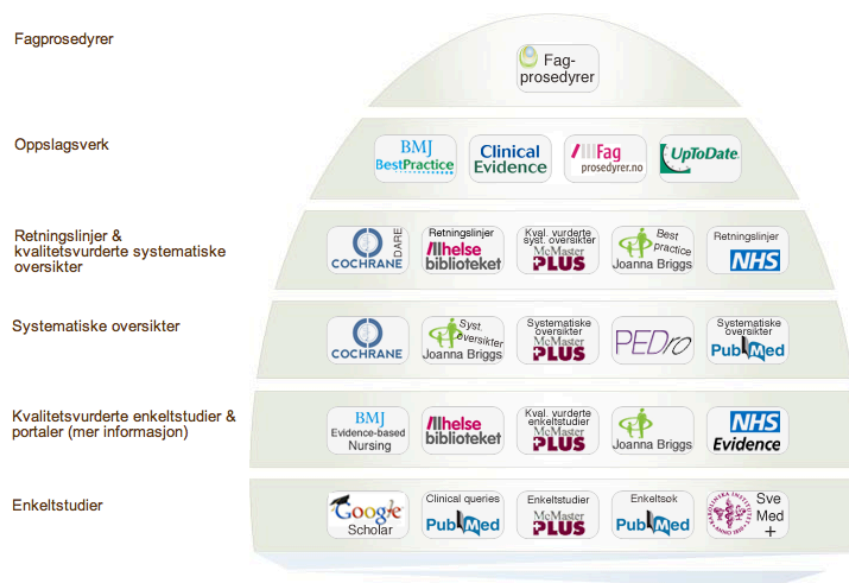
Dette betyr at den oppdaterte kunnskapen ikke er tilgjengelig for sykepleierne i praksis slik det er i dag. Kunnskapen er der, men ikke der sykepleierne søker etter den, og ikke i et lett tilgjengelig språk. Opplæring i kunnskapsbasert praksis må fortsette, med mål om at sykepleiere søker mer i anerkjente kilder. Samtidig må forskningen gjøres mer tilgjengelig, for eksempel gjennom kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Disse inneholder den nyeste kunnskapen presentert på en håndterbar måte. Sykepleierne brukte vellykkede prosedyrer, og ønsket seg flere slike. Resultater fra en kvalitativ studie bekrefter det samme:

”Even as more experienced nurses they frequently seem to engage in a process of self-monitoring that is a balance between feeling competent and feeling uncertain in relation to their own level of clinical competence. They prefer local knowledge sources, adapted to challenges in daily work, updated and practical in use” (Christiansen, 2010, s.7).

Dette skulle tilsi at et oversiktlig prosedyresystem med gode kunnskapsbaserte fagprosedyrer kunne imøtekomme sykepleiernes behov i de fleste situasjoner. Dette vil kreve overordnet styring. Sykepleierne var positive til å utarbeide fagprosedyrene, under forutsetning at de hadde nødvendige ressurser. Et vesentlig poeng er at de stolte på egne fagprosedyrer. Både utarbeidelsen og bruk av egne kunnskapsbaserte prosedyrer er med på å bidra til at sykepleierne arbeider kunnskapsbasert.

Det var ellers uheldig at sykepleierne hadde tilgang til kunnskap ut fra hvor dyktige de var til å lete etter den. Det oppsto problemer i en enhet fordi sykepleierne brukte forskjellig kunnskap ut fra ulike søkeferdigheter. Tidligere hadde de med mest erfaring representert ekspertisen. Nå endret dette bildet seg fordi yngre sykepleiere som klarte å finne ny kunnskap og å ta den i bruk, kunne komme i en sterkere posisjon enn de med mer erfaring som ikke så lett fikk tatt i bruk ny kunnskap. Dette førte til A og B lag i enheten, der de som var dyktigst til å finne kunnskapen kom på A laget. Det er viktig å kjenne til denne problemstillingen. Det er spesielt viktig at ledere ser den og kan forebygge konflikter i implementeringen av kunnskapsbasert praksis. Organisasjonen bør ta ansvar for å sikre at alle sykepleierne har tilgjengelig kunnskap de kan stole på, dette kan ikke sykepleierne klare alene.

For å sikre bruk av kunnskapsbasert praksis og mest mulig lik praksis, vil organisasjonen tjene på å styrke arbeidet med å lage kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Parallelt vil det være lønnsomt å arbeide for utveksling av prosedyrer i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Fagprosedyrer har tradisjonelt vært en del av et styringssystem mer enn et kunnskapssystem tilrettelagt for praksis. Det er nå tid for å knytte fagprosedyrer opp mot andre fagsystemer, retningslinjer og andre databaser med mer. Fagprosedyrer kan gjøres lett tilgjengelig øverst i Kunnskapsegget (Figur 6). Dette vil på sikt også kunne motivere sykepleierne til å søke etter kunnskap i anerkjente databaser, fordi alt blir tilgjengelig samme sted.



Figur 6. Kunnskapsegget (Kunnskapsegget., 2012)

5.2 Betydning av kvalitet og innhold

Det var ikke god kvalitet på alle fagprosedyrene sykepleierne hadde å forholde seg til. Det var vanskelig for dem å vite hva de kunne stole på. De gjorde det de kunne selv for å sikre seg, men ønsket sterkt at fagprosedyrene var kunnskapsbaserte. De brukte også kunnskap fra andre ulike kilder, og vurderte relevans, gyldighet og kvalitet ut fra seg selv. Resultatet var at de ulike sykepleierne på de ulike enhetene brukte forskjellig kunnskap. Dette opplevde de som et problem, og ønsket mer ensartet praksis.

Det var to situasjoner som helt klart gjorde at sykepleierne stolte på ny kunnskap og endret praksis ut fra kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Det var når de opplevde uhell, eller utsatte pasienten for fare ved å ikke følge ny kunnskap. Dette er interessant, fordi det viser at hvis konsekvensen av å bruke gammel kunnskap var alvorlig for pasienten, trodde sykepleierne på ny forskningsbasert kunnskap. Kan dette sammenlignes med kunnskap som brukes i for eksempel hjertelungeredning? Erfarne sykepleiere vet hva de skal gjøre i en akutsituasjon. De har lært hjertelungeredning helt fra de ble utdannet som sykepleiere. I sitt arbeid har de jevnlig gjennomgått endringer og trent på disse. I en reell situasjon vil de utføre dette riktig ut fra ny forskning, som tilsier 30 brystkompresjoner og to innblåsing (Norsk Resuscitasjonsråd, 2010). Her er også

konsekvensen alvorlig for pasienten hvis det blir gjort galt. Det har vært vanskelig å finne forskning som belyser hvorfor sykepleierne så lett endrer praksis i slike situasjoner. Det er interessant og inspirerer til videre undersøkelse, også for å se om denne kunnskapen kan utnyttes i flere sammenhenger.

Sykepleierne brukte i stor grad fagprosedyrer som hadde et logisk innhold og framsto som klare og tydelige. Her var det felles innsats fra sykepleierne og tilbakemeldinger fra andre som stimulerte til å endre praksis. Drivkraften var deres egen motivasjon om å gjøre det riktige. Likevel opplevde sykepleierne at kolleger påvirket hverandre, og at deres vurderinger for å balansere kunnskap, varierte ut fra hvem som var på jobb. Noen boikottet en fagprosedyre av god kvalitet på grunn av uenighet. Dette tyder på at et klart innhold ikke alltid betyr at en prosedyre blir brukt. De opplevde også at kolleger, blant annet leger, som ut fra kunnskap, profesjon eller uformell makt var sterke i miljøet, kunne mene at noe ikke var riktig kunnskap og nektet å følge prosedyren. Det samsvarer med andre funn som har vist at det er en barriere at leger ikke vil samarbeide (Oranta, Routasalo & Hupli, 2002 ; Hommelstad & Ruland, 2004). Det var vanskelig for sykepleierne hvis legene ikke ville samarbeide om å bruke ny kunnskap. Da ble det ikke kunnskap som var bestemmende, men legens makt i form av utdanning og rolle. Dette skapte usikkerhet hos sykepleierne, selv om de stolte på kunnskapen.

Flere prosedyrer var etter sykepleiernes mening uklare og hadde et ulogisk innhold. De vurderte da bruksnyttens av kunnskapen ut fra egen erfaring, og lot være å bruke en uhensiktsmessig fagprosedyre. Dette bekrefter at det er viktig for sykepleierne å forstå bakgrunnen for hvorfor de skal endre praksis ut fra ny kunnskap.

5.3 Læring i praksis

I kunnskapsbasert praksis er klinisk ekspertise den sentrale faktoren som andre faktorer integreres med, før en beslutning blir tatt. Som tidligere skrevet, viser klinisk ekspertise til vår evne til å bruke grunnleggende kliniske ferdigheter og tidligere erfaring til å identifisere og vurdere de ulike faktorer som har betydning for kliniske beslutninger. Resultatene i studien viser at erfaring representerte en grunnleggende del av sykepleiernes trygghet og kunnskaper. De skal mestre kommunikasjon, medisinsk teknisk utstyr og praktiske ferdigheter med mer. En kvalitativ studie har avdekket seks

kategorier som sykepleiere (registered nurses) selv har definert som viktige for deres kompetanseutvikling (Khomeiran et al., 2006). Den viktigste faktoren var nettopp erfaring. De sier at konkret erfaring er uvurderlig for å utvikle psykomotoriske ferdigheter som for eksempel å sette inn en intravenøs kanyle. Det å repetere praktiske oppgaver over tid gir ekspertise. Teoretiske kunnskaper ble rangert som den siste kategorien, og ble sett på som viktig hvis den var tilpasset deres reelle behov i praksis (ibid.). Dette underbygges videre i en amerikansk studie som også har vist at sykepleiere bruker forskning svært lite. Der fant de i tillegg at sykepleiere ikke verdsatte forskning i stor grad eller var familiære med begrepet kunnskapsbasert praksis (Pravikoff, Tanner & Pierce, 2005).

En litteraturstudie har videre vist at sykepleiere og leger tolker kunnskapsbegrepet forskjellig. Innen medisin ses kunnskap her mer som en teknisk viten relatert til for eksempel en prosedyre. Sykepleiere bruker begrepet kunnskap i en kontekst av refleksjon over personlig erfaring, samt med bevissthet om erfaring i relasjon til for eksempel et helhetlig menneskesyn (Bonis, 2009). Det er også vist forskjell på sykepleiere og legers bevissthet til og kunnskaper innen kunnskapsbasert praksis samt at de har ulike barrierer (Chiu et al., 2010). Dette tilsier at det er hensiktsmessig å ta hensyn til sykepleiernes særegenheter innen kunnskap i forhold til implementering av kunnskapsbasert praksis. Det henger sammen med utøvelsen av sykepleie, der kunnskap skapes i praksis og erfaring er en viktig del av sykepleiernes kunnskap i møte med pasienten.

Sykepleierne erkjente kunnskapsbrist, og hadde behov for mer kunnskap innen kunnskapsbasert praksis. Det vil være hensiktsmessig å etablere tiltak for opplæring som er tett knyttet mot praksis. Utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer er en slik aktivitet. Dette arbeidet bør videreføres, siden vi ser at det har gitt sykepleierne kunnskap og at de har fått til noen forbedringer i praksis. Ved innføring av nye fagprosedyrer, trente og testet sykepleierne sine ferdigheter på en dukke. De mente at de ved å trene på nye oppgaver kunne bidra til å få endring av kunnskapsbruk fra å være endring til å bli rutine. Betyr det at sykepleierne vil bruke ny kunnskap som er blitt erfaring, og at det er trening som skal til for å integrere den nye kunnskapen i egen erfaring? Er det først da den nye kunnskapen blir brukt? Resultatene i studien viser at sykepleierne prøvde å løse problemet ved å holde seg på linjen. De valgte bort kunnskap

som ble for utfordrende for dem i når de skulle mestre sin praksis. Med dette perspektivet må ny kunnskap innarbeides som rutine med trening, slik at den blir integrert og ikke så lett å velge bort. Læring i praksis er beskrevet av andre som blant annet ”work-based learning”, og kan være effektivt for å oppnå endring (Williams, 2010 ; Christensen, 2009).

5.4 Bruk av kunnskapsbasert praksis

Sykepleierne søkte etter ny kunnskap når pasienter eller pårørende stilte spørsmål de ikke kunne svare på, eller når de ville sikre seg at de utførte en oppgave riktig. At noen etterspurte kunnskap, utgjorde en motivasjon for å finne svar. Ut fra dette kan en anta at flere spørsmål vil stimulere sykepleierne til å innhente mer kunnskap. For å øke bruk av forskning i praksis, er det derfor relevant å undersøke hva som kan gjøres for å øke spørsmålsfrekvensen hos sykepleierne. Horsley et al. (2010) har i en oversikt med kvantitativ forskning forsøkt å vurdere effekten av intervensjoner for å øke frekvensen av spørsmål formulert av helsepersonell i praksis. De kunne imidlertid ikke identifisere noen studier med slike intervensjoner. En studie publisert på samme tid, viste at kritisk tenkning blant sykepleiere med ett års erfaring, hadde stor betydning for bruk av forskning (Wangensteen, 2010, s.19). En konsekvens av disse resultatene kan være å fokusere mer på kritisk tenkning og refleksjon for å gjøre sykepleierne mer nysgjerrige på forskning og ny kunnskap. Mantzoukas (2008) argumenterer også for å integrere kunnskapsbasert praksis med refleksjon i praksis.

Sykepleierne i denne studien turte ikke stole på egen vurdering av forskning, og de stolte heller ikke blindt på forskning. De valgte kunnskap ut fra seg selv og egen erfaring, de måtte tro på kunnskap de skulle bruke. Tro på forskning har betydning for bruk av kunnskapen. Westbrook, Gosling og Coiera (2005) har vist at sykepleiere ikke uten videre endret mening når forskning viste et annet svar enn de mente var riktig. Dette kan gjøre implementering av kunnskapsbasert praksis ekstra utfordrende for sykepleiergruppen. Leger var mer villige til å endre syn ut fra forskning (ibid.).

Sykepleierne tilrettela med tiltak og dro lasset sammen for å lykkes med tiltak og klare å få vedvarende endringer. Det at de lyktes bidro positivt, likeså at de fikk ros eller

belønning. Det betyr at samspillet i enheten var viktig for å kunne lykkes med å ta i bruk ny kunnskap og skape endringer.

Spørsmålet som kommer opp igjen, er om bruk av ny kunnskap i form av forskning etterspørres i for liten grad. I studien kom det fram at sykepleierne ønsket at det i større grad ble stilt krav til at alle skulle følge en fagprosedyre. Fagsykepleierne veiledet, men hadde ikke reell myndighet til å bestemme eller kontrollere hvis en sykepleier ikke fulgte opp. Det ble ikke stilt krav til praksis, og det var ingen kontroll av praksis. Det bør være et lederansvar å følge opp etterlevelse av ulike prosedyrer i praksis. Støtte fra ledelsen er en sentral faktor som er viktig for å lykkes med implementering av kunnskapsbasert praksis. Ledelsen bør støtte sykepleiere til å bidra aktivt i beslutningsprosesser, være pådrivere og yte anerkjennelse og belønning (Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011 ; Kenny et al., 2010). Er det lett å gjøre som man selv ønsker, er det også lett å falle tilbake til gamle rutiner.

6. Konklusjon

Denne studien har belyst flere utfordringer for sykepleiere ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus. Hovedutfordringen for sykepleierne handlet om hvordan de kunne vite hvilken kunnskap de kunne stole på i ulike situasjoner. Den genererte teorien ”Kontekstuell balansering av kunnskap” forklarer hvordan de forsøkte å løse hovedutfordringen. Teorien setter søkelyset på hvordan sykepleierne stadig prøvde å tilpasse sine aktiviteter til ulike former for kunnskap i møte med pasienten. Deres mål var å gjøre det beste for pasienten og samtidig mestre sitt arbeid. De prøvde å balansere kunnskapen de brukte i de enkelte situasjoner. Det var viktig for sykepleierne å stole på det de gjorde. Deres strategier for å oppnå det, var å ha spørrende tilnærming, undersøke kunnskap og å kontrollere egen praksis.

Forhold som påvirket sykepleierne positivt i deres handlinger for å kunne stole på kunnskap, var hovedsakelig egen motivasjon og behov for å ha kontroll. Hemmende for dem i arbeidet, var at de opplevde å ha for lite kunnskap i kunnskapsbasert praksis. Konsekvensen av sykepleiernes handlinger var at de brukte kunnskap de selv trodde på og at de ikke uten videre stolte på ny kunnskap i form av forskning.

6.1 Betydning for sykepleiepraksis

Det er viktig å ta hensyn til at sykepleiere og legers oppfatning av kunnskapsbegrepet kan være forskjellig. Funn i denne og andre studier kan tyde på at sykepleiere trenger kunnskapsbaserte, gode og lett tilgjengelige prosedyrer i større grad enn leger.

I implementering av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere kan en fokusere på å inspirere og stimulere sykepleiere til å tenke kritisk og reflektere over egen praksis, slik at det dukker opp flere spørsmål som stimulerer til å søke ny kunnskap ut fra oppriktig undring. Det vil kunne gi økt motivasjon for å ta i bruk ny kunnskap. Slik vil en støtte opp om det sykepleierne allerede gjør og bygge opp under de initiativene som er der. Sykepleierne ønsker at det stilles krav til praksis, og det kan være hensiktsmessig å etablere systemer for dette. Det bør være et lederansvar å følge opp etterlevelse av ulike prosedyrer og tiltak i praksis.

Hvis organisasjonen tar hensyn til at kunnskap for sykepleiere er relatert til praksis og deres erfaring, og tilpasser tilgangen til forskningskunnskaper etter det, vil sykepleierne kanskje føle seg tryggere på ny kunnskap og lettere ta den i bruk. Nasjonale kunnskapsbaserte sykepleiefaglige prosedyrer kan være en veg å gå for å øke bruk av kunnskapsbasert praksis.

Teorien stemmer med data ut fra forfatterens vurdering, og resultatene kan brukes som et supplement til annen forskning for å forstå hvorfor det er utfordrende å implementere kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere i sykehus.

6.2 Betydning for videre forskning

Ut fra resultatene i studien ser vi at sykepleierne gjorde en del tiltak for å ta i bruk forskning i praksis. De lyktes med vellykkede fagprosedyrer og endret praksis ved uhell eller hvis det var risiko for pasienten. Videre forskning vil med fordel kunne fokusere på hva som skjer når sykepleierne endrer praksis, og hvilken sammenheng det har med konsekvensen praksis har for pasienten.

Det kan synes fornuftig å bygge opp under de initiativene sykepleierne har og fokusere på hva som skal til for å understøtte dette i framtidig forskning. Det meste av det som skjer i praksis skjer i relasjon til andre mennesker, i et miljømessig og sosialt perspektiv. Med dette som utgangspunkt vil det være å anbefale å gjennomføre mer forskning med kvalitative metoder. Dette vil kunne bidra til mer kunnskap om sykepleiernes opplevelser og erfaringer med kunnskapsbasert praksis.

7. Referanser

Artinian, B. M. (2009) An Overview of Glaserian Theory. I: Artinian, B. M., Giske, T. & Cone, P. H. red. *Glaserian Grounded Theory in Nursing Research*. New York, Springer Publishing Company, LLC.

Bakketeig, L. S. & Magnus, P. (2002) Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 25 (122), s. 2464-7.

Berulfsen, B. & Gundersen, D. (1978) *Fremmedordbok*. 14. utg. Oslo, H. Aschehoug & Co A/S og A/S Gyldendal Norsk Forlag.

Bonis, S. A. (2009) Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6), s. 1328-41.

Bratberg, G. H. & Haugdahl, H. S. (2010) Opplæring i kunnskapshåndtering - nytter det? *Sykepleien forskning*, 10 (3), s. 192-199.

Bunch, E. H. (1998) Grounded theory - den klassiske metoden. I: Lorensen, M. red. *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Cadmus, E., Van Wynen, E. A., Chamberlain, B., Steingall, P., Kilgallen, M. E., Holly, C. & Gallagher-Ford, L. (2008) Nurses' Skill Level and Access to Evidence-Based Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 38 (11), s. 494-503.

Carter, S. M. & Little, M. (2007) Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17 (10), s. 1316-1328.

Chiu, Y.-W., Weng, Y.-H., Lo, H.-L., Hsu, C.-C., Shih, Y.-H. & Kuo, K. N. (2010) Comparison of Evidence-Based Practice Between Physicians and Nurses: A National

Survey of Regional Hospitals in Taiwan. *Journal of Continuing Education in The Health Professions*, 30 (2), s. 132-38.

Christensen, M. (2009) Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. *Nursing in Critical Care*, 14 (2), s. 86-94.

Christiansen, B. (2010) Why do nurses utilize textual knowledge sources at work? *Vård i Norden*, 30 (4), s. 4-8.

De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* Oslo, De nasjonale forskningsetiske komiteer. Nedlastet 31.01.2011 fra: [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative forskningsprosjekt i medisin og helsefag \(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative_forskningsprosjekt_i_medisin_og_helsefag_(2010).pdf)

DiCenso, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005) *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. St. Louis, Elsevier Mosby.

Doumit, G., Gattellari, M., Grimshaw, J. & O'Brien, M. A. (2007) Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1),

Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A. & Gushta, M. (2003) Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), s. 506-20.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J. & Oxman, A. D. (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2),

Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A. & Wallin, L. (2010) Use of research by nurses during their first two years after graduating. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (4), s. 878-890.

- Foxcroft, D. & Cole, N. (2000) Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3),
- Glaser, B. G. (1978) *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, California, The Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1998/2010) *Att göra grundad teori - problem, frågor och diskussion*. Mill Valley, California, Sociology Press. Utgitt 1998 med titlen: Doing grounded theory - issues and discussions.
- Glaser, B. G. (2005) *The Grounded Theory Perspective III: Theoretical Coding*. Mill Valley, California, Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York, Aldine de Gruyter.
- Greenhalgh, T. (2010) *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. 4. utg. Chichester, Wiley-Blackwell.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M. P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R. & Donaldson, C. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 8 (6),
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362 (9391), s. 1225-30.
- Grol, R. P. T. M., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P. & Wensing, M. (2007) Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. *Milbank Quarterly*, 85 (1), s. 93-138.
- Halkier, B. (2008) *Fokusgrupper*. 2. utg. Frederiksberg C, Forlaget Samfundslitteratur.

- Hartman, J. (2001) *Grundad teori: Teorigenerering på empirisk grund*. Lund, Studentlitteratur.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002) Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence-Based Medicine notebook*, 7, s. 36-38.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* Hefte 6 (2008). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsebiblioteket (2012a) [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/>> [Nedlastet 07.04.2012].
- Helsebiblioteket (03.02.12 2012b) *Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer>> [Nedlastet 11.03.12].
- Hjälmhult, E. (2007) *Erobring av handlingsrom: Helsesøsterstudenters læring i praksis*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, PhD avhandling.
- Holm, S. (1998) Viden og vidensproduksjon. I: Lorensen, M. red. *Spørsmålet bestemmer metoden: Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 13-32.
- Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004) Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *AORN Journal*, 79 (3), s. 621-34.
- Horsley, T., O'Neill, J., McGowan, J., Perrier, L., Kane, G. & Campbell, C. (2010) Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5),
- Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Organisational Change: A review for health care managers, professionals and researchers*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. London,

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A. & Oxman, A. D. (2006) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2),

Journal of Advanced Nursing (2003) Basic criteria for acceptability - qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (6), s. 545.

Kaplan, A. (1964) *The conduct of inquiry: methodology for behavioral science*. San Fransisco, Chandler Pub. Co.

Kenny, D. J., Richard, M. L., Cenicerros, X. & Blaize, K. (2010) Collaborating Across Services to Advance Evidence-Based Nursing Practice. *Nursing Research*, 59 (1), s. 11-21.

Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M. & Ahmadi, F. (2006) Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53 (1), s. 66-72.

Kunnskapsegget. (2012) [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapsegget.no/>> [Nedlastet 08.05.2012].

Kunnskapssenteret (2011) *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16 - 2011*. *Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Foretaksprosjektet%3A+Mot+kunnskapsbasert+praksis+i+spesialisthelsetjenesten.13110.cms?threpage=1>> [Nedlastet 08.04.2012].

Kunnskapssenteret (2012) [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapssenteret.no/Forsiden>> [Nedlastet 07.04.2012].

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Lomborg, K. (2005) Om grounded theory - hvad det er og ikke er. *Klinisk Sygepleje*, 19 (2), s. 4-11.

MacDonald, M. (2001) Finding a Critical Perspective in Grounded Theory. I: Schreiber, R. S. & Stern, P. N. red. *Using Grounded Theory in Nursing*. New York, Springer Publishing Company.

Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.-L., Chang, Y.-K. & Mokhtar, I. A. (2011) Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99 (3), s. 229-36.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Mantzoukas, S. (2008) A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), s. 214-23.

Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse*. Oslo, Akribe AS.

Norsk Resuscitasjonsråd (2010) *Basal HLR - Voksne* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.nrr.org/wp-content/uploads/2010/12/2.-BHLR-retningslinjer-2010.pdf>> [Nedlastet 12.05.2012].

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo, Universitetsforlaget AS.

O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., Forsetlund, L., Bainbridge, D., Freemantle, N., Davis, D., Haynes, R. B. & Harvey, E. (2007) Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4),

Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. (2002) Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2), s. 205-13.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia, Pa, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Pope, C., Mays, N. & Popay, J. (2007) *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: A guide to methods*. Open University Press.

Pravikoff, D. S., Tanner, A. B. & Pierce, S. T. (2005) Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*, 105 (9), s. 40-51.

Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2007) *Nursing Best Practice Guidelines Program*. Healthy Work Environments Best Practice Guidelines: Professionalism in Nursing. Ontario, Nedlastet 09.04.10 fra:
http://www.rnao.org/Storage/28/2303_BPG_Professionalism.pdf

Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2007) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011) Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien forskning*, 6 (2), s. 160-7.

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *...og bedre skal det bli! - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Til deg som leder og utøver.* Oslo,

Sykehuset Innlandet HF. (2010) *Strategisk Fokus 2011-2014*. Nedlastet 19.01.2011 fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/SiteCollectionDocuments/Strategisk fokus 2011-2014/H%C3%B8ringsdokument - Strategisk fokus 2011-2014 - endelig versjon \(2\)%5B1%5D.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/SiteCollectionDocuments/Strategisk_fokus_2011-2014/H%C3%B8ringsdokument_-_Strategisk_fokus_2011-2014_-_endelig_versjon_(2)%5B1%5D.pdf)

Sykehuset Innlandet HF (2012) *Kunnskapsegget* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapsegget.no/> [Nedlastet 25.03.2012].

Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K. & Wallin, L. (2007) Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implementation Science*, 2 (15), s. 16.

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tsai, S. (2003) The effects of a research utilization in-service program on nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, s. 105-113.

Wangensteen, S. (2010) *Newly graduated nurses' perception of competence, critical thinking and research utilization*. Paper III. Karlstad University.

Westbrook, J. I., Gosling, A. S. & Coiera, E. W. (2005) The Impact of an Online Evidence System on Confidence in Decision Making in a Controlled Setting. *Medical Decision Making*, 25 (2), s. 178-85.

Williams, C. (2010) Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. *Journal of Nursing Management*, 18, s. 624-32.

Hva sykepleiere er opptatt av ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus: en grounded theory studie

Åste Renolen

Mastergrad i kunnskapsbasert praksis i helsefag

Avdeling for helse og sosialfag

Høgskolen i Bergen

Denne artikkelen er planlagt for publisering i Sykepleien forskning

Hva sykepleiere er opptatt av ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus: en grounded theory studie

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Føringer initierer bruk av kunnskapsbasert praksis innen sykepleie. Selv om sykepleiere har kunnskaper og positive holdninger, er det ikke ensbetydende med at de arbeider kunnskapsbasert. Vi mangler fortsatt kunnskap om hva som skal til for å oppnå en vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis.

Hensikt: Få innsikt i hva sykepleiere opplever som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert. Videre er målet å utvikle en teori som kan forklare hvordan de handler for å møte denne utfordringen.

Metode: Kvalitativ metode med grounded theory metodologi. Datainnsamling er foretatt ved hjelp av fokusgruppeintervju i fire grupper på fire ulike geografiske steder i samme sykehus. Totalt 14 sykepleiere deltok.

Resultat: Sykepleiernes viktigste utfordring var: Hvordan kan de vite hvilken kunnskap de kan stole på? Denne utfordringen var gjennomgående i all deres håndtering av kunnskapsbasert praksis, og løstes ved kjernekategoriene ”Kontekstuell balansering av kunnskap”. Hovedstrategiene sykepleierne hadde, var å ha spørrende tilnærming, undersøke kunnskap og å kontrollere egen praksis.

Konklusjon: Sykepleierne tilpasset kunnskap de brukte, slik at de hadde kontroll i praksis. De søkte etter kunnskap ut fra egen motivasjon, stolte på egen erfaring og ble påvirket av kontekstuelle forhold.

Nøkkelord: Grounded theory, fokusgrupper, kunnskapsbasert sykepleie, prosedyre, arbeidsmiljø.

What nurses are preoccupied with in implementation of evidence-based practice in hospitals: a grounded theory study

ENGLISH SUMMARY

Background: Guidelines initiates the use of evidence-based practice in nursing.

Although nurses have the knowledge and positive attitudes, it does not mean that they are working evidence-based. We still lack knowledge about what we need to achieve a successful implementation of evidence-based practice.

Objective: Get insight into what nurses perceive as the most important challenge when they are going to work evidence-based. Furthermore, the purpose is to develop a theory that can explain how they act to meet this challenge.

Methods: A qualitative method with grounded theory methodology. Data collection is carried out through four focus group interviews in different geographical locations in the same hospital. 14 nurses participated in the study.

Results: Nurses' main challenge was: How can they know what knowledge they can trust? This challenge was consistent in their coping of evidence-based practice, and was resolved by the core category of "Contextual balancing of knowledge". The nurses' main strategies, was to have inquiring approach, examining knowledge and to control their own practice.

Conclusion: The nurses adjusted the knowledge they used, so they could control practice. They searched for knowledge based on their own motivation, trusted their own experience and was influenced by contextual factors.

Key words: Grounded theory, focus groups, evidence-based nursing, procedure, working environment.

Hva sykepleiere er opptatt av ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus: en grounded theory studie

INNLEDNING

Det forventes i dag at sykepleiere arbeider kunnskapsbasert og tilbyr pasienter i sykehus pleie og behandling ut fra beste kunnskap som er tilgjengelig. Vi har internasjonale, nasjonale og lokale føringer som tilsier at sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert (1,2,3). Å arbeide kunnskapsbasert, innebærer å bruke forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens synspunkter i fagutøvelsen i den gitte situasjon (4). Tilgang til forskningskunnskap har i løpet av kort tid blitt svært god, og det forventes at helsearbeidere skal ta i bruk denne kunnskapen. De gjør ikke det i den grad en skulle ønske. Forskning har vist at 30-40 % av pasientene ikke får behandling og pleie i henhold til eksisterende vitenskapelig kunnskap (5). Selv om sykepleiere har kunnskap om kunnskapsbasert praksis og har positive holdninger, er det ikke ensbetydende med at de arbeider kunnskapsbasert (6-10). Det mangler fortsatt kunnskap om hvordan man kan øke bruk av kunnskapsbasert praksis ytterligere (11-13).

Oppmerksomheten på den sykes erfaringer som syk og hjelpetrengende utgjør kjernen i utøvelsen av sykepleie. Det betyr at kunnskap og prosedyrer er vevet sammen med empatisk forståelse og håndlag i sykepleien (14). Det er ikke slik at teori og vitenskap blir oppfattet som den egentlige kunnskapen, og at praksis er et sted der kunnskapen blir anvendt. Praksis er en kilde til kunnskap i seg selv (15). Sykepleie utøves i praksis i direkte møte med pasienter, og kunnskap skapes i disse møtene. Implementering av kunnskapsbasert praksis utfordrer sykepleierne i forhold til dette, med hvilken kunnskap de skal bruke, og hvordan de skal bruke den for å forbedre praksis. I studien er kildene vurdert samlet, fordi søk etter kunnskap utgjør en problemstilling for sykepleierne, uavhengig av om det gjelder kunnskapsbaserte fagprosedyrer, studier eller andre kilder. Pasientmedvirkning er viktig for sykepleierne, men er ikke viet fokus i artikkelen.

Hensikt med denne studien er å få innsikt i hva sykepleiere opplever som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert. Videre er målet å utvikle en teori som kan forklare hvordan de prøver å løse denne utfordringen.

METODE

Det er benyttet kvalitativ metode med grounded theory som metodologi. Grounded theory er basert på generering av teori ut fra data som er systematisk innhentet gjennom forskning (16,17). Dataene er innhentet og analysert i tråd med Glasers videreutvikling av metodologien (16,18). Grounded theory egner seg for å undersøke sykepleieres praksiserfaringer, utdannelsesforløp og samspill med andre (19). Den genererte teorien er utarbeidet fra kjernekategoriene og strategier som sykepleierne anvender for å håndtere sin hovedutfordring (17). Kjernekategoriene og strategiene er vokst fram av et materiale samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Utvalg

Populasjonen var omkring 40 sykepleiere som hadde vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer i et stort sykehus på Østlandet. De ble valgt ut fordi de hadde vært gjennom samme opplæringsprogram og arbeidsmetode innen kunnskapsbasert praksis. Dette ble gjennomført ved at de i utarbeidelsen av fagprosedyrene tilegnet seg kunnskaper innen alle områdene i kunnskapsbasert praksis. Av disse sykepleierne ble 28 spurt om å delta i studien. Ti sykepleiere takket nei eller lot være å svare, og fire som takket ja kunne ikke delta på gjeldende tidspunkt.

Datainnsamling og dataanalyse

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervju med totalt 14 informanter i perioden november 2011 til januar 2012. Intervjuene ble gjennomført på sykepleierne egne geografiske arbeidsplasser, totalt fire forskjellige steder. Hvert intervju hadde en varighet på en time. Forfatter var ordstyrer i intervjuene og hadde i tillegg med en hjelper med gode kunnskaper innen kunnskapsbasert praksis i de tre første intervjuene. Informantene fikk informasjon om ordstyrer og hjelpers kompetanse og arbeid i sykehuset. I intervjuene ble det brukt en semistrukturert intervjuguide (20). I tillegg er det brukt data fra et etterintervju initiert av en av deltakerne. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert av forfatteren. Etter første intervju ble det foretatt en åpen koding av alle data, og de første kategoriene vokste fram. Ut fra denne analysen, ble det gjort endringer i intervjuguiden som viste seg å passe til de tre siste intervjuene. Data ble hele tiden kodet og analysert før det neste intervju, i tråd med grounded theory, som også kalles den konstant sammenlignende metode (16, 19).

Etter det andre intervjuet begynte jeg å ane hva dette handlet om, og kunne styre datainnsamlingen deretter. Kjernekategoriene vokste fram, og kodingen gikk over fra å være åpen til å bli mer selektiv i forhold til kategoriene som var relevante ut fra kjernekategoriene. Etter andre fokusgruppeintervju kom det ikke fram nye kategorier, men kategoriene fikk flere egenskaper. Teoretisk metning syntes å være oppnådd etter fjerde fokusgruppeintervju. Parallelt med kodingen ble det skrevet notater om kodede data og sammenhenger mellom dem, som senere er brukt i teoridannelsen (16-18). Datamaterialet resulterte i mange koder og 17 foreløpige kategorier. Disse ble etter hvert i begrepsliggjøringen samlet til tre hovedkategorier. Et utsnitt av prosessen med å bearbeide data med åpen, selektiv og teoretisk koding er vist i Tabell 1.

Tabell 1

Etiske aspekter

Informantene i studien fikk skriftlig informasjon og invitasjon tilsendt i brev, og ga skriftlig samtykke til deltakelsen. Det ble presisert at deltakelsen var frivillig, og at deltakerne kunne trekke seg når som helst i studien. Det er tatt hensyn til at det nesten alltid er fare for gjenkjennelse av informanter i kvalitativ forskning (21). Det var ikke framleggingsplikt for REK i studien. Tillatelse fra personvernombudet i Norsk Samfunnsmedisinsk Datatjeneste ble gitt. I tillegg ble studien godkjent i sykehuset og av personvernombudet tilknyttet Oslo Universitetssykehus.

RESULTAT

Gjennom koding av data, vokste sykepleiernes hovedutfordring fram. Den viste seg å være: Hvordan kan sykepleierne vite hvilken kunnskap de kan stole på? Denne utfordringen var gjennomgående i all deres håndtering av kunnskapsbasert praksis, og løstes ved kjernekategoriene ”Kontekstuell balansering av kunnskap”. Kjernekategoriene gjenspeiles i tre hovedkategorier, som er vist i Figur 1.

Figur 1

Sykepleierne brukte disse kategoriene, også kalt strategiene, om hverandre i sin streben etter å balansere kunnskap de kunne bruke. En oversikt over strategiene med tilhørende forhold og konsekvenser er vist i Tabell 2.

Tabell 2

Når sykepleierne balanserte kunnskap, foretok de valg som gjorde at de ”holdt balansen” på en hovedlinje. De tilpasset kunnskap de brukte ut fra hver enkelt situasjon. Dette harmonerer med Glasers (17, s.77) teoretiske kodefamilie ”The Mainline Family”, og utgjør mønsteret i sykepleiernes handlinger.

Har spørrende tilnærming

Sykepleierne hadde en spørrende tilnærming til kunnskapen. De var positive, undrende, prøvde seg fram og deltok i aktiviteter andre organiserte. De tok i mot hjelp, deltok i undervisning og utarbeidet kunnskapsbaserte fagprosedyrer sammen med veileder. De lærte gjennom erfaringen de fikk, og resultatet var at de ble tryggere på egne kunnskaper innen kunnskapsbasert praksis. Utarbeidelsen av fagprosedyrene førte dessuten til at sykepleierne fikk flere kunnskapsbaserte fagprosedyrer de kunne stole på. Ved å lage dem generelle og utveksle dem med andre sykehus i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, fikk de også tilgang til flere fagprosedyrer.

Drivkraften i arbeidet var egen og andres motivasjon og at de hadde kontroll over kunnskap i form av egne fagprosedyrer. Det var en utfordring at det manglet overordnet prioritering med nok avsatte ressurser.

Undersøker kunnskap

Den andre strategien undersøker kunnskap innebar å lete etter kunnskap og å kvalitetstvurdere den. Sykepleierne tilpasset også systemet fordi det var vanskelig å finne kunnskapen. Tilpasningen gjorde de ved å skrive ut prosedyrer på papir for å ha dem lett tilgjengelig. I tillegg forbedret de søkeordene i fagprosedyrer, så de skulle finne dem. Dette ga en slags kontroll over situasjonen. Sykepleierne var motiverte for å søke etter kunnskap når det var spesielle oppgaver de skulle løse, eller når de skulle svare på spørsmål fra pasienter eller pårørende. De søkte også når de mente de visste hva de skulle gjøre, men trengte en bekreftelse på at de gjorde det rette.

Førstevalg for søk etter kunnskap var i et uoversiktlig system i sykehuset, med mange prosedyrer av ulik kvalitet. Det var vanskelig å vite hvilken fagprosedyre de kunne stole på. De spurte også hverandre, brukte telefon, telefaks og papirkopier. Videre søkte de i

Helsebiblioteket, Kunnskapssenteret, internettsider til andre helseforetak, Google og Wikipedia. Sykepleiernes kunnskap innen kunnskapsbasert praksis påvirket valg av hvor de søkte. Den enkelte sykepleier kunne finne forskjellig kunnskap avhengig av egne søkeferdigheter.

Sykepleierne kvalitetsvurderte kunnskap ved å se på relevans, gyldighet og kvalitet, men turte ikke helt å stole på egen vurdering. Dette skyldtes manglende kunnskap i å vurdere forskningen kritisk. De brukte kunnskapsbaserte fagprosedyrer i noen grad, men det viste seg likevel at de ikke uten videre endret praksis ut fra alt nytt. De endret ikke praksis hvis de selv var usikre på nytten.

Kontrollerer egen praksis

Når sykepleierne fulgte opp eller iverksatte nye tiltak ut fra ny kunnskap, gjorde de det med følelse av kontroll og mestring i praksis. De vurderte bruksnyttens kunnskapen hadde ut fra egen erfaring, og gode grunnkunnskaper var viktig. For å oppleve kontroll i praksis, tok sykepleierne avgjørelser ut fra seg selv og det de selv stolte på:

”Men vi har det beste ikke sant, for vi gjør sånn som vi alltid har gjort.”

De brukte hovedsakelig etablert kunnskap framfor å følge ny kunnskap, og de brukte forskjellig kunnskap. Det bidro til ulik praksis mellom sykepleiere, enheter, avdelinger og divisjoner i samme sykehus.

Negativ erfaring ved bruk av en prosedyre, kunne gjøre at sykepleieren valgte den bort. En annen som hadde positiv erfaring med samme prosedyre kunne velge å bruke den. En problemstilling var at sykepleiere som klarte å finne ny kunnskap og å ta den i bruk, kunne komme i en sterkere posisjon enn de med mer erfaring, som ikke så lett fant ny kunnskap. For noen førte dette til A og B lag i enheten, der de som var dyktigst til å finne kunnskapen kom på A laget. Dette skapte frustrasjoner hos erfarne sykepleiere som tidligere hadde representert A laget.

Motivasjonen til sykepleierne var at de ønsket å gjøre det beste for pasienten, innenfor rammen av egen kontroll. Denne balanseringen av kunnskap i gjorde at sykepleierne gjorde det de kunne i enkeltsituasjoner for å tilrettelegge for bruk av ny kunnskap. De

tilrettela for bruk av noen fagprosedyrer og brukte vellykkede fagprosedyrer. Resultatet var at de lyktes med noe nytt. Strategiene de brukte, var å innføre tiltak, følge opp over tid, dra lasset sammen og å trene opp sine ferdigheter. For eksempel mente de at å trene på nye oppgaver kunne bidra til å få ny kunnskap fra å være endring til å bli rutine. I studien kom det videre fram at det var en hemmende faktor for implementering av ny kunnskap at det ikke ble stilt krav til praksis, eller at noen kontrollerte praksis. Fagsykepleierne veiledet og fulgte opp, men det manglet i stor grad at ledere på ulike nivå sjekket etterlevelse av ny kunnskap. Sykepleierne opplevde at det manglet ressurser, og at det var for lett å gjøre som en selv ønsket, det var lett å falle tilbake til gamle rutiner. De ønsket at det i større grad ble stilt krav til at alle skulle følge en fagprosedyre. Noe som virket positivt, var å få gode tilbakemeldinger. Belønning og ros virket motiverende.

Sykepleierne brukte lettere prosedyrer som de anså var viktige ved at de utsatte pasienten for risiko ved å ikke bruke prosedyren. Likeledes ble sykepleierne påvirket av uhell på en positiv måte. De leste nøye i en prosedyre etter uhell, og endret praksis ut fra det.

At en prosedyre hadde meningsfullt innhold og klare fordeler, påvirket også bruken positivt. Uenighet om hvilken kunnskap som skulle brukes, var likevel en hemmende faktor for sykepleierne når de skulle finne ut hvilken kunnskap de kunne stole på. En klar prosedyre med et godt kunnskapsgrunnlag kunne bli vanskelig å følge:

”Likevel så opplevde jeg som sykepleier at leger trakk i tvil prosedyren og bakgrunnen for prosedyren, selv om den var basert på artikler og undersøkelser som var beskrevet.”

Slik kunne også kollegene påvirke hverandre så de enkelte sykepleierne balanserte sin bruk av kunnskap ut fra hvem de samarbeidet med i den enkelte situasjon.

DISKUSJON

En grounded theory skal passe med data, fungere, være relevant og kunne modifiseres (17). Resultatene er vokst fram fra data gjennom en grundig analyseprosess, og teorien stemmer med data. Data er kun fra ett sykehus, men fra fire ulike geografiske steder.

Forskerens forutinntatthet på grunn av erfaring og interesse i området, kan ha påvirket informantene og preget dataanalysen. På den annen side har det styrket evnen til å forstå betydningen i dataene og gitt redskap til begrepsutviklingen. Glaser (17) poengterer nettopp viktigheten av å være teoretisk sensitiv.

Sykepleieres viktigste utfordring ved implementering av kunnskapsbasert praksis, var hvordan de kunne vite hvilken kunnskap de kunne stole på. De hadde noen strategier for å løse dette, for å oppnå kontekstuell balansering av kunnskap. De tre hovedstrategiene eller handlingsmønstrene var ”Har spørrende tilnærming”, ”Undersøker kunnskap” og ”Kontrollerer egen praksis”. Konsekvensen av deres strategier var at sykepleierne i utgangspunktet ble tryggere på sine kunnskaper i kunnskapsbasert praksis. Når de skulle finne, vurdere og bruke ny kunnskap, var det likevel vanskelig å vite hvilken kunnskap de kunne stole på.

Motivasjon for å søke ny kunnskap

Sykepleierne tilstrebet å balansere kunnskapen, og søkte etter ny kunnskap de hadde behov for, og kunne forholde seg til. En kvalitativ studie har vist sammenfallende resultater. Christiansen (22) fant tre årsaker til at sykepleiere søker etter kunnskap. Det var for å løse en konkret problemstilling, bekrefte og forbedre ferdigheter samt når de ønsket å styrke egen faglighet innen et område (22). For å øke bruk av forskning i praksis, er det derfor relevant å undersøke hva som kan gjøres for å øke spørsmålsfrekvensen hos sykepleierne. Horsley et al. (23) har i en ny oversikt forsøkt å vurdere effekten av intervensjoner for å øke frekvensen av spørsmål formulert av helsepersonell i praksis. De kunne imidlertid ikke identifisere noen studier med slike intervensjoner. En studie publisert på samme tid, viste at kritisk tenkning blant sykepleiere med ett års erfaring, hadde stor betydning for bruk av forskning (24, III s.19). En kvalitativ studie har vist at sykepleiere mangler motivasjon til å finne svar ved hjelp av forskning, de lærer av erfaring (25). En konsekvens av disse resultatene kan være å fokusere mer på kritisk tenkning og refleksjon for å gjøre sykepleierne mer nysgjerrige på forskning. Mantzoukas (26) argumenterer også for å integrere kunnskapsbasert praksis med refleksjon i praksis.

Søker etter kunnskap

Det var vanskelig for sykepleierne å finne kunnskap de kunne stole på, både i sykehusets prosedyrer og andre databaser. Det skyldtes vanskelige systemer og lite trening i å søke på internett. Annen forskning bekrefter at sykepleiere mangler kunnskaper i litteratursøk og i å kvalitetsvurdere kunnskap (8, 9, 27-30). Siden sykepleierne først søkte i egne prosedyrer, vil en kunne legge et grunnlag for bruk av ny kunnskap med å få flere kunnskapsbaserte fagprosedyrer i et oversiktlig system.

Stoler på kunnskap

Westbrook, Gosling og Coiera (31) har vist at sykepleiere ikke uten videre endret mening når forskning viste et annet svar enn de mente var riktig. Dette kan gjøre implementering av kunnskapsbasert praksis ekstra utfordrende for sykepleiergruppen. Leger var mer villige til å endre syn ut fra forskning (31). Sykepleierne i denne studien turte ikke stole på egen vurdering av forskning, og de stolte heller ikke blindt på forskning. De valgte kunnskap ut fra seg selv og egen erfaring, de måtte tro på kunnskap de skulle bruke. Dette stemmer med annen forskning, som har vist at sykepleiere ser på erfaring som en viktigere kilde til kompetanseutvikling enn vitenskap (25, 29, 32, 33). Imidlertid er læresituasjoner i praksis ikke alltid planlagt, og noen ganger kan det gi feil kunnskap (25, 34). Ved å implementere kunnskapsbasert praksis gjennom systematisk trening og læring i praksis i egen enhet, vil forskning kunne få større troverdighet hos sykepleierne og praksis bli mer i tråd med ny kunnskap.

Det var to situasjoner som helt klart gjorde at sykepleierne endret praksis. Det var når de opplevde uhell, eller utsatte pasienten for fare ved å ikke følge ny kunnskap. Dette er interessant, fordi det viser at hvis konsekvensen var alvorlig for pasienten, trodde de på ny kunnskap. Det har vært vanskelig å finne forskning som belyser hvorfor sykepleierne endrer praksis i slike situasjoner, og inspirer til videre undersøkelse.

Gjennomfører tiltak

Sykepleierne lyktes med tilrettelegging for bruk av noen prosedyrer og bruk av vellykkede prosedyrer. Det viser at innhold har betydning og at ny kunnskap som gjennom trening blir etablert som rutine, sannsynligvis blir mer brukt. Likevel opplevde sykepleierne at kolleger påvirket hverandre, og at deres vurderinger for å balansere kunnskap, varierte ut fra hvem som var på jobb. Noen boikottet en prosedyre av god

kvalitet på grunn av uenighet. Dette tyder på at et klart innhold ikke alltid gjør at en prosedyre blir brukt. Det kunne også oppstå problemer i arbeidsmiljøet fordi sykepleierne brukte ulik kunnskap ut fra ulike søkeferdigheter. Dette kan også ses i sammenheng med at det ikke ble stilt krav til praksis og at ingen kontrollerte praksis. Forskning har vist mange ulike barrierer for implementering av kunnskapsbasert praksis (9, 10, 27, 35, 36). Kunnskap om barrierene og tiltak for å redusere dem har likevel ikke påvirket praksis tilstrekkelig. En studie har overraskende vist at barrierene har minimal betydning for implementeringen, og at det kan være galt å ha fokus på dem (37). Studien har noen begrensninger som resultatene må ses i lys av, men det kan bidra til å tenke bredere enn barrierer for å lykkes. Det er lite som tyder på at individuelle faktorer som holdninger og engasjement i forskningsaktiviteter har betydning for bruk av forskning (38). Videre undersøkelser bør fokusere mer på miljømessige og sosiale perspektiv.

KONKLUSJON

Hovedutfordringen for sykepleierne ved implementering av kunnskapsbasert praksis handlet om hvordan de kunne vite hvilken kunnskap de kunne stole på. Den genererte teorien om kontekstuell balansering av kunnskap ser ut til å forklare hvordan de forsøkte å løse hovedutfordringen. De prøvde å balansere kunnskapen de brukte i de enkelte situasjoner. Det var viktig for sykepleierne å stole på det de gjorde. Deres strategier for å oppnå det, var å ha spørrende tilnærming, undersøke kunnskap og å kontrollere egen praksis. Teorien stemmer med data ut fra forfatterens vurdering, og resultatene kan brukes som et supplement til annen forskning i implementering av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere i sykehus.

Takk

Jeg ønsker å rette en stor takk til alle sykepleierne som brukt tid i sin travle hverdag til å dele sine erfaringer med meg. Uten dere hadde jeg ikke fått tilgang til data som har ført til denne artikkelen. En stor takk til Wenche Rinde for medvirkning i fokusgruppene, gjennomtenkte spørsmål og for inspirerende oppsummeringer.

Interessekonflikter

Forfatter har ingen interessekonflikter.

REFERANSER

1. **Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).** Nursing Best Practice Guidelines Program. Healthy Work Environments Best Practice Guidelines: Professionalism in Nursing. Ontario. 2007:14-29. Tilgjengelig fra: http://www.rnao.org/Storage/28/2303_BPG_Professionalism.pdf. (Nedlastet 09.04.10).
2. **Sosial- og helsedirektoratet.** ...og bedre skal det bli! - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Til deg som leder og utøver. Oslo. 2005.
3. **Sykehuset Innlandet HF.** Strategisk Fokus 2011-2014. 2010. Tilgjengelig fra: [http://www.sykehuset-innlandet.no/SiteCollectionDocuments/Strategisk%20fokus%202011-2014/H%C3%B8ringsdokument_-_Strategisk_fokus_2011-2014_-_endelig_versjon_\(2\)\[1\].pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/SiteCollectionDocuments/Strategisk%20fokus%202011-2014/H%C3%B8ringsdokument_-_Strategisk_fokus_2011-2014_-_endelig_versjon_(2)[1].pdf). (Nedlastet 19.01.2011).
4. **Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M.** Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund, Oslo. 2007.
5. **Grol, R. & Grimshaw, J.** From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. 2003;362:1225-30.
6. **Tsai, S.** The effects of a research utilization in-service program on nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40:105-13.
7. **Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A. & Wallin, L.** Use of research by nurses during their first two years after graduating. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66:878-90.
8. **Cadmus, E., Van Wynen, E. A., Chamberlain, B., Steingall, P., Kilgallen, M. E., Holly, C. & Gallagher-Ford, L.** Nurses' Skill Level and Access to Evidence-Based Practice. *The Journal of Nursing Administration*. 2008;38:494-503.

9. **Hommelstad, J. & Ruland, C. M.**) Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *AORN Journal*. 2004;79:621-34.
10. **Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M.** Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11:205-13.
11. **Greenhalgh, T.** How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. 4. utg. Chichester, Wiley-Blackwell. 2010.
12. **Thompson, D. S., Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., Moore, K. & Wallin, L.** Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implementation Science*. 2007;2(15)
13. **Tsai, S.** The effects of a research utilization in-service program on nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40:105-13.
14. **Nortvedt, P.** Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk. Universitetsforlaget AS, Oslo. 2008.
15. **Thornquist, E.** Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2009.
16. **Glaser, B. G. & Strauss, A. L.** The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine de Gruyter, New York. 1967.
17. **Glaser, B. G.** Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory. The Sociology Press, Mill Valley, California. 1978.
18. **Hartman, J.** Grundad teori: Teorigenerering på empirisk grund. Studentlitteratur, Lund. 2001.
19. **Lomborg, K.** Om grounded theory - hvad det er og ikke er. *Klinisk Sygepleje*. 2005;19(2):4-11.

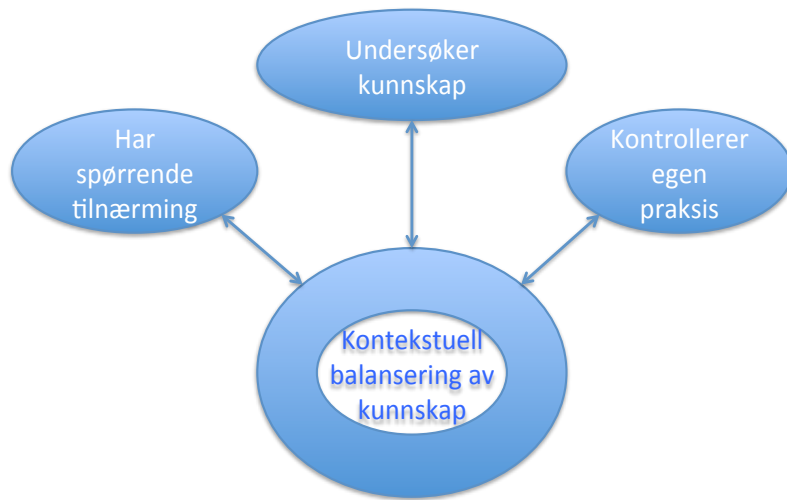
20. **Kvale, S. & Brinkmann, S.** Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2009.
21. **Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H.** Medisinsk og helsefaglig etikk. 2. utg. Gyldendal akademisk, Oslo. 2007.
22. **Christiansen, B.** Why do nurses utilize textual knowledge sources at work? *Vård i Norden*. 2010;30(4):4-8.
23. **Horsley, T., O'Neill, J., McGowan, J., Perrier, L., Kane, G. & Campbell, C.** Interventions to improve question formulation in professional practice and self-directed learning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;(5)
24. **Wangensteen, S.** Newly graduated nurses' perception of competence, critical thinking and research utilization. (Doktoravhandling). Karlstad University. 2010.
25. **Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M. & Ahmadi, F.** Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*. 2006;53:66-72.
26. **Mantzoukas, S.)** A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:214-23.
27. **Bratberg, G. H. & Haugdahl, H. S.** Opplæring i kunnskapshåndtering - nytter det? *Sykepleien forskning*. 2010;10:192-9.
28. **Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y-L., Chang, Y-K. & Mokhtar, I. A.** Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*. 2011;99:229-36.
29. **Pravikoff, D. S., Tanner, A. B. & Pierce, S. T.** Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*. 2005;105(9):40-51.

30. **Chiu, Y.-W., Weng, Y.-H., Lo, H.-L., Hsu, C.-C., Shih, Y.-H. & Kuo, K. N.** Comparison of Evidence-Based Practice Between Physicians and Nurses: A National Survey of Regional Hospitals in Taiwan. *Journal of Continuing Education in The Health Professions*. 2010;30:132-38.
31. **Westbrook, J. I., Gosling, A. S. & Coiera, E. W.** The Impact of an Online Evidence System on Confidence in Decision Making in a Controlled Setting. *Medical Decision Making*. 2005;25:178-85.
32. **Hutchinson, A. M. & Johnston, L.** An observational study of health professionals' use of evidence to inform the development of clinical management tools. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:2203-11.
33. **Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J. & Scott-Findlay, S.** Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research*. 2005;15:460-76.
34. **Christensen, M.** Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. *Nursing in Critical Care*. 2009;14(2):86-94.
35. **Kajermo, K. N., Boström, A.-M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M. & Estabrooks, C. A.** The BARRIERS scale - the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science*. 2010;5(1):32-53
36. **Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W.** Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien forskning*. 2011;6:160-7.
37. **Brown, C. E., Ecoff, L., Kim, S. C., Wickline, M. A., Rose, B., Klimpel, K. & Glaser, D.** Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:1944-51.

38. **Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A. & Gushta, M.**
Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of
Advanced Nursing*. 2003;43:506-20.

Tabell 1: Bearbeiding av data

Rådata fra transkriberte intervju	Åpen koding Koder alle hendelser og utsagn ut fra innhold. Genererer kategorier	Selektiv koding Koder hendelser relatert til kjerne-kategorien	Teoretisk koding Formulerer hypoteser som beskriver sammenheng mellom kategoriene
<p>...Mange av oss vi er ganske godt grunnfestet i erfaring, og stoler veldig på erfaring...</p> <p>...For du kan jo si sånn som så enkle ting som å ta høyde og vekt, er – er jo såpass kunnskapsbasert at det bør være i alle journaler. Men det er ikke så lett å finne, for det er jo ingen som tar høyde og vekt..</p> <p>...Du må ha en utvelgelse av hvem du skal ta blodtrykk på...eller der blodtrykket har vært jevnt over tid, og det er ikke noen grunn til å tro at det vil forandre seg. Og da fortsette å ta blodtrykk morgen og kveld, det føles litt meningsløst...</p>	<p>Stoler på erfaring</p> <p>Måler ikke høyde og vekt</p> <p>Gjennomfører ikke enkle kunnskapsbaserte tiltak</p> <p>Overprøver</p> <p>Velger bort meningsløse tiltak</p>	<p>Stoler på erfaring</p> <p>Tar egne avgjørelser</p> <p>Vurderer bruksnytte</p>	<p>Vurderer bruksnytte ut fra egen erfaring</p>



Figur 1: Kjernekategori og hovedkategorier

Tabell 2: Hovedkategorier, underkategorier, konsekvenser og forhold

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI	KONSEKVENNS
Har spørrende tilnærming	Tar imot hjelp Utarbeider kunnskapsbaserte prosedyrer Lærer gjennom erfaring Utveksler kunnskapsbaserte prosedyrer	Blir tryggere på egne kunnskaper Får flere kunnskapsbaserte prosedyrer
Undersøker kunnskap	Leter etter relevant kunnskap Tilpasser systemet Kvalitetsvurderer kunnskap	Tør ikke stole på ny kunnskap Endrer ikke praksis ved dårlig kunnskapsgrunnlag
Kontrollerer egen praksis	Vurderer bruksnytte Tar egne avgjørelser Tilrettelegger for bruk Bruker vellykkede prosedyrer	Bruker kunnskap de selv tror på Bruker forskjellig kunnskap
FREMMENDE FORHOLD		HEMMENDE FORHOLD
Egen motivasjon Egen kontroll God grunnkunnskap Andre påvirker Ledelsesforankring Ressurstilgang Innhold har betydning		Mangler kunnskap Mangler ressurser Manglende styring Uoversiktlig prosedyresystem Uklare prosedyrer Uenighet om kunnskap Negativ erfaring

Vedlegg I

Intervjuguide I til semistrukturert intervju

Aktuelle spørsmål relatert til tema:

- Kan dere fortelle hvordan det er å skulle arbeide kunnskapsbasert i praksis?
- Kan dere beskrive en situasjon der dere har lyktes med å arbeide kunnskapsbasert?
Hva var det som gjorde at dere lyktes?
- Kan dere beskrive en situasjon der dere ikke lyktes med å arbeide kunnskapsbasert?
Hva var det som gjorde at dere mislyktes?
- Hva tror dere det er viktig å gjøre for å lykkes med å arbeide kunnskapsbasert på deres avdeling?
- Kan dere fortelle hva de faglige eller emosjonelle utfordringene i praksis er, når man skal arbeide kunnskapsbasert?

Avslutning:

- Er det noe som ikke har vært nevnt, som bør tas med til slutt?

Vedlegg II

Intervjuguide II til semistrukturert intervju

Aktuelle spørsmål relatert til tema:

- Kan dere fortelle hvordan dere løser problemer i konkrete pasientsituasjoner?
- Kan dere fortelle hvordan dere går fram for å finne kunnskap når dere støter på et problem i praksis?
- Hvordan tror dere at dere kan følge kunnskapsbasert praksis?
- Kan dere beskrive en konkret situasjon der kunnskapsbasert praksis er blitt fulgt? Hva gjorde at det gikk så fint?
- Kan dere beskrive en konkret situasjon der kunnskapsbasert praksis ikke er blitt fulgt? Hva gjorde at det gikk galt?
- Hva tror dere det er viktig å gjøre for å lykkes med å arbeide kunnskapsbasert på deres avdeling?
- Kan dere si noe om hvordan man kan vedlikeholde endring over tid?
Er det noe som går av seg selv?
- Har noen opplevd komplikasjoner eller uhell, der dere har måttet finne kunnskap et sted for å vite hva dere skulle gjøre? Hvordan har det vært?
- Kan dere fortelle hva de faglige eller emosjonelle utfordringene i praksis er, når man skal arbeide kunnskapsbasert?

Avslutning:

- Er det noe som ikke har vært nevnt, som bør tas med til slutt?

Vedlegg III

Framlegging i REK

Fra: Øyvind Straume [Oyvind.Straume@mofa.uib.no]

Sendt: 31. mai 2011 08:20

Til: 'Åste Renolen'

Kopi: 'rek-vest@uib.no'

Emne: RE: Spørsmål om fremleggingsplikt.

Hei,

Helseforskningsloven gjelder for virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Formålet i dette prosjektet er en evaluering av hvilke utfordringer sykepleiere har i praksis, og er, som du selv antar, ikke fremleggingspliktig for REK.

Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.

REK gjør oppmerksom på at dersom du skal samle inn personopplysninger må prosjektet klareres med NSD.

mvh
Øyvind Straume
seniorkonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Vest-Norge (REK Vest)
Postadresse: Postboks 7804, 5020 Bergen
Besøksadresse: Haukeland universitetssykehus, 5021 Bergen
Telefon: 55 97 84 97
E-post: rek-vest@uib.no
<http://helseforskning.etikkom.no>

From: Åste Renolen [mailto:arenolen@bbnett.no]

Sent: Monday, May 30, 2011 3:45 PM

To: rek-vest@uib.no

Subject: Spørsmål om fremleggingsplikt.

Hei.

Jeg er mastergradsstudent i kunnskapsbasert praksis i helsefag på Høgskolen i Bergen, og driver og forbereder min masteroppgave.

Tittelen i oppgaven er: "Utfordringer for sykepleiere som har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer, når de skal arbeide

kunnskapsbasert.”

Formålet med studien, er å få kunnskap om det å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre, kan være en positiv arbeidsform som gjør at sykepleiere blir i stand til å bruke forskning som en del av kunnskapsgrunnlaget for å ta avgjørelser i praksis. Hva opplever sykepleierne som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert? Ønsket er å utarbeide en teori om hva som kan være hovedproblemet med å bruke forskning i praksis.

Utvalget er sykepleiere som har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer i sykehuset. Det er omkring 50 sykepleiere. Data er planlagt samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervju i fokusgrupper, gjennomført ut fra en intervjuguide. Det handler altså om å spørre helsepersonell om hvordan de jobber og hvilke utfordringer de har i praksis.

Ut fra det jeg tror i henhold til Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, kommer dette prosjektet ikke inn under reglene for fremleggingsplikt i REK. Jeg har likevel blitt anbefalt av skolen å få dette vurdert for å være helt sikker. Oppgaven er tenkt skrevet som en artikkel som skal kunne publiseres.

Skal det sendes søknad til REK for dette prosjektet? Er det evt. nødvendig med mer opplysninger for å vurdere det, vil jeg selvfølgelig sende det.

Vennlig hilsen Åste Renolen
arenolen@bbnett.no
Tlf. 41645597

Vedlegg IV

Godkjenning i NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Esther Hjålmhult
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5020 BERGEN

Vår dato: 23.08.2011

Vår ref: 27643 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.07.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27643

Utfordringer for sykepleiere som har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer når de skal arbeide kunnskapsbasert. Hva opplever sykepleiere som den viktigste utfordringen ved implementering av kunnskapsbasert praksis?

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student*

*Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder
Esther Hjålmhult
Åste Renolen*

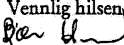
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Åste Renolen, Skårsetsaga 34, 2618 LILLEHAMMER

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svana@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-ame.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27643

Formålet med prosjektet er å få kunnskap om det å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre, kan være en positiv arbeidsform som gjør at sykepleiere blir i stand til å bruke forskning som en del av kunnskapsgrunnlaget for å ta avgjørelser i praksis.

Utvalget omfatter 20-30 sykepleiere som har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer i sykehuset. Prosjektleder oppretter førstegangskontakten. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakten.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju/gruppeintervjue. Innsamlede opplysninger registreres på pc i nettverk tilknyttet Internett tilhørende Høgskolen i Bergen og på privat pc. Datamaterialet skal lagres på minnepenn. Personvernombudet minner om at mobile lagringsenheter er mindre sikre og at personopplysninger kan komme på avveie, og anbefaler derfor at det benyttes kryptert minnepenn. Personvernombudet forutsetter at bruk av minnepenn og privat pc er i tråd med Høgskolen i Bergen sine interne retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonskrivet tilfredsstillende.

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 01.07.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

Godkjenning i Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF

 200700812-121 25.10.2011
 520 HELDIR


BEVAR

E11219

Fylles ut av SI ved 1. gangs registrering

- Registreringsskjema for:
- All forskning
 - Utviklings- kvalitetsprosjekter som benytter person-/journalopplysninger

Ved førstegangsregistrering:	Fyll ut alle hvite og grønne skraverter felter i skjemaet			
Ved endrings- årlig statusmelding:	Fyll ut de grønne skraverter feltene, prosjektnr og feltene hvor eventuelle endringen foreligger.			
1. Prosjektets tittel				
Hva opplever sykepleiere som den største utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert?				
2. Prosjektleder (For forsknings prosjekter angis seniorforsker/hovedveileder for prosjektet. Ellers angis avdelings sjef.)				
Tittel:	Førsteamanuensis			
Navn:	Esther Hjälmhult			
Avdeling:	Avdeling for Helse- og sosialfag, senter for kunnskapsbasert praksis			
Divisjon:				
Telefoner:	Kontor: 55587238 / Mobil: 95857670			
E-post:	ehj@hib.no			
Institusjon:	Høgskolen i Bergen			
3. Forsker/stipendiat (Den person i Sykehuset Innlandet som utfører hovedtyngden av arbeidet i prosjektet.)				
Tittel:	Mastergradsstudent / avdelingssykepleier			
Navn:	Åste Renolen			
Avdeling:	Indremedisin, dialyse / Avdeling for kunnskapsstøtte			
Divisjon:	Lillehammer / Stab Helse			
Telefoner:	Privat mobil: 41645697			
E-post:	aste.renolen@sykehuset-innlandet.no			
Institusjon:	Sykehuset Innlandet HF			
4. Samarbeidspartnere (interne/eksterne)				
Navn:	Avdeling:	Divisjon:	Institusjon	
Wenche Rinde	Indremedisin	Lillehammer	Sykehuset Innlandet HF	
5. Prosjekt mål (hoved- og delmål) Maksimalt 7 linjer. Beskrivelse utover dette kommer ikke med på den signerte utskriften!!!				
Formålet med prosjektet, er å få kunnskap om det å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre kan være en positiv arbeidsform som gjør at sykepleiere blir i stand til å bruke forskning som en del av kunnskapsgrunnlaget for å ta avgjørelser i praksis. Det er ønskelig å undersøke hva som kan være hovedproblemet med å bruke forskning i praksis, og se på hva man kan gjøre for å løse det. Forsknings spørsmål: Hva opplever sykepleiere som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert?				
6. Prosjekt beskrivelse (bakgrunn, metoder, evt. resultater) Maksimalt 7 linjer. Samme regel som punkt 5				
Bakgrunn: Forskning har vist at 30-40% av pasienter generelt ikke får behandling og pleie i henhold til eksisterende vitenskapelig kunnskap. Man vet også at sykepleiere som har kunnskaper om kunnskapsbasert praksis og positive holdninger til det, ikke nødvendigvis arbeider kunnskapsbasert i sin hverdag. Metode: Kvalitativt forskningsdesign og grounded theory metodologi. Datainnsamling utføres ved bruk av fokusgruppeintervju av sykepleiere i SI som alle har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Det er ønskelig å intervju omkring 20 sykepleiere på min. to geografiske steder. Dataanalyse gjennomføres med koding av data og definisjon av hovedkategori, det vil si det som problemet virkelig handler om. Datainnsamling og analyse gjennomføres ut fra prinsipper innen grounded theory.				
7. Omfatter prosjektet bruk av identifiserbare/avidentifiserte personopplysninger slik som helseopplysninger, inkludert kodete opplysninger?			Ja	Nei
Hvis ja: Nye prosjekter må fylle ut eget skjema og sende personvernombudet (www.uus.no/personvern)			X	
Oppgi ref. nummer fra personvernombudet Ullevål når det foreligger, ev. prosjektnummer hos NSD:			OuS:	/NSD:27643

 Sykehuset Innlandet HF		Prosjektnr. Sl: 0	
		Ja	Nei
15b. Omfatter prosjektet genetiske undersøkelser som kan forutsi sykdom eller påvise bærertilstand for arvelige sykdommer og som kan tilbakeføres til deltakeren? Hvis ja, må det gis genetisk veiledning. jfr. Bioteknologiloven.			X
16. Omfatter prosjektet utprøving av legemiddel? Hvis ja, må søknad sendes Statens legemiddelverk (hvis ikke sponsor/oppdragsgiver har gjort det)			X
17. Omfatter prosjektet utprøving av medisinsk-teknisk utstyr? Hvis ja, må Medisinsk teknisk avdeling kontaktes før utstyret tas i bruk.			X
18. Skal det inngås kontrakter i forbindelse med prosjektet? Hvis ja, må forskningsenheten i Sykehuset Innlandet kontaktes			X
19. Tilleggsforsikring Er det nødvendig med tilleggsforsikring ut over standard dekning fra Norsk pasientskadeerstatning(NPE)? Hvis ja, hvilken type forsikring?			X
20. Er prosjektet en klinisk studie? Etter at reglene ble endret i 2007 skal i praksis de fleste kliniske studier meldes til (www.ClinicalTrials.gov) Se: Brethauer M, Haug C. Uten registrering, ingen publisering. Tidsskr Nor Legefor 2009; 129; 733. Ved forskerinitierte prosjekter registrerer prosjektleder, kontakt Forskningsenheten for tilgang. Ved oppdragsinitiert forskning skal sponsor registrere.			X
21. Krever prosjektet dispensasjon fra taushetsplikten? Dispensasjon kreves ikke dersom pasientens samtykke innhentes eller dersom opplysningene gis i anonymisert form. Søknad om dispensasjon sendes REK (Regional etisk komite)			X
22. Prosjektleder Undertegnede innestår for at alle meldinger/søknader er sendt, at alle samarbeidende institusjoner og avdelinger er informert, og at selve prosjektet ikke starter før alle formalia foreligger.			
dato:	08.09.2011	Sign.	<i>Esther Hjaltnull</i> Esther Hjaltnull
23. Avdelingssjef Undertegnede tar det overordnede medisinskfaglige ansvaret for prosjektet og tilpasning til avdelingens drift.			
dato:	26.09.2011	Sign.	<i>Ole Jonas Rolstad</i> Ole Jonas Rolstad
24. Forskningsjef Reg. dato: 24.10.11 Sign. Forskningsjef: <i>[Signature]</i>			
Kopi av skjemaet sendes divisjonsdirektøren i divisjonen hvor prosjektet gjennomføres			

- Ved problemer ved utfyllingen av skjemaet, se: Veiledningen som følger på de neste sidene

Bruk piltastene for å bla!

SÆRAVTALE
FOU-SAMARBEID MELLOM
SYKEHUSET INNLANDET HF OG HØGSKOLEN I BERGEN

Forskningsprosjektets navn: Hva opplever sykepleiere som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert?

Prosjektleder: Esther Hjälmhult

Avdeling: Avdeling for Helse og Sosialfag

Institusjon: Høgskolen i Bergen

PARTENE

1. Institusjon: Sykehuset Innlandet (SI)
Prosjektets kontaktperson ved SI; Åste Renolen, avdelingssykepleier og
(navn og tittel) mastergradsstudent.
 2. Avdeling i SI hvor prosjektet gjennomføres: *(Avdelingssjef navn, avdeling, divisjon, adresse og tlf.)*
Navn, tittel, tlf og adresse Ansvarlig: Ole Jonas Rolstad, Indremedisinsk
avdeling, Divisjon Lillehammer. Tlf. 91379093.
Ole.Jonas.Rolstad@sykehuset-innlandet.no
Prosjektet gjennomføres i flere avdelinger i Divisjon
Lillehammer, Gjøvik, Hamar-Elverum, Tynset og
Kongsvinger. Videre i Avdeling for kunnskapstøtte,
Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik og Granheim
Lungesykehus.
-
1. Institusjon: Høgskolen i Bergen
Prosjektets kontaktperson ved Høgskolen
Esther Hjälmhult
(navn og tittel) Førsteamanuensis
 2. Avdeling i høgskolen hvor prosjektet gjennomføres: *(Avdelingssjef/ Forskningsansvarlig navn, avdeling, divisjon, adresse og tlf.)*
Navn, tittel, tlf og adresse Avdeling for Helse- og Sosialfag, Esther Hjälmhult,
Telefon 55587238 ehj@hib.no

SÆRAVTALE

Samarbeidet følger overordnet samarbeidsavtale hvis ikke annet er anført nedenfor. (Alle punkter skal besvares, evt. anføres "Ikke aktuelt" hvis det ikke er aktuelt for dette prosjektet for derved å vise at det er vurdert). For dette prosjektet er partene enige om følgende:

Samarbeidsform og prosjektorganisering

(Her anføres prosjektorganisering med informasjon om prosjektleder, deltagere og alle involverte divisjoner, avdelinger og seksjoner hvis det ikke fremkommer av forskningsprotokollen/prosjektbeskrivelsen)

Prosjektleder er førsteamanuensis på Høgskolen i Bergen, Esther Hjalmlhult.

Populasjonen i prosjektet er sykepleiere som har vært med å lage kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Disse arbeider spredt i hele sykehuset, og utgjør en gruppe på totalt litt over 30 sykepleiere.

Divisjoner og avdelinger som i utgangspunktet er aktuelle, der disse sykepleierne arbeider.

Divisjon Lillehammer, avdelinger:	Indremedisin Kirurgi og ortopedi Barn Akuttmedisin Gyn/føde
Divisjon Gjøvik, avdelinger:	Indremedisin Kirurgi og ortopedi Akuttmedisin Gyn/føde Øre/nese/hals
Divisjon Hamar-Elverum, avdelinger:	Indremedisin Elverum Kirurgi og ortopedi Elverum Barn Elverum Akuttmedisin Elverum Gyn/føde Elverum Øre/nese/hals Elverum Indremedisin Hamar Kirurgi Hamar Akuttmedisin Hamar
Divisjon Kongsvinger, avdelinger:	Medisin Kirurgi Akuttmedisin
Divisjon Tynset, avdelinger:	Indremedisin
Divisjon Habilitering og rehabilitering:	Granheim Lungesykehus Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik
Stabsområde Helse:	Avdeling for kunnskapsstøtte

Det kan være sykepleiere som enda ikke er identifisert, eller kan være flyttet til annen avdeling. Andre avdelinger, som nå er ukjente, kan derfor bli aktuelle senere i prosjektet.

Data

(Her skal det anføres hvilken type data som brukes i prosjektet (se hovedavtalen for definisjoner), hvem som er databehandleransvarlig, databehandler, og evt. senere bruk av data hvis man har videre planer utover det som fremkommer av forskningsprotokollen / prosjektplanen).

Data som brukes i prosjektet, er aidentifiserte personopplysninger.

Databehandleransvarlig: Sykehuset Innlandet HF.

Databehandler: Prosjektleder Esther Hjälmhult.

Økonomi

(Her skal det redegjøres for prosjektets totalbudsjett (hvis det ikke fremkommer av prosjektplanen). Det skal anføres alt merarbeid prosjektet påfører institusjonene (både bruk av ansattes tid og institusjonenes utstyr) og beregning av hva dette medfører av ekstra kostnader (både lønnsutgifter og utstyr) fordelt på alle involverte avdelinger. Det skal redegjøres for om dette skal kompenseres og evt. hvordan det skal kompenseres (økonomisk eller på annen måte).

Datainsamlingen skal foregå ved fokusgruppeintervju av sykepleiere. Hver sykepleier kan delta i ett eller evt. to intervju. Tid avsatt til hvert intervju er en time. Det tilstrebes å gjennomføre intervjuene på sykepleierens geografiske arbeidssted. Deltakelsen er frivillig, og det ligger ingen økonomisk kompensasjon i deltakelsen.

Utstyr til å ta opp intervjuene på bånd, dikteringsutstyr, lånes av indremedisinsk avdeling, Lillehammer.

Fremdriftsplan

Her skal redegjøres for fremdriftsplanen hvis det ikke fremkommer av prosjektbeskrivelsen.

Intervjuene skal gjennomføres høsten 2011 og første del av 2012. Masteroppgaven skal være ferdig 16.05.12.

SIGNATURER

Avdelingssjef i SI hvor prosjektet gjennomføres.

Dato: 18/10-11 Sign:

Forskningsansvarlig i høgskolen:

Dato: 14/10-11 Sign:

Prosjektleder

Dato: 14/10-11 Sign:

Vedlegg VII

Tillatelse fra personvernombud OUS

Forenklet meldeskjema - student-/mastergradsprosjekter [Kompetansesenter for personvern og sikkerhet Oslo universitetssykehus HF](#)

Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til personopplysningsloven med forskrifter.

For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, så må fullstendig melding sendes til personvernombudet. Prosjektet må da ha egen tilråding fra personvernombudet. Se www.uus.no/personvern for mer informasjon om fullstendig melding og veileder for student- og mastergradsprosjekter.

Utfyllt skjema sendes til personvern@rikshospitalet.no sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse. Se www.uus.no/personvern for spørsmål og veiledning.

Når personvernombudet har kvittert for mottatt melding, kan prosjektet starte under forutsetning av at man har innhentet godkjenning fra avdelingsleder.

1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling (VEILEDER) Esther Hjälmhult, førsteamanuensis	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres: Sykehuset Innlandet HF
Navn (STUDENT) Åste Renolen	
Telefonnummer (STUDENT): 41645597	E-postadresse (STUDENT OG VEILEDER): arenolen@bbnett.no / ehj@hib.no
B. ANSVARLIG VIRKSOMHET	
Navn på høgskolen / universitetet som er ansvarlig for prosjektet Høgskolen i Bergen	
2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
Hva opplever sykepleiere som den viktigste utfordringen når de skal arbeide kunnskapsbasert?	
3 ERKLÆRING OM PROSJEKTET	
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss):	
<input checked="" type="checkbox"/> En høgskole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet.	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet meldes til NSD	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig	
<input checked="" type="checkbox"/> Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilråding	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om deltageres helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltagelsen i prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltageres arbeidstid (hvis aktuelt)	
4 LAGRING AV DATA	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvordan skal dette lagres? På sykehusets forskningsserver. Notater på papir og opptak på lydbånd som oppbevares nedlåst i skuff på kontor når det ikke er i bruk.	
5 DATO FOR UTFYLING	
Sted og dato 07.09.11	Utfyllt av: Åste Renolen

Vedlegg VIII

Informasjonsskriv

Til deg som sykepleier,
som har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer i Sykehuset Innlandet HF.

Internasjonale, nasjonale og lokale føringer tilsier at man skal arbeide kunnskapsbasert i helsetjenesten. Sykehuset Innlandet har kunnskapsbasert praksis som satsningsområde, og har de siste årene iverksatt ulike tiltak for opplæring og kunnskapsutvikling. Et av disse tiltakene har vært å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer.

Du inviteres herved til å delta i et prosjekt som har til hensikt å få kunnskap om hvilke utfordringer du som sykepleier har i praksis når du skal arbeide kunnskapsbasert. Bakgrunnen for prosjektet er at jeg som student skal skrive en mastergradsoppgave i kunnskapsbasert praksis i helsefag på høgskolen i Bergen. Jeg tror at det å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer er en effektiv måte å lære om kunnskapsbasert praksis på. Men selv om man har god kunnskaper, vet vi at det likevel er vanskelig å ta i bruk ny kunnskap og nye metoder i praksis.

Jeg skal gjennomføre en studie med intervju i grupper, for å høre om hvordan det er å skulle arbeide kunnskapsbasert i praksis. Jeg ønsker å høre hvilke tanker dere har om dette. I den sammenheng inviteres du herved til å delta i gruppeintervju med fem til seks deltakere. I tillegg vil jeg være der som ordstyrer, sammen med en medhjelper. Intervjuene er beregnet til å vare 1 time, og vil så langt det er mulig gjennomføres på ditt geografiske arbeidssted. Det vil være aktuelt med ett eller eventuelt flere intervju.

I intervjuene vil det bli brukt båndopptaker eller skrevet notater. Det som blir sagt blir skrevet og oppbevart sikkert i datamaskinen. Informasjon som jeg og medhjelperen får, blir kun brakt videre som resultater i prosjektet. Etter at prosjektet er ferdig i juni 2012, blir opptak på lydbånd, skrevne notater og tekst i datamaskin slettet. Resultatene vil bli presentert så lite gjenkjennbare og lite identifiserbare som mulig. Ingen navn eller spesielle kjennetegn på personer eller geografiske steder skal komme frem.

Jeg håper du har lyst til å delta i prosjektet og ber deg da om å fylle ut samtykkeerklæring og returnere den til meg så snart som mulig.

Jeg vil litt senere ta kontakt med deg for å avtale tid for intervju.

Jeg vil gjør oppmerksom på at du kan trekke deg fra prosjektet når som helst. Informasjon du har gitt i gruppen skal i så fall også kunne slettes hvis du ønsker det.

Vennlig hilsen Åste Renolen
Mastergradsstudent / avdelingssykepleier
Dialyseavdelingen
Sykehuset Innlandet, Lillehammer.
E-post: Aste.Renolen@sykehuset-innlandet.no
Mobil: 415 65 941

Hovedveileder for prosjektet er:
Esther Hjälmhult
Førstemanuensis
Høgskolen i Bergen

Vedlegg IX

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet ”Utfordringer for sykepleiere som har vært med på å utarbeide kunnskapsbaserte fagprosedyrer, når de skal arbeide kunnskapsbasert”.

Jeg ønsker å være med som deltaker i gruppeintervju i prosjektet.

Signatur:

Arbeidssted:

E-post:

Telefon:

Sendes i vedlagte konvolutt til Åste Renolen.