

## **Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?**

BIRGITTE STENSLAND OG HELENE JACOBSEN

### VEILEDER

Ellen Margrethe Benestad Moi

### **Universitetet i Agder, 2022**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 21073



## FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har til tider vært krevende, men svært lærerikt. Studien har gitt oss verdifull kunnskap om intensivsykepleieres egne erfaringer med hva som fremmer bruk av kunnskapsbasert praksis. Vi sitter igjen med større forståelse for kompleksiteten på en intensivavdeling, men også en stor ydmykhet overfor kolleger og ledere som hver dag strekker seg langt for hverandre, pasienter og pårørende.

Takk til alle intensivsykepleierne som sa ja til å stille opp til intervju. Uten deres bidrag hadde det ikke blitt den oppgaven vi nå er så stolte av. Takk til avdelingsledere som tilrettela for at intervjuene kunne gjennomføres midt i en travel periode for avdelingene. Vi vet dere har tilbakelagt en lang og tøff periode med utfordringer ingen på forhånd kunne ane rekkevidden av. Takk til vår veileder Ellen som har måttet bære over med frustrasjon og villfarelse. Du hjalp oss å holde øye på målet. Uten deg hadde vi mistet retningen. Takk også til Gro som steppet inn og ga oss et siste dytt i ryggen mot ferdigstilling av oppgaven. Takk til bibliotekar som velvillig har hjulpet oss gang på gang. Takk til kolleger som gjentatte ganger har gitt oss en klapp på skulderen og sagt at vi er flinke. Det har vi satt stor pris på. Nå gleder vi oss til å komme tilbake i jobb, stå sammen med dere og ha fullt fokus på å gjøre hverandre gode!

Takk til familier som tålmodig har ventet på at intense skriveuker skal overstås. Nå kan vi igjen bli tilstedeværende, senke skuldrene og slå av PC 'en.

Kristiansand, april 2022

Helene Jacobsen og Birgitte Stensland

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Kunnskapsbasert praksis (KBP) bidrar til god kvalitet i intensivsykepleie og sikrer at forskningsbasert kunnskap kommer pasientene til gode. Intensivsykepleiere får kunnskap om KBP under utdanningen og er forpliktet til å anvende KBP. Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet fordrer bruk av KBP.

**Hensikt og problemstilling:** Formålet med masteroppgaven var å undersøke hva som fremmet intensivsykepleieres bruk av KBP, da innledende artikkelsøk ga oss mest informasjon om faktorer som var hemmende. Problemstilling: «Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis»?

**Metode:** Vi valgte kvalitativ metode der datamaterialet ble samlet gjennom to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer av intensivsykepleiere fra to intensivavdelinger. Som analysemetode ble det benyttet Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultater:** Det ble identifisert fire hovedkategorier med tilhørende underkategorier, som belyste hva intensivsykepleiere mente fremmet kunnskapsbasert praksis. Det var; støtte og tilrettelegging fra ledelsen, betydningen av samhandling, betydningen av intensivsykepleieres kompetanse, bevissthet omkring personlig ansvar.

**Konklusjon:** God tilrettelegging av ledelsen i form av avsatt tid og tilgang til kliniske retningslinjer må til for at intensivsykepleiere kan utøve KBP. I tillegg er det viktig med tilstrekkelig kompetanse og bemanning. Samhandling både i egen profesjon og tverrfaglig, kan bidra til økt forståelse for hverandres kompetanse og styrke felles ambisjoner. Positiv innstilling og interesse for KBP innbyr til motivasjon for egen og andres kompetanseutvikling. Hensynet til pasientsikkerhet er en viktig motivasjonsfaktor for å jobbe kunnskapsbasert.

**Nøkkelord:** Intensivsykepleiere, fremmer, kunnskapsbasert praksis, intensivavdeling, kompetanse, ressurser, samhandling

## **ABSTRACT**

**Background:** Evidence based practice (EBP) in nursing is the key to improve healthcare quality and patient outcomes. Intensive care nurses are gaining knowledge about EBP through their training, and they are required to apply the use of EBP in practice. Healthcare quality and patient safety depends on the use of EBP.

**Aim and objective:** The aim of this study is to explore which factor encourages intensive care nurses to utilize EBP, as the search for research studies mostly provided with information of factors that were limiting. Problem statement: "What is promoting intensive care nurses' use of EBP"?

**Method:** Qualitative method where data collection was obtained through two semi-structured focus group interviews of intensive care nurses from two different intensive care units. Malterud's systematic text condensation was utilized as method of analysis.

**Results:** Four main categories with belonging subcategories emerged from intensive care nurses' view of important factors in promoting the use of EBP: Support and facilitation from the management, significance of collaboration, significance of intensive care nurses' competence and awareness of personal responsibility.

**Conclusion:** Sufficient facilitation by the management in regards to allocated time and accessible clinical guidelines must be in place before the intensive care nurses are able to utilize EBP. Furthermore, adequate competency and staffing is vital, and both uniprofessional and interdisciplinary collaboration may enhance a better understanding of individual's competency and reinforce shared ambitions. A positive attitude and an interest for EBP may motivate developing of own and others' competence. Considerations for patient safety are an important motivating factor for EBP.

**Key words:** Intensive care nurse, promote, evidence-based practice, intensive care unit, competence, resources, collaboration

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Hensikt og presentasjon av problemstilling .....	8
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>9</b>
2.1. Søkeprosess.....	9
2.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder .....	10
2.3 Intensivavdeling og intensivpasienter.....	11
2.3 Kunnskapsbasert praksis .....	12
2.3.1 Forskningsbasert kunnskap .....	13
2.3.2 Erfaringsbasert kunnskap .....	13
2.3.3 Brukerkunnskap og brukermedvirkning.....	14
2.3.4 Kontekst .....	14
2.4 Kompetanse .....	15
2.4.3 Kompetansebegrepet .....	15
2.4.3 Kompetanse om kunnskapsbasert praksis .....	15
2.5 Kultur og ledelse.....	17
2.5.1 Ledelsens ansvar for kompetanse og kvalitetsarbeid .....	17
2.5.2 Tilrettelegging for et godt læringsmiljø .....	18
2.5.3 Ansvar for tilgjengelige kliniske retningslinjer.....	18
2.5.4 Ledelsens ansvar for tilstrekkelig bemanning.....	19
2.6 Pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid .....	20
2.6.1 Intensivsykepleierens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid.....	20
2.6.3 Pasienter og pårørendes forventninger .....	21
2.7 Samhandling .....	22
2.7.1 Teamarbeid.....	22
2.7.2 Positiv innstilling og engasjement.....	23
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>24</b>
3.1 Kvalitativ metode .....	24
3.2 Fokusgruppeintervju.....	25
3.3 Utvalg og rekruttering .....	26
3.4 Gjennomføring av intervjuer .....	28
3.4.1 Forforståelse og refleksivitet.....	28
3.4.2 Forberedelser før intervjuer.....	29
3.4.3 Gjennomføring av datainnsamling .....	30
3.5 Etiske overveielser .....	31
3.5.1 Informert samtykke og konfidensialitet .....	32
3.6 Analyse.....	33
3.6.1 Transkribering .....	33
3.6.2 Systematisk tekstkondensering .....	33
4.1 Ledelse og organisering .....	37
4.1.1 Støtte og tilrettelegging fra ledelsen motiverer .....	37
4.1.2 Tilgjengelige, velfungerende og oppdaterte prosedyrer.....	39

4.2 Samhandling .....	40
4.2.1 Jobbe i team kvalitetssikrer .....	40
4.2.3 Positiv innstilling og engasjement for felles faginteresse .....	41
4.3.1 Betydningen av intensivsykepleiernes kompetanse .....	43
4.3.2 Erfaringskunnskapens betydning .....	44
4.4 Personlig ansvar.....	45
4.4.1 Bevissthet omkring personlig ansvar .....	45
4.4.2 Viktigheten av pasient- og brukermedvirkning.....	47
<b>5.0 “Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?” .....</b>	<b>48</b>
5.1 Ledelse og organisering .....	48
5.1.1 Støtte og tilrettelegging fra ledelsen motiverer .....	48
5.1.2 Tilgjengelige, velfungerende og oppdaterte prosedyrer.....	50
5.2 Samhandling .....	50
5.2.1 Jobbe i team kvalitetssikrer .....	50
5.2.2 Positiv innstilling og engasjement.....	53
5.3 Intensivsykepleieres kompetanse .....	54
5.3.1 Betydningen av intensivsykepleiernes kompetanse .....	54
5.3.2 Erfaringskunnskapens betydning .....	56
5.4 Personlig ansvar.....	59
5.4.1 Bevissthet omkring personlig ansvar .....	59
5.4.2 Viktigheten av pasient- og brukermedvirkning.....	61
<b>6.0 Metodediskusjon .....</b>	<b>62</b>
6.1 Troverdighet og gyldighet .....	62
6.2 Relevans og overførbarhet.....	64
<b>7.0 Konklusjon.....</b>	<b>65</b>
7.1 Oppsummering.....	65
7.2 Implikasjon for praksis .....	65
7.3 Forslag til videre forskning .....	66
<b>Referanser.....</b>	<b>67</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>70</b>
Vedlegg 1. Søkehistorikk.....	70
Vedlegg 2. Spesifisering av studentbidrag.....	71
Vedlegg 3. Intervjuguide.....	72
Vedlegg 4. Godkjenning NSD.....	73
Vedlegg 5. Godkjenning FEK.....	76
Vedlegg 6. Samtykkeskjema .....	77
Vedlegg 7. Plansje over KBP.....	78

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

For å sikre god kvalitet i intensivsykepleie og at ny forskning kommer pasienten til gode, er det vesentlig at intensivsykepleiere har kunnskap om kunnskapsbasert praksis (KBP) (Makic et al., 2015; Salah & Abu-Moghli, 2020; Thornton et al., 2017). Formålet med kunnskapsbasert praksis (KBP) er å styrke beslutningsgrunnlaget til helsepersonell, og bevisstgjøre hvor man henter kunnskapen fra. KBP innebærer å integrere forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Helsebiblioteket, 2021). Fra januar 2022 er det lovpålagt at undervisning om KBP inngår i intensivsykepleierutdanningen, hvor kravet er at kandidaten har inngående kunnskap om kunnskapsbasert praksis og kvalitetsarbeid innen intensivsykepleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021, s. § 19-17). Norsk Sykepleie Forbund (NSF) og NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) påpeker at intensivsykepleiere er forpliktet til å holde seg oppdatert på forskning og legge kunnskapsbasert praksis til grunn for beslutninger i yrkesutøvelsen (NSF, 2019; NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleiere tar hånd om kritisk syke pasienter som krever en høy grad av teknisk kompetanse. Pasienter i intensivavdeling er ofte kritisk syke og ustabile. Det komplekse sykdomsbildet innebærer et stort ansvar og krever forskningsbasert kunnskap (Buanes et al., 2021, s. 164; Conley, 2019; Stubberud, 2020b). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014) påpeker at det er en forutsetning med spesialutdannet personell for å gi omsorg og behandle skadde og kritisk syke pasienter i intensivavdelinger. Akutt og/eller kritisk syke pasienter krever høyst kompetente intensivsykepleiere. Behandlingen er oftest ressurskrevende med behov for én eller flere intensivsykepleiere per pasient for å ivareta sammensatte patientsituasjoner, administrere teknisk behandlingsutstyr og avansert medisinsk behandling, samt ivareta pårørende (Buanes et al., 2021; Conley, 2019; NSFLIS, 2017; Stubberud, 2020b, s. 27, 36). Det er stort behov for flere intensivsykepleiere i takt med økende spesialisering i spesialisthelsetjenesten, for å kunne tilby gode og forsvarlige helsetjenester (Meld. St. 7 (2019–2020)). Det er et mål at alle sykepleierne på en intensivavdeling skal ha videreutdanning i intensivsykepleie (NAF & NSFLIS, 2014, s. 11).

Pasientskader medfører store konsekvenser og kan i verste fall føre til varige skader eller tap av liv (Helsedirektoratet, 2018). Trygg og sikker helsehjelp til pasienten fordrer tilstrekkelig kompetent helsepersonell (Meld. St. 11 (2015-2016)). Det er imidlertid store utfordringer når det gjelder å rekruttere, mobilisere og beholde spesialsykepleiere (Riksrevisjonen, 2019, s. 78). I Koronakommisjonens (2022) rapport «Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2» ble intensivsykepleiere trukket frem som uunnværlig for forsvarlig drift av intensivavdelinger, og det påpekes at mangel på intensivsykepleiere utgjør en stor risiko for pasientsikkerhet (Koronakommisjonen, 2022 ).

Ulike studier påpeker gap mellom forskningskunnskap som produseres og hva som gjøres i praksis. Kliniske retningslinjer som bygger på KBP kan fungere som et bindeledd mellom forskning og praksis, men de blir ikke nødvendigvis brukt, eller implementert i praksis (Flottorp & Aakhus, 2013; McKinney et al., 2019). Det største risikoområdet for pasientsikkerhet er at kliniske retningslinjer og prosesser ikke blir fulgt (Meld. St. 6 (2017–2018), s. 24). Under vår utdanningspraksis ved intensivavdelingen erfarte vi at ulik praksis rundt bruken av enkelte protokoller i avdelingen. Det gjorde oss nysgjerrige på hvorfor noen tilsynelatende baserte intensivsykepleie på egen erfaring, mens andre henvendte seg til forskning og oppdatert kunnskap. I søkeprosessen fant vi artikler som avdekket en del barrierer som hemmet bruk av KBP, men lite forskning omkring hva som fremmet KBP. Når man belyser hva som fremmer bruk av KBP, vil man også avdekke eventuelle barrierer og dermed kunne rette tiltak mot dem. Hvis vi ved vår studie klarer å få frem positive erfaringer og holdninger til KBP, så kan vi løfte det frem og på den måten være med å sikre at ny forskning når raskere frem til pasientene. Dette tror vi kan bidra til større fokus på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet blant intensivsykepleiere.

## 1.2 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleieres positive erfaringer med hva som fremmer bruk av KBP i en intensivavdeling. Ved å synliggjøre og løfte frem de gode erfaringene kan man bidra til en kultur på intensivavdeling med fokus på bruk av KBP.

Problemstilling er som følger: «*Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?*»



## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1. Søkeprosess

PICO skjema ble benyttet som verktøy for å gjøre problemstillingen strukturert og søkbar.

<b>P</b> - Population (populasjon/pasient/problem)	Intensivsykepleiere
<b>I</b> - Intervention (intervensjon/egenskaper/erfaringer)	Kunnskapsbasert praksis
<b>Co</b> - Context (kontekst)	Intensivavdeling
<b>O</b> – Outcome (utfall)	Utfallet er hvilke faktorer intensivsykepleiere erfarer at fremmer bruk av kunnskapsbasert praksis.

Aktuelle søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner: Evidence-based practice OR EBP, implementation, promote, nurs\* OR care, ICU, intensive OR critical, barrier\*, facilitat\*, experience, adopt\*, knowledge or attitude\* or experience\* or perception\* or view\* or opinion\* or belie\* or adherence\* or promot\* or educat\* or improv\* or competenc\* or enabler\* or uptake\*, Questionnaire\* or survey\* or cross-section\*, Qualitative or phenomenolog\* or interview\* or themes or thematic or «focus group\*» or grounded or ethogra\* or experience\*.

Til å finne aktuell forskning og teori, utførte vi søk i databasene MEDLINE og CINAHL via grensesnittet EBSCOhost da det er viktige databaser for sykepleiere. Søkene ble henholdsvis utført i forbindelse med prosjektbeskrivelsen i perioden juni-august 2021, samt hovedsøk i september 2021 og april 2022. Innledningsvis ble det søkt bredt for å få oversikt over litteratur som finnes omkring temaet. Vi fikk god veiledning av bibliotekar tilknyttet universitetet, da vi skulle finne aktuelle søkeord og kombinasjoner av disse i hovedsøket (vedlegg 1). Hovedsøkene gav over 400 treff, noe vi vurderte som overkommelig å se nærmere på. Begge studentene leste overskrifter, samt abstrakter der det var relevant.

Inklusjonskriterier var at tittel eller abstrakt kunne knyttes til problemstillingen. I hovedsak så vi etter artikler hvor intensivavdelingen var kontekst, men valgte også å inkludere noen artikler fra andre sykehusavdelinger. Referanselister til enkelte inkluderte studier ble gjennomgått manuelt for å identifisere flere aktuelle studier. Det ble sjekket om inkluderte artikler var sitert i nyere artikler og dermed kunne man vurdere å inkludere noen av dem. Videre ble det søkt mer spesifikt etter kvalitative primærstudier som kan relateres til problemstillingen. Imidlertid har foreløpige søk avdekket lite kvalitativ forskning omkring problemstillingen. Artikler fra 2011 ble vurdert og inkluderte artikler er fagfellevurdert.

## 2.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder er retningsgivende for klinisk utøvelse av intensivsykepleie og omfatter områder som forebygging, rehabilitering, behandling, lindring, palliasjon, undervisning og veiledning, forskning, kvalitetsarbeid, administrasjon og ledelse (NSFLIS, 2017). Videre deles funksjons- og ansvarsområdene inn i direkte (klinisk sykepleie) og indirekte pasientrettet arbeid som eksempelvis kvalitetsarbeid (Stubberud, 2020a).

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar styres av juridiske, faglige- og etiske retningslinjer og det personlige ansvaret presiseres i de internasjonale etiske reglene for sykepleiere (ICN- International Council of Nurses, 2006), de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019), og funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleierens ansvar for kompetansebygging, kvalitetsforbedring og utvikling av ny kunnskap er ett av områdene i «Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere». Det innebærer blant annet at intensivsykepleier anerkjenner flere former for kunnskap og inkluderer pasienters og pårørendes erfaringskunnskap. Intensivsykepleieren skal også gjøre forskning tilgjengelig, anvende forskningsresultater i praksis, samt produsere forskning (NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleieren må kontinuerlig være årvåken, tolke kliniske tegn/symptomer for å oppdage forverring hos pasienten, samt selvstendig vurderer kritiske situasjoner og iverksette livreddende behandling (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5, 6). Videre er sentralt at intensivsykepleieren har evne til å argumentere for handlinger og synliggjøre sin funksjon i et tverrfaglig miljø og har forståelse for egen og andres kompetanse (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5, 6).

Kompetansekravene i helsetjenesten endres hele tiden, derfor må intensivsykepleieren holde seg faglig oppdatert gjennom hele yrkeslivet og blir aldri utlært. En manglende kompetanse kan øke risiko for å skade pasienten (Polit & Beck, 2022; Stubberud, 2020b).

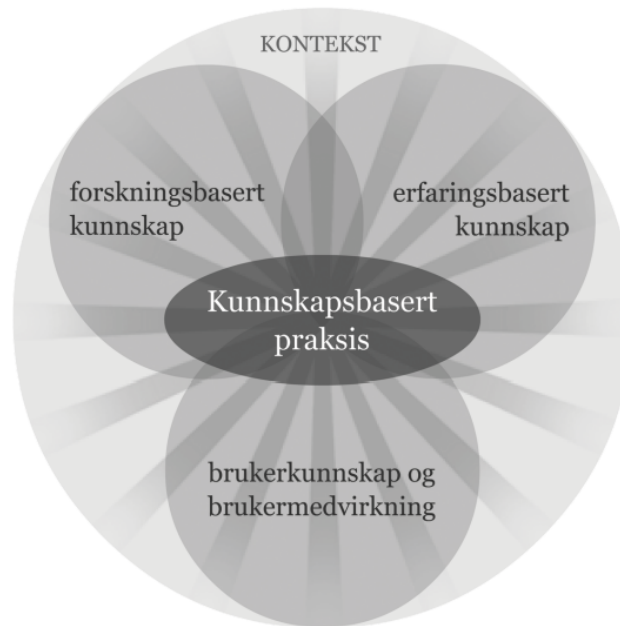
Intensivsykepleieren må kunne sette seg inn i pasienter og pårørendes opplevelser og reaksjoner, evne å kommunisere og samhandle med mennesker i krise, samt handle respektfullt for deres integritet og medbestemmelse har intensivsykepleieren. Videre, ha veiledningsansvar til pasienter og pårørende, samt til medarbeidere og studenter (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

### 2.3 Intensivavdeling og intensivpasienter

Intensivavdeling kan omfatte både medisinsk og kirurgisk intensivavdeling og behandler de sykeste og mest skadde pasienter, som andre avdelinger ved sykehuset ikke kan ivareta. Innleggelseskriterier er at pasienten har en truende eller manifest akutt svikt i vitale organer og det er en potensielt reversibel tilstand (Stubberud, 2020b). En intensivavdeling kan være generell der pasienter med organsvikt i ett/flere organsystemer behandles eller spesialisert der en avgrenset gruppe kritisk syke eller skadde pasienter behandles og/eller det gis annen organstøttende behandling (NAF & NSFLIS, 2014). I intensivavdelinger er det hyppig utførelse av stadig mer avanserte tekniske prosedyrer og avansert medisinsk behandling og intensivsykepleieren har ansvar for en arbeidsutøvelse med kvalitet og sikkerhet (Stubberud, 2020a; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Intensivpasienter er ofte kritisk syke, ustabile og har gjerne en kompleks tilstand som raskt kan forverres og det kan være små marginer mellom liv og død (Buanes et al., 2021, s. 164; Stubberud, 2020b; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Behandlingen er oftest ressurskrevende med behov for én eller flere intensivsykepleiere per pasient for å ivareta komplekse pasientsituasjoner, administrere teknisk behandlingsutstyr og avansert medisinsk behandling, samt ivareta pårørende til pasienten (Stubberud, 2020b). Målet for intensivvirksomheten er å sikre en restituering av organfunksjonene og et leveverdig liv sett fra et pasientperspektiv (NAF & NSFLIS, 2014).

## 2.3 Kunnskapsbasert praksis



Figur 1. Modell over kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016).

En rekke ulike definisjoner på evidence-based practice (EBP) er foreslått, de fleste beskriver det som en beslutningsprosess (Polit & Beck, 2022). I Norge er det er valgt å oversette *evidence-based practice* til *kunnskapsbasert praksis (KBP)*. KBP innebærer at man benytter de ulike elementene av kunnskapskilder sammen og tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Nordtvedt et al., 2021, s. 7, 16). Konseptet ble dannet av og for helsepersonell slik at det blant annet skal være enklere å oppdatere seg faglig, kunne etterspørre og anvende forskningsbasert kunnskap i faget. Denne måten å arbeide på har i senere tid fått en bredere forankring innenfor kvalitetsforbedringsarbeid som et virkemiddel for brobygging mellom forskning og praksis. Brukerens medvirkning og rolle står sterkere, og det forventes at råd, anbefalinger og tiltak i helsetjenesten baseres på oppsummert forskning og er av god kvalitet (Nordtvedt et al., 2021, s. 7, 16, 24).

Formålet med KBP er å gjøre helsearbeideren bevisst på hvor vedkommende henter kunnskap fra og styrke beslutningsgrunnlaget. Det gir dem redskaper til å delta i utviklingen av faget gjennom en reflektert og systematisk bruk av de ulike kunnskapskildene. Det er viktig at helsepersonell lærer seg metoder for hvordan de søker den beste tilgjengelige kunnskapen og

kritisk vurderer den (Nordtvedt et al., 2021). Kunnskapsbasert praksis presenteres gjerne i seks trinn der alle trinn er viktige i det daglige arbeidet:

1. «Refleksjon over egen praksis – Stille spørsmål om hvorfor man gjør ting som man gjør».
2. «Spørsmålsformulering – Formulere et presist spørsmål for å søke relevant forskning».
3. «Litteratursøk – Søke frem den beste tilgjengelige kunnskap».
4. «Kritisk vurdere – Vurdere gyldigheten av informasjonen i studien».
5. «Anvende – Overføre forskningsbasert kunnskap til handling i praksis».
6. «Evaluere – Evaluering av klinisk praksis».

### 2.3.1 Forskningsbasert kunnskap

Ifølge Nordtvedt et al. (2021) er forskningsbasert kunnskap ikke alene tilstrekkelig for å ta kunnskapsbaserte avgjørelser i hver enkelt situasjon, men det er én av flere kilder til kunnskap. Det bør velges tiltak og råd som i størst mulig grad baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap, det bidrar til å unngå skade. Helsepersonell skal innhente og danne et godt kunnskapsgrunnlag fra den forskningen som allerede eksisterer (Nordtvedt et al., 2021, s. 16-19). Det innebærer å holde seg faglig oppdatert og etterspørre og anvende oppsummert forskningsbasert kunnskap når den foreligger. Systematiske oversikter er viktige redskaper og kalles gjerne for bærebjelken i kunnskapsbasert praksis. I kunnskapsbasert praksis innen helsetjenesten skal ikke avgjørelser baseres på enkeltstudier, men på oppsummert forskning (Nordtvedt et al., 2021, s. 18-19).

### 2.2.2 Erfaringsbasert kunnskap

Nordtvedt et al. (2021) henviser til Higgs et al. (2004) som sier at i alle helsefag er erfaringsbasert kunnskap eller praksiskunnskap grunnleggende. Denne kunnskapen erverves gjennom praksis og refleksive prosesser, og videre kan den læres bort til andre (Nordtvedt et al., 2021, s. 20; Stubberud, 2018). Man lærer gjennom erfaring og denne kunnskapen kan betegnes som skjønn, taus kunnskap, intuisjon eller klinisk blikk. Nordtvedt et al. (2021) viser til Ericsson et al. (2018) som hevder at uten praksiserfaring kan uerfarne sykepleiere ha vansker med å organisere kunnskap og gjenkjenne detaljer i ulike situasjoner. Erfaringsbasert kunnskap er viktig og nødvendig når sykepleieren skal sette sammen hele modellen for kunnskapsbasert praksis og anvende det i praksis i møtet med den individuelle pasient (Nordtvedt et al., 2021, s. 20). Utviklingen av den erfaringsbaserte kunnskapen fra

nybegynner til ekspert i en prosess fra å være avhengig av retningslinjer og instruksjoner, til en fleksibel og intuitiv handlingskompetanse i konkrete situasjoner (Thomassen, 2006, s. 27).

### 2.3.3 Brukerkunnskap og brukervedvirkning

Det har skjedd en demokratisk utvikling i helsetjenesten, en utvikling fra tidligere der beslutninger i stor grad ble tatt av leger på vegne av pasienter, til der pasienten selv er aktiv og deltar i valg. Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 s. § 3-1). I henhold til (Meld. St. 10 (2012–2013)) og (Meld. St. 11 (2015-2016)) skal pasienter og brukere stå i sentrum for de tjenestene de mottar av helsevesenet. Hensikten er å sikre pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett, men også pårørendes rolle skal styrkes. En slik aktiv medbestemmelse er spesielt viktig i situasjoner hvor det fra et faglig og ressursmessig ståsted er mer enn ett akseptabelt valg (også valget om å ikke gjøre noen ting), og de ulike valgmuligheter har ulike kombinasjoner av effekt og risiko eller bivirkninger (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 50).

### 2.3.4 Kontekst

Nordtvedt et al. (2021) viser til Harvey og Kitson (2015) og beskriver at modellen for KBP omslutter kontekst de ulike kunnskapskildene og kontekst vil si den settingen eller miljøet der kunnskapsbasert praksis skal anvendes. Ifølge Nordtvedt et al. (2021) er kontekst knyttet til rammene man arbeider innenfor og det handler om kultur, ressurser, forståelsesramme, politikk, etiske forhold og prioriteringer (Nordtvedt et al., 2021, s. 21). Alle elementene i modellen påvirkes av kontekst. Hvilke pasienter og kolleger vi har hatt, og hvor vi har praktisert, påvirker vår erfaringsbaserte kunnskap. De ulike forholdene påvirker igjen hvilke forskningsspørsmål vi formulerer. Samme forskningsbaserte kunnskap vil derfor bidra til ulike beslutninger og prioriteringer i forskjellige kontekster og praksiser (Nordtvedt et al., 2021, s. 21-22).

## 2.4 Kompetanse

### 2.4.3 Kompetansebegrepet

Det finnes ulike definisjoner av kompetansebegrepet. Lai (2021) beskriver det som et potensial hvor kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger samlet gjør det mulig å utføre oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2021, s. 44).

Lai (2021) uttrykker at *Taus kunnskap* gjenspeiler den kunnskapen man har opparbeidet seg over tid, det som er reflektert gjennom læring, all øvelse og perfektjonering av en oppgave over tid. Taus kunnskap kommer til uttrykk ved at man gjør vurderinger og handlinger, basert på denne erfaringen. *Ferdigheter* handler om hva man evner å kunne gjøre, og er knyttet til konkrete og praktiske handlinger. *Evner* er det en person har av egenskaper, kvaliteter og talenter gjenspeiles som evner og dermed hvilke muligheter denne personen har til å utføre oppgaver. Også personlighet inngår i en persons evner, som omgjengelighet, ekstroversjon, åpenhet for nye erfaringer, emosjonell stabilitet og planmessighet. *Holdninger* er en viktig del av kompetansebegrepet, og kan være avgjørende for om en person er kompetent eller ikke. Det kan dreie seg om jobbmotivasjon, motivasjon for å utvikle seg, vilje til å være fleksibel og tilpasningsdyktighet, samt lojalitet til arbeidsplassen og dens mål. Med andre ord kan man si at en persons kompetanse, ikke bare handler om kunnskap og ferdigheter, men i stor grad også om holdninger til den jobben som skal gjøres og til menneskene man omgås (Lai, 2021).

Lai (2021) hevder personalets samlede kompetanse er som en kompetansekapital i organisasjonen. Kompetansekapitalen er noe de forvalter, men ikke eier. Organisasjonen blir da sårbar hvis sentrale medarbeidere slutter i arbeidet (Lai, 2021, s. 58).

### 2.4.3 Kompetanse om kunnskapsbasert praksis

I Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021), kan vi se i kap. 7. Kompetanseområde for vitenskapsteori, forskningsmetode og kunnskapsbasert praksis § 19 at; Kandidaten; a) har inngående kunnskap om vitenskapsteoretiske perspektiver, forskningsmetoder, ulike trinn i forskningsprosessen og forskningsetikk som et relevant for intensivsykepleie. b) har inngående kunnskap om kunnskapsbasert praksis og kvalitetsarbeid innen intensivsykepleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021, s. § 19-17).

Internasjonale studier viser til sammenheng mellom høyere utdanning av intensivsykepleiere og kunnskap om KBP, og de har det kunnskapsgrunnlaget som skal til for å redusere uønskede pasienthendelser (Conley, 2019; Phillips, 2015; Salah & Abu-Moghli, 2020). Alder, erfaring og antall år siden siste utdanningsgrad var påvirkende faktorer for anvendelse av KBP. Yngre sykepleiere er mer kjent med KBP, noe som trolig kan ha sammenheng med undervisning under utdanningen (Bowers et al., 2016; Dalheim et al., 2012; Ekvall-Hansson et al., 2021; Warren et al., 2016). (Ammouri et al., 2014) vektlegger betydningen av Videreutdanningsprogrammer er betydningsfullt for å engasjere sykepleierne i KBP og fremme bruken. Sciarra (2011) sin studie viste at intensivsykepleierne opplevde en forbedring i søkeferdigheter og en mer positiv holdning til KBP etter gjennomført undervisningsprogram om KBP. Undervisningen gav dem verktøy i bruk av KBP som mulig gjorde dem bedre rustet til å forbedre pasientutfall (Sciarra, 2011).

En norsk tverrsnittstudie (Stokke et al., 2014) viste at sykepleiere var positive til KBP, men praktiserte det i liten grad. Flere artikler trekker ut kompetanse som vesentlig for bruk av KBP. Ferdigheter i å søke og innhente forskning, samt hyppige diskusjoner om KBP i det kliniske miljøet førte til en positiv holdning for bruk av KBP, noe som er vesentlig for hvordan det utøves i praksis (Dalheim et al., 2012; Stokke et al., 2014; Thorsteinsson & Sveinsdóttir, 2014). Det framkommer en felles utfordring der mange sykepleiere anser deres kompetanse om KBP som utilstrekkelig for å anvende den i daglig praksis. Det er også en utbredt misforståelse rundt begrepene i KBP på tvers av fagområder. Samtidig eksisterer det en oppfatning om at KBP er tungvint og tidkrevende (Makic et al., 2015; Saunders et al., 2019). Dalheim et al. (2012) sin studie viste at sykepleiere stort sett benyttet erfaringsbasert kunnskap fra egne observasjoner eller kolleger som støtte i praksis, og evidensbasert forskning ble lite brukt. Manglende ferdigheter til å finne og håndtere forskning og manglende tid til å implementere endringer i praksis var de største barrierene (Dalheim et al., 2012).

Det er et mål at alle sykepleiere i intensivavdelingen skal ha videreutdanning i intensivsykepleie (NAF & NSFLIS, 2014). På nettsiden til NSF kan man lese at NSF mener fremtidens spesialsykepleiere skal ha mastergrad for å møte de store endringene som har skjedd i helsetjenesten siden kvalitetsreformen i 2003/2004, samt nye behandlingsmuligheter, ny teknologi, mer komplekse og sammensatte sykdommer og økte forventninger. Krav om å



jobbe kunnskapsbasert og drive med forskning er også argumenter for masterutdanning (NSF, u.å.).

## 2.5 Kultur og ledelse

### 2.5.1 Ledelsens ansvar for kompetanse og kvalitetsarbeid

De bør være en direkte kobling mellom organisasjonens overordnede strategier og arbeidet med kompetanse for å nå definerte mål. Satsning på kompetanse kan være med på å skape måloppnåelse som mestring, høyere indre motivasjon, sterkere lojalitet, større vilje til fleksibilitet, og at flere tar på seg merarbeid og yter mer i enkeltoppgaver (Lai, 2021). Arbeidet med kompetanse må være forankret i ledelsen for at helsepersonell skal kunne utøve den beste og mest oppdaterte kunnskapen, som er hovedelementet i KBP (Stubberud, 2018).

Ledere på alle nivåer i helsetjenesten har et overordnet ansvar for å jobbe med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Ansvarer omfatter; plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere (Stubberud, 2018, s. 26; Helsedirektoratet (2017b og f); Meld. St. 13 (2016-2017)). Manglende forankring i ledelsen når det kommer til kvalitetsarbeid, er en utløsende faktor til uønskede hendelser og feil. Kvalitetsarbeid forutsetter klare føringer og god ledelse, der ledere må ta ansvar for helhet og samhandling (Stubberud, 2018, s. 26; Meld. St. 10 (2012-2013)). Videre innebærer det lovpålagte ansvaret å; «utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017; Helsedirektoratet, 2018). I spesialisthelsetjenesteloven (1999 § 2-2) kan man kan lese at “Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud” (spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

### 2.5.2 Tilrettelegging for et godt læringsmiljø

Internasjonale studier hevder at KBP burde være en hjørnestein på sykehusene, hvor strategisk planlegging på et overordnet organisasjonsnivå må til for implementering og for å kunne være oppdatert på forskning. Kunnskap om barrierer kan bidra til å fremme en kultur for bruk av KBP hvor intensivsykepleierne baserer sykepleien på forskning. Det er behov for opplæring om KBP og avsatt tid, slik at intensivsykepleierne får mulighet til å finne og anvende forskning i praksis (Abuejheisheh et al., 2020; Khammarnia et al., 2015; Mudderman et al., 2020; Saunders et al., 2019; Sciarra, 2011; Stokke et al., 2014; Warren et al., 2016).

Betydningen av et godt læringsmiljø kommer frem i studien til Stafset (2014) som påpeker forhold som leders støtte og tilrettelegging i seksjonen, at det er lett å gå fra avdelingen til undervisning og veiledning, og avsatt tid ved at studietid er formalisert. Ledere kunne påvirke og prioritere, men bemanningsrammene avgjorde avdelingens kapasitet for læringsaktiviteter. Et resultat av avsatt tid til læring var økt faglig engasjement blant de ansatte (Stafseth et al., 2014). Andre studier viser til organisatoriske faktorer som tidspress og uforutsigbarhet, mangel på ressurser og personell med kunnskap om KBP, samt manglende støtte fra ledelsen som hinder for bruk av KBP (Bowers et al., 2016; Khammarnia et al., 2015; Røkholt et al., 2017). Spesialisthelsetjenesteloven § 3-6 påpeker at helseforetaket har et lovpålagt ansvar om å sørge for at helsepersonell får den opplæringen som er påkrevd for å kunne utføre arbeidet forsvarlig (spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

### 2.5.3 Ansvar for tilgjengelige kliniske retningslinjer

Til tross for utallige studier som har blitt utført de siste 20 årene for å utforske bruken av KBP i sykepleiepraksis, fortsetter det å eksistere gap mellom forskningskunnskap som produseres og hva som faktisk gjøres i praksis. Ulike kilder viser til et gjennomsnitt på 17 år for at «det som er kjent» skal bli en del av vanlig sykepleiepraksis. Kliniske retningslinjer kan fungere som et bindeledd mellom forskning og praksis, da helsepersonell på grunn av tidsbegrensning ikke kan holde seg faglig oppdatert ved å lese vitenskapelige artikler, men de blir ikke nødvendigvis brukt, eller implementert i praksis (Flottorp & Aakhus, 2013; McKinney et al., 2019). Kliniske retningslinjer bygger på kunnskapsbasert praksis. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel hvor helsepersonell må vise faglig skjønn og vurdere individuelle behov (Helsedirektoratet, 2012). Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for utarbeidelse av

kliniske retningslinjer, og de har også et medansvar for at de tas i bruk (Fretheim et al., 2015). Retningslinjer skal stå sentralt i virksomhetens internkontroll og Helsetilsynets oppfølging og tilsyn (Helsedirektoratet, 2012). Forskningskunnskap må være tilgjengelig, slik at helsepersonell har lett tilgang til kunnskapsbasert (Meld. St. (2012-2013)). Tilgang til forskningsbasert kunnskap anses som nødvendig for å oppnå god KBP (McKinney et al., 2019).

#### 2.5.4 Ledelsens ansvar for tilstrekkelig bemanning

Gjennom årene har bemanningsnormer for å spare penger og holde budsjetter vært et stadig diskusjonstema (Stubberud, 2018, s. 21-22). For å oppnå god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten må ressursene utnyttes slik at både pasienten og samfunnet får best mulig gevinst uten at det påvirker kvaliteten (Meld. St. 10 (2012-2013)). Riksrevisjonen (2019) har rapportert om bemanningsutfordringer i helseforetakene. Rapporten bekrefter at behovet for arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten vil øke mer enn befolkningsveksten, og konkluderer med store utfordringer når det gjelder å rekruttere, mobilisere og beholde spesialsykepleiere. Riksrevisjonen vurderer at kortsiktige økonomiske prioriteringer kan forsterke mangelen på kritisk kompetanse på sikt. Helseforetakene har ansvar for å sørge for personell med nødvendig kompetanse, men få helseforetak har ifølge revisjonen utarbeidet dokumenterte planer for hvordan de skal løse bemanningsutfordringene de står overfor (Riksrevisjonen, 2019).

Behov for tilstrekkelig bemanning, og mangel på sådan, kom også til syne i forbindelse med koronapandemien i 2020. Helsevesenet måtte gjøre store endringer i virksomheten, både for å forebygge og å håndtere utbruddet, noe som kan ha ført til ekstra arbeidsbelastning. Nye arbeidsoppgaver og høy arbeidsbelastning kan øke risiko for å gjøre feil (Meld. St. 11 (2015-2016)). Bemanningsutfordringer bekreftes i koronakommisjonens rapport om myndighetenes håndtering av koronapandemien hvor det fremkommer at intensivkapasiteten og tilgang på kompetent helsepersonell var en kjent kritisk faktor allerede flere år før koronapandemien. Intensivsykepleiere ble trukket frem som uunnværlig for forsvarlig drift av intensivavdelinger, og det påpekes at mangel på intensivsykepleiere utgjør en stor risiko (Koronakommisjonen, 2022 ).

## 2.6 Pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid

Det er et overordnet mål for helsemyndighetene å få et mer pasient- og brukerorientert helse- og omsorgstilbud, samt å øke satsingen på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet (Meld. St. 11 (2015-2016)). Helse- og omsorgstjenesten har hatt stor oppmerksomhet på pasientsikkerhet de siste årene, nasjonalt og internasjonalt. World Health Organization (WHO) har utarbeidet «Global Patient Safety Action Plan 2021-2030» ut ifra en visjon om at alle pasienter skal motta trygg og respektfull behandling, til enhver tid (WHO, 2021). Helsedirektoratet definerer pasientsikkerhetsarbeidet med at «Målet er en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt». Pasientskader medfører store konsekvenser og kan i verste fall føre til varige skader eller tap av liv (Helsedirektoratet, 2018). Det er et stort samfunnsproblem, og samfunnsøkonomisk kostbart. Slagordet “I trygge hender 24-7” er forankret i «Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)», som påpeker at arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har eierskap til kvalitetsforbedring og faglige ambisjoner, gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2018).

### 2.6.1 Intensivsykepleierens ansvar for pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid

Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess for å sikre god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene og ivareta pasientsikkerhet (Meld. St. 10 (2012–2013); Sosial og helsedirektoratet, 2005). Kvalitetsarbeid handler om å jobbe ustanselig med forbedring og kvalitetssikring. Viktige faktorer for kvalitetsarbeid er kunnskapsbasert praksis, helsepersonellens kompetanse, ledelseskompentanse, pasient- og brukermedvirkning, samhandling og teknologi. Det å innføre nye prosesser, eller forbedre allerede eksisterende rutiner bør være basert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap og pasient-/brukerkunnskap, KBP (Stubberud, 2018, s. 13, 24). Det største risikoområdet for pasientsikkerhet er at kliniske retningslinjer og prosesser ikke blir fulgt (Meld. St. 6 (2017–2018), s. 24).

Forsvarlighetskravet har som formål å beskytte pasientene og er lovfestet i (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-2). Forsvarlighet gjengis også i Lov om helsepersonell, kap. 2, §4; “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (helsepersonelloven, 1999).

### 2.6.3 Pasienter og pårørendes forventninger

Pasienter og pårørende stiller krav til at den helsehjelpen de får er kvalitetssikret og de forventer at helsehjelpen de mottar, er basert på oppdatert kunnskap. Kvalitetssikring er vesentlig for at samfunnet skal ha tillit til helsetjenesten (Stubberud, 2018). Helsepersonell er i større grad nå enn tidligere opptatt av å søke ny kunnskap, og helsehjelpen baseres i større grad på forskningskunnskap (Weum et al., 2017). Pasienttilfredshet og forventninger blir ofte sett på som nøkkelkomponenter i kvalitet, samt faktorer som bidrar til bruk av KBP. Arbeidet med å inkludere pasienter og familier, er med på å danne grunnlag for pasientsikkerhet i en intensivavdeling (Thornton et al., 2017; Topaz et al., 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet har utviklet “Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023” hvor formålet er å skape pasientens helsetjeneste ved å øke den generelle kunnskapen om helse i befolkningen slik at pasienter og brukere i større grad tas med på beslutninger som omhandler dem. Begrepet helsekompetanse beskrives av Helse- og omsorgsdepartementet slik; *«Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten»* (Helsedirektoratet, 2021, s. 5).

En persons helsekompetanse avhenger av flere faktorer som erfaring, situasjon og utdanning. Det er derfor viktig at helsepersonell er bevisst på å tilpasse kommunikasjonen til pasient eller pårørende i forhold til situasjon og hvilke forutsetninger de har til å forstå informasjonen de får (Helsedirektoratet, 2021). Samhandling med akutt- og/eller kritisk syke intensivpasienter kan by på utfordringer da pasienten ofte ikke er i stand til å uttrykke seg. Intensivsykepleieren kan innhente kunnskap fra pårørende om pasientens spesielle behov. Ved å trekke inn pårørende som en ressurs kan de oppleve å bli sett og kjenne seg betydningsfulle (Stubberud, 2020, s. 49).

I ny nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 7 (2019–2020)) kan man lese hvilke satsningsområder det skal arbeides med i måleperioden 2020-2023 og på hvilken måte spesialisthelsetjenesten kan bidra til å styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse. Blant satsingsområdene finner vi; gode tolketjenester og høy kvalitet på kommunikasjonen, samvalg

hvor pasienten sammen med helsepersonell drøfter ulike behandlingsvalg, samt pasient-, bruker-, og pårørendeopplæring for å styrke helsekompetansen (Meld. St. 7 (2019-2020)).

## 2.7 Samhandling

Orvik (2015) beskriver at samhandling inneholder en norm om handling og kan forstås som noe mer konkret og forpliktende enn samarbeid. Samhandling vil si å gjøre noe sammen der handlingene er koordinerte, og hensikten er å oppnå flyt i arbeidsprosesser. Dermed får pasienter og pårørende får opplevelse av kontinuitet i tiltak og tjenester (Orvik, 2015). Stubberud (2018) angir samhandling som en viktig forutsetning for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, både helsepersonell seg imellom og mellom helsepersonell og pasienter og pårørende. Deling og utveksling av kompetanse er en viktig del av samhandling mellom helsepersonell (Stubberud, 2020, s. 72). Tverrprofesjonell samhandling blir fremhevet som et viktig tiltak for å bedre kvaliteten og kontinuiteten i helsehjelpen, blant annet samhandling mellom sykepleiere og leger (Meld. St. 10 (2012-2013)). Orvik (2015) hevder at tverrprofesjonalitet i større grad kan handle om hvordan klinikere samhandler, mens tverrfaglighet dreier seg mer om disipliner, fag og kunnskap. Ifølge Stubberud (2020) krever samhandling strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell for å styrke pasientsikkerheten, da ineffektiv kommunikasjon kan medføre negative behandlingsresultater for pasienten.

### 2.7.1 Teamarbeid

En viktig del av tverrprofesjonell samhandling er teamarbeid, der profesjonsutøvere komplimenterer hverandre i en behandlingssituasjon og er avhengig av samhandling for å nå felles mål (Orvik, 2015; Xyrichis & Ream, 2008). Salah og Abu-Moghli (2020) trekkes det frem at kompleksiteten på en intensivavdeling er en avgjørende faktor for at intensivsykepleiere må anvende KBP, søke etter anbefalt praksis, holde seg faglig oppdatert og delta i tverrfaglig samhandling (Salah & Abu-Moghli, 2020). Velfungerende team kan gi medarbeidere tilfredshet og medføre bedre behandlingsresultater for pasienter. Imidlertid kan dårlig teamarbeid medføre konflikter og mistriivsel blant ansatte, samt gi redusert produktivitet (Bang, 2010; Xyrichis & Ream, 2008). I følge Bang (2010) er det essensielt at alle i teamet forstår at de er avhengige av hverandre for å nå felles mål og være klar over at egen atferd innvirker på de andre. Teammedlemmene må oppføre seg som et team, innse at de

er en del av en større enhet og evne å tilpasse seg hverandre for å ta ut den mulige gevinsten som ligger i teamarbeid (Bang, 2010).

Forskning viser at teamarbeid, som eksempelvis simulering, utvikles og styrkes gjennom trening, og de unike bidragene fra hver profesjon verdsettes. Deltakere trener på tverrfaglig samarbeid og situasjonsforståelse, reflekterer over hverandres utøvelse og blir bedre i stand til å si ifra der faglige retningslinjer ikke blir fulgt for seg, for å sikre god pasientpraksis (Lapkin et al., 2013; Reime et al., 2016). Diskusjoner omkring kunnskapsgrunnlaget for faglige avgjørelser er betydningsfullt, da det bidrar til å styrke og synliggjøre sykepleiefaget (Sandvik et al., 2011). Aase (2022) viser til Gaba (2004) og Salas et al. (2007) som fremhever simulering som en viktig arena for å trene på og diskutere pasientsikkerhetshendelser, og at team som lærer av erfaring og er tilpasningsdyktige, møter stressende og akutte situasjoner bedre (Aase, 2022). For å håndtere fremtidige utfordringer bør sykehusene øve på et bredere samarbeid innad, samtidig som personellet må trenes gjennom gjentatte simuleringsøvelser (Koronakommisjonen, 2022 s. 457, 458).

### 2.7.2 Positiv innstilling og engasjement

Flere studier så en sammenheng mellom holdninger og bruk av KBP, hvor positiv holdning og tro på KBP var med på å fremme bruken (Ammouri et al., 2014; Salah & Abu-Moghli, 2020; Sandvik et al., 2011). Ammouri et al. (2014) sin studie viste at de to fremste holdningene til sykepleierne var at KBP var grunnleggende for profesjonell praksis og at andre sykepleiere var velkomne til å stille spørsmål ved deres praksis. Studien til Røkholt et al. (2017) konkluderer med at for å lykkes med implementering av KBP er det et samspill mellom flere faktorer som er av betydning. En positiv holdning til KBP hos leder fremmer motivasjon hos ansatte, støtter opp om samarbeid og åpenhet, og gir muligheter for å reflektere over praksis og dele erfaring. Åpenhet i arbeidsmiljøet var betydningsfullt for å tørre å stille spørsmål ved praksis og argumentere med kolleger. Videre ble det i studien fremhevet at ildsjeler med kompetanse og interesse for KBP som faglige pådrivere, var en viktig faktor for implementering (Røkholt et al., 2017).

Lai (2021) uttrykker at det å kunne delta aktivt i kompetanseutvikling gir eiendomsforhold til tiltakene. Det igjen kan bidra til økt motivasjon og ansvarliggjøring både hos ledere og medarbeidere (Lai, 2021, s. 147). Personlig interesse for forbedring, tverrprofesjonelt

samarbeid og støtte fra ledelse kan bidra til å motivere (Helsebiblioteket, 2021). I vårt artikkelsøk fant vi studier som påpekte at mangel på myndighet til å endre praksis ble trukket fram som en faktor som hemmet bruk av KBP (Bowers et al., 2016; Khammarnia et al., 2015). Lai (2021) påpeker forskjellen mellom kompetanseheving som handler om utvikling av spesialisert kompetanse, og kompetanseutvikling som handler mer om å endre kompetanse eller gi ny kompetanse.

## 3.0 Metode

### 3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en velegnet metode i studier der man ønsker å innhente helsepersonells erfaringer og opplevelser eller på områder som det er lite forsket på (Fangen, 2015). Metoden kan også brukes til å få økt kunnskap om andre menneskelige egenskaper som forventninger, tanker, holdninger og motiver. Subjektive erfaringer, nyanser og mangfold kan presenteres og åpne for ny kunnskap som gjelder for flere (Malterud, 2018, s. 30, 31, 113). Det som skiller kvalitative metoder fra kvantitative metoder, kan eksempelvis være at data i form av tekst behandles og det søkes mot å forstå og beskrive i motsetning til kvantitative metoder der data i form av tall behandles og forklares (Malterud, 2012, s. 19). Kvalitativ forskning har en fleksibel og fremvoksende forskningsdesign, mens kvantitativ forskning har et fiksert forskningsdesign, fokuserer på det objektive og baserer funnene på empirisk evidens, det er systematisk og kontrollert og en streben etter generaliserbarhet (Polit & Beck, 2022, s. 8).

Kvalitative forskningsmetoder tar utgangspunkt i teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Fangen, 2015). En studie med fenomenologisk perspektiv søker å beskrive essensen og betydningen av et fenomen og så nøyaktig som mulig. Fenomenologisk reduksjon og bracketing er nøkkelbegreper som henholdsvis går på å sette til side inntrykk for å tydelig å se essensen og sette egen forforståelse i parentes (Malterud, 2012, s. 137). I følge Polit & Beck (2018) settes ikke forforståelse i parentes i hermeneutikken, forskeren har en forforståelse. Man forsøker å komme inn i andres livsverden og oppdage deres forståelse. Ideelt sett tilnærmer man seg en intervjuetekst med åpenhet innenfor hermeneutikken og ved å bruke den hermeneutiske sirkel søker man å forstå helheten av en tekst i form av delene og delene i form av helheten (Polit & Beck, 2018, s. 188). Denne studien har elementer fra begge vitenskapsfilosofiene. I følge Malterud (2018) er



det ikke riktig å si at kvalitative forskningsmetoder er fenomenologiske, hermeneutiske eller hermeneutisk-fenomenologiske, hvis ikke det er nøyaktig filosofisk forankret.

Det er valgt et kvalitativt deskriptivt design med en induktiv tilnærming. Det benyttes empiriske data fra semistrukturerte fokusgrupper til tverrgående analyse etter anbefaling av Malterud (2018). Med en induktiv tilnærming utvikler man slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2018, s. 27, 38). Fordeler som nevnt ovenfor var viktige for oss og valget falt på denne undersøkelsesmetoden. Hensikten var å få frem intensivsykepleieres subjektive erfaringer og opplevelser med hva som fremmer bruk av kunnskapsbasert praksis, samt studiens litteratursøk kunne gi indikasjoner på at temaet var lite undersøkt

### 3.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ forskningsmetode der man intervjuer grupper på rundt fem til åtte deltakere (Malterud, 2018, s. 138). Metoden gir mulighet for samhandling, der temaer og stemningen kan bringe frem minner og historier hos deltakerne. Merverdien av samhandlingen utnyttes og åpner for en ny innsikt på en annen måte enn man ville oppnådd gjennom individualintervju (Malterud, 2012, s. 18). Fokusgrupper egner seg spesielt godt der man ønsker mer kunnskap om holdninger og erfaring eller meninger i miljøer med samhandling (Malterud, 2012, s. 18-19).

Gruppeintervjuene har en varighet på en time eller halvannen og det benyttes lydopptak. Intervjuene ledes av en moderator og en sekretær noterer momenter som eksempelvis stemningen. Moderator bidrar til at alle kommer til orde, samt i størst mulig grad holder samtalen omkring temaer som skal belyses (Malterud, 2018, s. 138-139). En utfordring for moderator kan være å få alle engasjert i temaene og påse at alle kommer til orde med fortellinger med relevans for problemstillingen (Malterud, 2012, s. 72-73). Ved å intervjuer i grupper sparer man tid og ressurser og det går mindre tid til transkribering i motsetning til individuelle intervjuer. Imidlertid kan det være en ulempe ved at enkelte kanskje ikke våger å dele sine meninger i en gruppe og da kan man gå glipp av kunnskap som kunne gitt nyanser og vært berikende for datamaterialet (Malterud, 2012, s. 22, 72). Ved eksempelvis sensitive temaer kan individualintervju være bedre egnet. Det er problemstillingen som bestemmer hvilken metode som egner seg best (Malterud, 2018, s. 137).

I dette forskningsprosjektet ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer. Med fordeler som er nevnt ovenfor ble det vurdert som en rasjonell metode for å belyse studiens problemstilling. Da vår problemstilling omhandlet kunnskapsbasert praksis så vi ikke på det som noe sensitivt. Vi ønsket mer kunnskap om erfaringer, meninger og holdninger i et miljø med samhandling, derfor vurdert vi fokusgrupper som hensiktsmessig. Fokusgrupper kan gi assosiasjoner og få frem ulike nyanser som kan frembringe noe nytt vi ikke visste fra før. Det tidsbesparende aspektet var også viktig for oss på grunn av begrenset tid til datainnsamling mellom praksisperiode og eksamen.

Det ble i forkant av datainnsamlingen utarbeidet en semistrukturert intervjuguide. Vi benyttet noen få utvalgte spørsmål omkring temaområder som kunne belyse vår problemstilling (Vedlegg 3). Malterud (2012) skriver at man i kvalitative studier skal ha åpne svaralternativer og være klar til å følge opp og da stille ikke planlagte spørsmål. Spørsmålsformuleringen var åpen som eksempelvis startet med «Hvordan opplever dere...?», samt spørsmål som inviterte til å fortelle. Det ble utarbeidet enkelte oppfølgingsspørsmål, med tanke på å følge opp interessante vendinger og få mer utdypende svar. Etter Malteruds (2012) anbefalinger var første spørsmål enkelt og åpent da det var et ønske at alle kunne svare, samt for å skape en lett stemning der deltakerne kjente seg trygge til å dele erfaringer. Det ble justert noe på ordlyden i spørsmålene etter innspill fra veileder og medstudenter på masterseminar. Intervjuguiden ble utarbeidet for å være et støttende verktøy for å holde noenlunde struktur omkring problemstillingen. Malterud (2018) råder til at intervjuguiden ikke skal være for detaljert eller brukes slavisk, da det ikke er ønskelig å standardisere et kvalitativt intervju. Deltakere gis da tid og mulighet til å komme med spontane historier, og dele følelser og erfaringer, dermed kan det komme frem ny kunnskap og åpne for nye spørsmål omkring problemstillingen (Malterud, 2018, s. 133-135).

### 3.3 Utvalg og rekruttering

Det ble gjort et strategisk utvalg av deltakerne til fokusgruppene for å belyse problemstillingen på best mulig måte. Med innsiktsfulle deltakere som innehar gode kommunikasjonsferdigheter kan man få en solid datasamling selv med få deltakere (Polit & Beck, 2018, s. 201). Deltakerne ble valgt ut ifra egenskaper og kvalifikasjoner. Våre inklusjonskriterier var at deltakerne skulle ha utdanning som intensivsykepleier og jobbe i en intensivavdeling. Intensivsykepleierne trengte ikke å ha masterutdanning, men måtte ha

godkjent videreutdanning. Vi ønsket intervjuer to til tre fokusgrupper, ifølge Malterud (2018) kan det gi relevant datainnsamling ved god samhandling og dialog. Videre ønsket vi fem til åtte deltakere i hver gruppe, med ulik ansiennitet, alder og kjønn som kunne representere variasjon og reell sammensetning i de ulike intensivavdelingene. I et fokusgruppeintervju vil det være ønskelig med en god dynamikk slik at assosiasjoner og erfaringer kan komme fram. Det krever en viss homogenitet for å styrke denne gruppedynamikken. Imidlertid vil variasjon i gruppene kunne bidra til større mangfold i erfaringer og nyanser rundt ett og samme fenomen. Variasjon vil også kunne åpne for nye spørsmål (Malterud, 2012, s. 44; Malterud, 2017, s. 59).

Rekrutteringen av informanter til fokusgruppeintervjuene ble gjennomført via kontaktperson ved to forskjellige intensivavdelinger i Helse Sør-Øst etter de gitte inklusjonskriteriene. I forkant hadde vi tatt kontakt med helseforetaket via E-post. Ved det ene sykehuset, skulle søknaden sendes via Kompetanseenheten og godkjennes av Forskningsenheten. Ved det andre sykehuset skulle forespørselen godkjennes av klinikkssjef. Da godkjenningene om innpass til forskningsfeltet var på plass, begynte rekrutteringsarbeidet.

Vår første kontaktperson ved de to avdelingene var enhetsleder. Ved det ene sykehuset ble det avtalt tidspunkt for gjennomføring av intervjuet på en dag det passet avdelingen best, hvor deltakere som svarte til inklusjonskriteriene ble spurt av enhetsleder samme dag. Vi viste forståelse for det, da det i en travel avdeling kan være utfordrende å ta ut flere intensivsykepleiere samtidig. Det ga imidlertid deltakerne en utfordring ved at det ble noe kort tid til å sette seg inn i temaet og problemstillingen. Deltakerne hadde fått utdelt informasjonsskriv samme morgen, og dermed måtte vi bruke noe ekstra tid på å forklare begrepene i KBP før intervjuene startet. Vi hadde på forhånd laget en plansje over KBP som også ble gjennomgått og forklart i plenum (vedlegg 7).

Ved det andre sykehuset, fikk vi tilsendt en liste fra enhetsleder med E-post til deltakere som svarte til inklusjonskriteriene og som hadde sagt ja til å delta. Vi kontaktet deretter deltakerne på e-post for å avtale tidspunkt for fokusgruppeintervjuet. Vi hadde en kontaktperson i denne gruppen som hjalp til med logistikken og booking av møterom. Da deltakerne jobbet turnus var det utfordrende å finne et tidspunkt som passet alle, noe som resulterte i et bytte av to informanter. Alle informantene fikk tilsendt informasjonsskrivet i forkant, og kunne på den

måten være forberedt på hva som var hensikten med studien. (vedlegg 6). Vi tok oss også her tid til å gå igjennom begrepene i KBP før intervjuet.

Utvalgsprosessen resulterte i to fokusgrupper fra to ulike sykehus, med henholdsvis fire og syv deltakere i hver gruppe. Kun én av deltakerne var mann, men på grunn av personvern blir ikke kjønn gjengitt i demografiske oversikt.

Tabell 1. Antall deltakere og ansiennitet fordelt i aldersgrupper

Aldersgruppe	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 + år
Antall deltakere	2	3	2	3	1
Samlet ansiennitet	3 år	17 år	29 år	59 år	26 år

### 3.4 Gjennomføring av intervjuer

#### 3.4.1 Forforståelse og refleksivitet

Innenfor kvalitativ forskning er refleksivitet et viktig verktøy (Polit & Beck, 2018, s. 76). Refleksivitet innebærer at vi som forskere erkjenner og vurderer betydningen av eget ståsted i forskningsprosessen og nærhet til stoffet kan utfordre refleksivitet (Malterud, 2018, s. 20-21). Det er en kontinuerlig prosess der man er bevisste på og kritisk vurderer hvordan vi selv som personer, med våre verdier, unike bakgrunn og yrkesprofesjon kan påvirke datainnsamling og tolkning (Polit & Beck, 2018, s. 71, 72, 298). Man må stille seg spørsmål om man har noen sterke meninger innenfor det aktuelle feltet og overveie hvilke briller man har på under lesing og tolkning av data. Ved å identifisere våre posisjoner kan man deretter vurdere hvordan det igjen kan påvirke kunnskapsutviklingen (Malterud, 2018, s. 20-21). Gjennom hele dette forskningsprosjektet har vi tilstrebet å være transparente og tydelige på vår egen påvirkning både i planlegging, gjennomføring og analyse av data ved å vise til teoretisk forankring og vår kliniske erfaring.

I følge Malterud (2018) er forforståelse den ryggsekken vi har på oss inn i forskningsprosjektet, som igjen inneholder hypoteser, faglig perspektiv, teoretisk forankring

og egne erfaringer slik det er ved starten av prosjektet. Vår forforståelse kan medføre at vi har skylapper på inn i prosjektet slik at vi ikke ser og oppdager ny kunnskap langs veien. Imidlertid kan også forforståelsen være viktig for engasjement og motivasjon til å i det hele tatt sette i gang forskning om et aktuelt tema, det kan eksempelvis være å utforske et tema gjennom en spesiell innfallsvinkel, flytte fokus og kanskje er motivet et ønske om å endre praksis til det bedre. De ulike aspektene av forforståelse kan være nyttige motiver for forskningsprosessen og gi næring og styrke prosjektet (Malterud, 2018, s. 44, 45, 217).

Denne masteroppgaven er et samarbeid mellom to sykepleiere med samme interesse for faglig utvikling. Vi har flere års yrkeserfaring som sykepleiere, men med ulik bakgrunn. Én med erfaring fra sengepost, intermediaær enhet og som fagutviklingssykepleier. Den andre har erfaring fra sengepost, akuttmottak, legevakt og to ulike intensivavdelinger. Gjennom erfaring fra eget arbeid som sykepleiere og gjennom masterutdanning i intensivsykepleie, har vi tilegnet oss både teoretisk og praktisk kunnskap om kunnskapsbasert praksis som også blir en del av vår forforståelse. Under vår utdanningspraksis ved intensivavdeling har vi erfart at det er varierende bruk av oppdatert forskning og en rekke protokoller i avdelingen ble lite brukt. Imidlertid så vi også sykepleiere som var positive til KBP og regelmessig søkte oppdatert forskning og anvendte det i praksis.

### 3.4.2 Forberedelser før intervjuer

Da vi har liten erfaring med intervjuer fra tidligere ble det gjennomført pilotintervju av en fagsykepleier i forkant av forskningsprosjektet. Hensikten var å få prøve ut om spørsmålene i intervjuguiden var forståelige og hvordan det fungerte med å stille oppfølgingsspørsmål. Vi ønsket å få en anelse om spørsmålene i intervjuguiden kunne bidra til å belyse problemstillingen vår, og være forberedt på å følge opp deler som kunne lede til ny kunnskap (Malterud, 2018, s. 55). Videre var det viktig å kontrollere funksjon og lyd kvalitet på utstyret, samt å trene oss på intervjurollen. Vi ønsket begge å være deltagende som moderator og bytte på rollen, og vi hadde en formening om at det kunne bidra til en avslappet stemning.

Etter pilotintervjuet pratet vi med deltakeren om temaet og spørsmålsformuleringen. Tilbakemeldingen var at det ikke var nødvendig å endre på noen av spørsmålene. Temaet om KBP var nyttig og engasjerte deltakeren. Det var på forhånd estimert at intervjuet ville vare 45-60 min. Pilotintervjuet varte i 30 min, men det skyldtes antakelig at det kun var én person.

Vi opplevde at pilotintervju var nyttig og hensiktsmessig for å bli mer tryggere i intervjusituasjonen og stille mer forberedt til fokusgruppeintervjuene. Malterud (2012) anbefaler å sjekke utstyret i forkant for å unngå teknisk svikt, samt sørge for nye batterier for å unngå redusert lyd kvalitet. For å unngå teknisk feil ble lydopptakeren sjekket igjen før fokusgruppene og det ble satt inn nye batterier, samt medbrakt ekstra i reserve.

### 3.4.3 Gjennomføring av datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført på to ulike sykehus i egnede og rolige rom, adskilt fra avdelingen. I forkant hadde vi satt frem drikke og da deltakerne kom var det en lett og ledig stemning rundt bordet. Før intervjuet startet ble informasjonsskrivet gjennomgått for å minne om personvern og etikk og samtykkeskjema ble signert. Videre ble det minnet om at alt som fremkom i gruppen forble i gruppen (Malterud, 2012, s. 68, 70). Deltakerne fikk ikke utdelt intervjuguiden i forkant, men de fikk en kort innføring i temaene i studien, begrepene innenfor KBP, samt vist og forklart en plansje over KBP vi hadde laget. Plansjen ble liggende på bordet fremfor dem.

Intervjuene startet med et enkelt spørsmål der hensikten var å lettere få deltakerne aktive. Vi byttet på moderatorrollen som styrte og stilte spørsmål og sekretær som noterte stemning og samhandling. Vi var aktivt lyttende og stilte oppfølgingsspørsmål som for eksempel «Hvordan gjør dere det?» og «Kan du komme med et eksempel?». Det ble benyttet åpne spørsmål for å få frem deltakernes egne erfaringer og gi dem muligheten til å beskrive og fortelle historier (Malterud, 2012, s. 66, 71).

Som forskere var vi bevisst vårt ansvar for å tilstrebe at alle deltakerne kommer til orde for forsvarlig datakvalitet og unngå at noen deltakere dominerer. Selv om noen var litt mer kortfattet og andre svarte litt mer utfyllende, opplevde vi ikke at noen dominerte og vi unngikk å avbryte enkelte personer på en høflig måte. Vi var opptatt av at alle ble sett når spørsmål ble stilt og at alle deltakerne skulle kjenne seg trygge og komfortable. Etter Malteruds (2012) anbefalinger var vi opptatt av å gi anerkjennelse både verbalt og nonverbalt, ikke nødvendigvis at man var enig, men bekreftet at man lyttet og var interessert i den enkeltes utsagn. Fokusgruppeintervjuene varte omtrent 60 minutter som var estimert, hvorav rundt 15 minutter ble brukt til innledning og avslutning.

### 3.5 Ethiske overveielser

Siden prosjektet skulle omhandle personopplysninger søkte vi godkjenning for prosjektet hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), med referansenummer 470319 (vedlegg 4).

Etter godkjenning fra NSD ble det søkt om etisk godkjenning av Fakultetets etiske komité (FEK) ved Universitetet i Agder (vedlegg 5). Deretter søkte vi de aktuelle sykehusene om å få gjennomføre prosjektet.

Som forsker er det viktig å kjenne til etiske utfordringer i forbindelse med forskning, og man må følge gjeldende regelverk som skal regulere medisinsk forskning (Malterud, 2018, s. 211). Vi har fulgt Helsinkideklarasjonen som er en internasjonal avtale som sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker (World Medical Association, 2018). Personopplysningsloven, Forskningsetikkloven og Helseforskningsloven har som hensikt å verne om deltakeres sikkerhet og trygghet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

I kvalitative studier vil datasamlingen inneholde personlige meninger og historier. Det er derfor viktig at dialogen mellom intervjuer og informantene er preget av gjensidig tillit. Vår tilknytning til avdelingene som arbeidsplass og praksisplass hadde relevans for valg av intervjusted, men til intervjuet stilte vi i privat tøy for å skille mellom roller og vise at vi var studenter/forskere, og ikke kollega på jobb. Repstad (2009) trekker fram at det kan oppstå problemer med den forskningsmessige distansen ved å forske på sine egne. Forholdet mellom subjektivitet og objektivitet er noe vi har reflektert over underveis. Det krever en innsats av forskeren å skape denne tilliten slik at deltakerne kan føle seg trygge dele informasjon uten å være tilbakeholdne (Oeye et al., 2007). Malterud (2017) viser til Goldblatt og Karnelli-Miller et. al (2011) at det kreves av oss at vi forvalter den informasjonen som kommer fram i intervjuene på en måte som samsvarer med hvordan det var ment. Vi kan heller ikke følelsmessig la oss engasjere, men være nøkterne og håndtere kunnskapen på en vitenskapelig måte (Malterud 2017, s. 212).

Helsinkideklarasjonen gir ikke den samme tryggheten overfor helsepersonell som den gjør når det er pasienter det skal forskes på. Malterud (2018) henviser til Davidsen (2011) når hun skriver at det kreves tillit for åpne sin arbeidshverdag overfor andre. Videre minner Malterud (2018) på at det informerte samtykket må ivaretas på en respektfull måte, slik at deltakerne

ikke latterliggjøres eller blir satt i et dårlig lys. Man hadde nok ikke hadde stilt seg til disposisjon dersom hensikten var å bli utsatt for negativ eksponering, og vi kan jo lett forestille oss hvordan vi ville opplevd det (Malterud, 2018, s. 216). Allikevel drives mange forskningsprosjekter av motiver som er med på å endre praksis, som å bedre helsetjenester for pasienter. Derfor må også hensynet til den tredje part vektlegges dersom det er hensiktsmessig. Likevel presiserer Malterud (2018) at det i kvalitative studier er viktig med gjensidig tillit (Malterud, 2018, s. 217).

### 3.5.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Det forskningsetiske ansvaret hviler på oss som forskere. I Helsinkideklarasjonen står det informerte samtykke sentralt. Det betyr ikke at uetisk forskning kan forsvares, uansett hvor informert samtykket er. Det står videre i Helsinkideklarasjonen at vitenskapen og samfunnets behov for kunnskap, ikke kan føre til at deltakere utsettes for unødig ubehag (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). I utarbeidelsen av informasjonsskrivet benyttet vi NSD sin “Mal for informasjonsskriv” (NSD - Norsk senter for forskningsdata, u.å. ). Det ble innhentet skriftlig samtykke fra informantene. Informasjonsskriv/samtykkeskjema ble utdelt i forkant av intervjuet, og deltakerne ble informert om frivillig deltakelse og at de kunne trekke seg fra studien uten at det i så fall ville fått noen konsekvenser (Fossheim, 2015). Videre ble det informert om at data ble anonymisert og personidentifiserbare opplysninger skulle behandles konfidensielt.

Malterud (2018) refererer til Datatilsynet som har regler for hvordan materialet skal oppbevares nedlåst og utilgjengelig for uvedkommende. I bearbeidningen av materialet, har vi derfor behandlet både lydfiler og kodenøkler med stor forsiktighet. Malterud (2012) anbefaler å bruke en lydbåndopptaker som ikke kan kobles til internett, og at den oppbevares innelåst på et rom hele den tid man jobber med transkribering (Malterud 2012, s. 95-96). Også NSD påpeker viktigheten av å behandle personopplysninger på en måte som beskytter integritet og fortrolighet (NSD, u.å.). Ett av tiltakene vi brukte var å låne en godkjent lydbåndopptaker fra fakultetet med egne minnekort som ble destruert ved innlevering. Lydfilene ble lastet opp på fakultetets godkjente lagringsområde, onedrive, og slettes når sensuren foreligger. Lydbåndopptaker og transkripter ble oppbevart innelåst slik at ikke andre enn vi som forskere skulle få tilgang (UiA, 2018). Etter anbefaling av Malterud (2012) gjorde vi også tiltak for å sikre konfidensialitet ved å gi deltakerne pseudonymer i form av tall og bokstaver. Dette for å



unngå at deltakerne ikke kan gjenkjennes på noe måte gjennom den videre prosessen. De signerte samtykkeskjemaene ble oppbevart nedlåst på veileders kontor for å etablere et fysisk skille mellom det transkriberte materialet og deltakerinformasjon (Malterud, 2012, s. 95-96; Malterud, 2018, s. 216).

## 3.6 Analyse

### 3.6.1 Transkribering

Transkriberingen ble gjennomført av begge kandidatene dagen etter intervjuene. Malterud (2017 og 2018) anbefaler å transkribere kort tid etter intervjuene, da det enda er friskt i minne. Det var god lyd kvalitet på opptakene. All tekst ble skrevet i bokmål og ikke på informantens dialekt selv om ord og uttrykk ble tatt med i sin helhet. Halve setninger og lydord ble tatt med, og uttrykk ble skrevet nøyaktig slik det ble sagt av informantene. Også stemningen ble skrevet i parentes, for eksempel (unison enighet/latter/mumling). Vi var bevisst at det transkriberte materialet skulle ivareta deltakernes erfaringer og meninger, slik det ble sagt under intervjuet. Vi hadde god mulighet til å erindre stemningen, da begge kandidatene var delaktige i intervjusituasjonen og kunne observere kroppsspråk og nonverbale uttrykk. Imidlertid var vi forsiktig med å tolke det vi ikke forstod, for eksempel de gangene hvor deltakerne snakket i munnen på hverandre. Da gikk vi gjennom opptaket flere ganger, inntil vi hadde skilt ord fra hverandre og ble enige om hva som ble sagt (Malterud, 2017, s. 77).

I det videre arbeidet med var formålet å best mulig formidle det deltakerne ønsket å få fram. Derfor redigerte vi forsiktig innholdet ved å fjerne lydord og halve setninger uten betydning. Dette kalles for “slightly modified verbatim mode”. Transkriberingen inngår i den analytiske prosessen på den måten at forskeren kan påvirke materialet ved en filteringsprosess (Malterud, 2017, s. 78, 80).

### 3.6.2 Systematisk tekstkondensering

Analysemetoden som ble benyttet var Malteruds systematiske tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation -STC) har inspirasjon fra Giorgis psykologiske-fenomenologiske analyse, dog ikke en fenomenologisk metode (Malterud, 2018, s. 97, 113, 115). Metoden er anbefalt for tverrgående analyse av kvalitative data der man fortolker og sammenfatter variasjoner, forskjeller og likhetstrekk i erfaringer og holdninger.

Analysemetoden er egnet selv for forskere med lite erfaring og gir en innføring i hvordan en analyseprosess systematisk og overkommelig kan gjennomføres. Systematisk tekstkondensering har en spesifikk fremgangsmåte som går over fire trinn (Malterud, 2018, s. 93-98, 114-115).

Første trinn innebærer å ha et fugleperspektiv, få oversikt og bli kjent med datamaterialet og etablere et helhetlig bilde (Malterud, 2018, s. 99). Forskeren skal her forsøke å sette forforståelse og teoretisk bakgrunn til siden. Etter første gjennomlesing gjøres en oppsummering av inntrykket og dannes intuitivt fire til åtte temaer som gis foreløpige navn (Malterud, 2018, s. 99). Vi startet gjennomlesning av intervjuene hver for oss med åpent sinn og tilstrebet å legge vår forforståelse til side. Første gjennomlesing var uten systematikk for å få et helhetsinntrykk. Intuitivt var det åtte midlertidige temaer som vekket vår oppmerksomhet og ble notert ned. Våre foreløpige temaer var; pasientsikkerhet, erfaring, kollegialt samarbeid, positiv innstilling, tilgjengelig forskning/tilrettelegging, informasjonsutveksling med pasient og pårørende, undervisning, fokus på fagutvikling.

Andre trinn handler om å organisere datamaterialet vi ønsker å se nærmere på, fra temaer til koder og legge det resterende til side (Malterud, 2018, s. 100-101). Malterud (2018) anbefaler at forskere går sammen i analysearbeidet for å skape rom for nyanser. Meningsbærende enheter identifiseres ved å lese linje for linje og systematiseres under de midlertidige temaene som er dannet i første trinn. Dette blir kalt for koding og innebærer en systematisk dekontekstualisering der tekstbiter tas ut av sin opprinnelige plass i teksten og settes sammen med liknende tekstbiter i samme kodegruppe (Malterud, 2018, s. 100-101, 104). Vi diskuterte de ulike temaene for å frem ulike nyanser av datamaterialet og se på hva som var sammenfallende og om noe sprikte. Temaene var svært like og vi ble enige om fem foreløpige temaer: "Pasientsikkerhet", "holdninger", "samarbeid", "kompetanse" og "fagutvikling". For å systematisere arbeidet videre, brukte vi fargekoder til de ulike temaene. For eksempel ble alt som var relatert til pasientsikkerhet markert med grønt. Tekstbiter som var relevant for problemstillingen ble skilt ut, resten av datamaterialet ble lagt til side. I arbeidet med analysen ble det laget én tabell for hver hovedgruppe slik at det ble oversiktlig og satt i system.

Tredje trinn innebærer å abstrahere informasjon som er sortert i andre trinn og systematisk trekke ut mening ved å kondensere innholdet i meningsbærende enheter (Malterud, 2018, s. 105). Analysen frem til hit ble foretatt manuelt. Etter å ha gjennomgått kurs om

analyseverktøyet NVivo startet vi å prøve det ut. Etter kort tid vurderte vi at det ikke var hensiktsmessig å bruke NVivo da datamaterialet var overkommelig og enklere å analysere manuelt. Videre fortsatte vi med sorteringsarbeidet og så nærmere på de meningsbærende enheter under hver kodegruppe. Hver for oss leste vi gjennom teksten i kodegruppene og så etter hva som utpekte seg og noterte det i stikkord. Sammen diskuterte vi nyanser og relevans for å belyse oppgavens problemstilling og det ble dannet to til tre subgrupper under hver kodegruppe. I følge Malterud (2018) tolker man tekst ut fra vårt ståsted og faglige perspektiv. Her var vi bevisste på at vår forståelse kunne påvirke hvilke subgrupper vi la merke til. Imidlertid var vår opplevelse at det hadde lite påvirkning, spesielt siden vi initialt satt hver for oss, for så å komme sammen og diskutere nyanser, så bidro det kanskje heller til mer fruktbare subgrupper. Videre ble det laget kondensat som er kunstige sitat der det brukes jeg-form. Innholdet i hver subgruppe ble fortettet og gjenspeilet informantenes stemmer angående det subgruppen fortalte om et fenomen (Malterud, 2018, s. 106).

Fjerde trinn i analysen består i rekontekstualisering der tekstbitene settes sammen igjen til beskrivende gjenfortellinger (Malterud, 2018, s. 108). Kunnskapen syntetiseres og presenteres. Det lages en analytisk tekst i tredjepersonform av kondensatene fra hver subgruppe og kodegruppe som toppes med et “gullsitat” til overskrift som belyser hovedfunn (Malterud, 2018, s. 108-110). Hver subgruppe får eget avsnitt. Til sist leses intervjuer gjennom på nytt for å bli påminnet det informantene opprinnelig uttrykket og vurdere om resultater er beskrivende ut ifra sin opprinnelighet. Som forsker har man ansvar som fortolker og det å være lojal til informantenes stemmer (Malterud, 2018, s. 94, 108-110). Malterud (2018) sine anbefalinger som beskrevet ovenfor ble fulgt i studien og vi viser til eksempel i tabell nedenfor. Vi har sett på intervjuene i sin helhet for å se om vi med resultatene har vært tro mot deltakernes stemmer. Vi har valgt å benytte flere sitater for å belyse ulike nyanser under hovdefunnene.

Analysearbeidet har vært en kontinuerlig og tidkrevende prosess der vi har gått frem og tilbake i datamaterialet. Vi har tolket deler, for så å tolke delene mot helheten og deretter tilbake til delene for å vurdere om vi har tolket datamaterialet “rett” som nevnt ovenfor og for å identifisere funn som vi ikke bemerket oss i tidligere del av analyseprosessen. Underveis har vi gjort endringer som å slå sammen hovedgrupper og subgrupper som har omhandlet noe av det samme temaet og dermed ble det også behov for å endre navn på hovedgrupper og subgrupper.

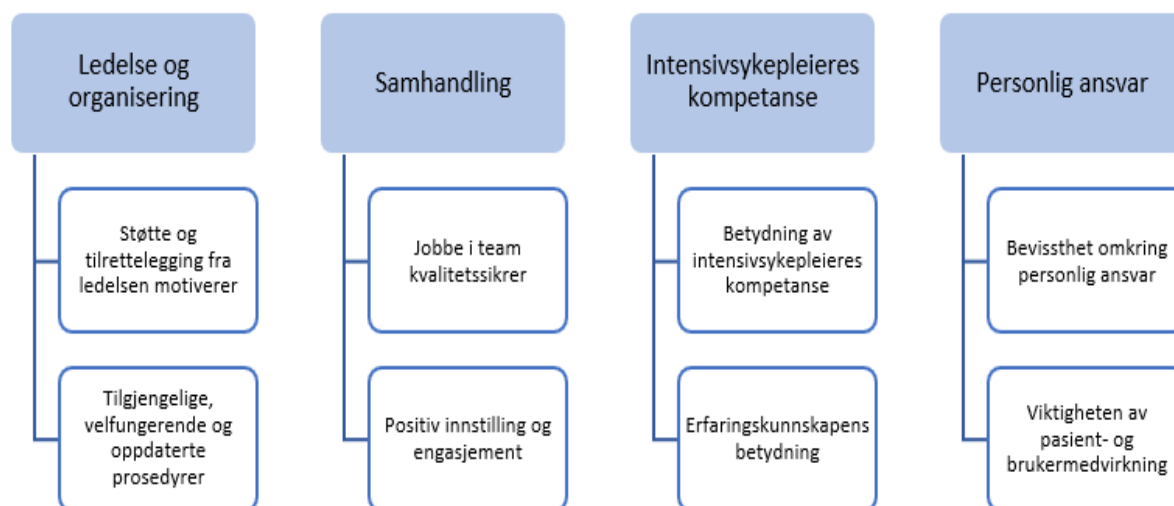
Tabell 2. Eksempel på systematisk tekstkondensering presentert i todelt tabell.

Trinn 1 Helhetsinntrykk	Trinn 2 Dekontekstualisering «Fra foreløpige temaer til koder»		
Foreløpig tema	Meningsbærende enhet		Koder
<b>Kompetanse</b>	3a: «Noen har jobbet her i 30 år og har opparbeidet seg kunnskap gjennom mange år uten å ha hatt en videreutdanning, så det blir det samme, men andre sykepleiere uten videreutdanning, med kanskje bare et par års erfaring, da er en ikke på samme nivå (...) Det kreves mye av det som en kaller for magefølelse, som ikke er en følelse, men en erfaring, som gjør at man reagerer på ting. Å kunne jobbe etter protokoller krever jo at en har erfaring og et kunnskapsgrunnlag på et høyt nivå fra for.»	3a) Sykepleiere med videreutdanning eller sykepleiere med veldig lang erfaring har bedre forutsetning for å kunne være ressurser i avdelingen. Det kreves mye av det man kaller "magefølelse", som er erfaring som gjør at man evner å reagere. Man trenger erfaring og grunnkunnskap på et høyt nivå for å kunne følge protokoller.	-Betydningen av kollegers erfaring  -Erfaring som klinisk verktøy  Erfaringskunnskap til bruk av protokoller
	5a: «Jeg kan jo C-PAP, men jeg må vite hvordan det virker på et lite barn. Det er ikke det samme i praksis. Da blir en nødt til å ha noen som har praksisen i hendene, hvis jeg skal komme videre i min kunnskap og utøvelse av yrket. Vi er avhengig av hverandre. Det nytter ikke å vite hvordan du skal få melka inn i en baby hvis du ikke har holdt en baby, eller hatt noen selv.»	5a: Det å trene på øvelser er ikke det samme som praksis, da trenger man noen som har praksisen i hendene. Det er betydningsfullt for meg å innhente erfaring fra kolleger. Samarbeid med erfarne kolleger gir utvikling.	-Betydningen av kollegers erfaring
	6a: Mange kunnskaper kan man få gjennom å lese, men man mangler en stor del av kunnskapen uten praksis. Vi kan godt skaffe oss kunnskap om en ting, men hvis ikke du har erfaring så stiller du kort likevel. Det er et veldig praktisk yrke, du kan ikke bare hvile på at det skal være kunnskapsbasert, du må ha treningen, det henger sammen. Du må ha erfaring for å holde den babyen, eller forstå den pårørende til den donorpasienten, du må ha erfaring for å vite hva du skal si, det nytter ikke bare å ha lest prosedyren.»	6a: Det nytter ikke bare lese prosedyren, det kreves praksis og erfaring for å vite hvordan du skal utføre handlinger og hvordan du skal snakke til og forstå pårørende.	-Erfaring for omsetting av teori til praksis  -Erfaring i møte med pårørende

	Trinn 3 Kondensering "Fra kode til abstrahert innhold"		Trinn 4 Syntese "Fra kondensering til beskrivelse, begreper og resultater"	
Koder	Subgrupper	Kondensat	Beskrivelse	Endelig hovedkategori
-Betydningen av kollegers erfaring  -Erfaring som klinisk verktøy  Erfaringskunnskap til bruk av protokoller  -Betydningen av kollegers erfaring  -Erfaring for omsetting av teori til praksis  -Erfaring i møte med pårørende	<b>Erfaringskunnskapens betydning</b>	«Jeg mener sykepleiere med veldig lang erfaring eller videreutdanning, har bedre forutsetning for å kunne være ressurser og det er positivt for avdelingen. Erfaring er veldig betydningsfullt for meg, det er det som gjør at jeg reagerer på ting. Du når ikke et høyere nivå før du har flere elementer av kunnskapsbasert utøvelse. Det nytter ikke bare lese prosedyren, det kreves også praksis og erfaring for å vite hvordan du skal utføre handlinger. Jeg trenger erfaring og grunnkunnskap på et høyt nivå for å kunne følge protokollene vi har. Kollegers erfaring er betydningsfullt for meg. Jeg trenger innhente kunnskap fra noen som har praksisen i hendene, det gir meg utvikling. Vi kan få frem ulike nyanser og trekke forskjellige konklusjoner av våre erfaringer og personlig faktor kan påvirke. Det er et veldig praktisk yrke, jeg må ha treningen for å forstå hvordan ting henger sammen. Det kreves praksis og erfaring for å vite hvordan jeg skal gi melk til en baby og erfaring gjør det enklere å snakke til og forstå pårørende i vanskelige samtaler, det nytter ikke at jeg bare har lest en prosedyre.»	Intensivsykepleierne fremhever at erfaring er betydningsfullt for dem. En beskriver at kunnskapsbasert utøvelse innebærer flere elementer, deriblant erfaring som man trenger for å nå et høyere nivå. Det er også gjennom mange års erfaring man utvikler det man kaller en «magefølelse» om at noe ikke er som det skal, som igjen gjør at man evner å reagere. Intensivsykepleierne påpeker at det trengs erfaring for å forstå protokoller og omgjøre teori til praksis. Erfaringskunnskapens betydning vektlegges i det mellommenneskelige i samhandling med både kolleger, pasienter og pårørende. Kollegers erfaring verdsettes stort av intensivsykepleierne. De deler erfaring og forskningskunnskap og utfyller hverandre. Intensivsykepleiere er klare på at det trengs ulike deler av kunnskap i yrket. Alt henger sammen og delene utfyller hverandre, og det trekkes spesielt frem viktigheten av erfaringskunnskap i møte med pasient og pårørende. Det nytter ikke kun å lese forskning og prosedyrer, som intensivsykepleier er man avhengig av praksis og erfaring for eksempelvis å vite hvordan man gir melk til en baby eller hvordan man snakker til pårørende i krisesituasjoner som pårørende til en donor.	<b>Intensivsykepleieres kompetanse</b>

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater fra datamaterialet i fem hovedkategorier med tilhørende subkategorier. Dette kan være med å belyse studiens hensikt som er å beskrive hva som fremmer intensivsykepleieres bruk av KBP. Funnene underbygges av utvalgte sitater fra intensivsykepleiere. For å ivareta anonymiteten blir deltakerne omtalt som intensivsykepleieren, deltakeren eller informanten. Utsagnene blir nummerert med tall fra 1-7 og markert med A eller B, eksempelvis 2a. Dette indikerer henholdsvis hvilken intensivsykepleier som har kommet med utsagnet og fra hvilket sykehus.



Figur 2: Hovedkategorier og subkategorier

### 4.1 Ledelse og organisering

#### 4.1.1 Støtte og tilrettelegging fra ledelsen motiverer

*“Det er så viktig å være med på fagdager og kongresser for å holde oss oppdaterte, og at ledelsen støtter opp under dette. Det gir så mye i form av kunnskap og motivasjon, og man får lyst til å gjøre en innsats tilbake”. (2a, 4a?)*

Intensivsykepleierne mente at støtte fra ledelsen var vesentlig for motivasjon for kompetanseheving/kompetanseutvikling, og en viktig faktor for å fremme KBP.

Intensivsykepleierne ga uttrykk for at det var viktig å kunne delta på eksterne kurs som intensivkongresser for å oppdateres med faglig påfyll, men også for å hente motivasjon og

inspirasjon. Intensivsykepleierne la vekt på at “støtte” innebar at ledelsen ikke bare var positive, men at de også hadde gjennomføringsevne til å holde fagdager og legge til rette for prioritert tid til gjennomgang av prosedyrer, undervisning og øving. Det ble løftet fram positive erfaringer med det å jobbe på andre sykehus i perioder, og at lederen var imøtekommende til en slik form for utveksling av kunnskap. Intensivsykepleierne ga uttrykk for at det var ønskelig med enda mer avsatt tid til kvalitetsarbeid og bemerket at det kunne være viktig for arbeidsmiljøet.

*“Da jeg var på intensivkongress gledet jeg meg til å komme tilbake på jobb, jeg var så motivert. Jeg ble skikkelig inspirert og fikk nesten lyst til å skrive en artikkel” (3b).*

Intensivsykepleierne ga uttrykk for at det er sammenheng mellom faginteresse og trivsel på jobb, og at støtte fra ledelsen i form av avsatt tid til å jobbe med fagutvikling vil være med å bidra til et godt arbeidsmiljø. De mente støtte ga inspirasjon og motivasjon for å jobbe med kvalitetsarbeid i ledige stunder, eller når man har en rolig vakt. Flere intensivsykepleiere trakk fram at det var et sprik mellom ledelsens ønske om å gi de ansatte mulighet til å sette av tid i turnus til kompetanseheving, og hva som i realiteten lot seg gjøre på grunn av mangel på ressurser. Andre intensivsykepleiere mente at ledelsen prioriterte fag, selv om det skulle være underbemannet og travelt i avdelingen. En av informantene kom med et eksempel hvor flere intensivsykepleiere hadde blitt sendt på kongress selv om det var midt i en travel periode for avdelingen. Det hadde resultert i stor arbeidsbelastning for enkelte, men lederen hadde allikevel vært støttende til at de ansatte skulle få reise på kongress. Denne støtten var viktig for å unngå dårlig samvittighet overfor kolleger som ble igjen i avdelingen. Flere ga uttrykk for at det igjen ga inspirasjon til å gjøre en ekstra innsats i gjengjeld.

*“Jeg opplever at fagdager blir prioritert selv om det er underbemannet og travelt i avdelingen. Når lederen støtter dette, letter det også min samvittighet overfor andre kolleger når jeg vet det er travelt på jobb. Da får jeg lyst til å gjøre en ekstra innsats.” (5a, 2a, 3a).*

Også det å jobbe på andre sykehus og utvekslingen av erfaring som dette gir, ble løftet fram som lærerikt og viktig, da man ville kunne tilføre ny kunnskap på egen avdeling.

*“Lederen er veldig positiv til at vi er ute og jobber ved andre sykehus. Vi må fremme at vi er ute og hjelper andre, selv om det er tungt her, fordi det kan tilføre noe mer i form av kunnskapsutveksling” (3a).*

For intensivsykepleierne var det viktig at kvalitetsarbeid er forankret i ledelsen slik at tid til fagutvikling ble avsatt og prioritert. Det var stor enighet om at undervisning er viktig for forståelsen og opplevelsen av mestring. Det å få undervisning i forbindelse med øvelse og gjennomgang av prosedyrer var med å gi en mer helhetlig forståelse, også av forskningen som ligger bak. Regelmessig øvelse bidro også at prosedyrer ikke ble glemt.

*“Vi har trent på det vanskelige prosedyrer og opplever mestring når vi får det til. Jeg tror det er kjempeviktig med undervisning. For meg er det med på å fremme KBP hvis jeg får en større forståelse. Man kan ikke å tenke at det holder med litt opplæring. Hvis man ikke får brukt det i praksis, forsvinner det fort” (4a, 1b).*

#### 4.1.2 Tilgjengelige, velfungerende og oppdaterte prosedyrer

Flere informanter sa at det ikke ville være mulig å inneha all kunnskap, men påpekte viktigheten av å kjenne alle handlingsveier til kunnskap og ha lett tilgjengelige retningslinjer og kvalitetssikrede prosedyrer.

*“Vi har så mange ulike problemstillinger på en intensivavdeling, så lett tilgjengelige og oppdaterte prosedyrer og retningslinjer gjør jobben enklere og tryggere”.*

Kompleksiteten på en intensivavdeling er omfattende fordi det er så mange ulike problemstillinger og pasientsituasjoner. Lett tilgjengelige retningslinjer som er oppdaterte og basert på forskning/nasjonale retningslinjer ble trukket fram av flere intensivsykepleiere som vesentlig for bruk av KBP. Det kan også se ut til å forenkle intensivsykepleiernes arbeidsmåte dersom disse i tillegg er lettleste og rett på sak. Flere intensivsykepleiere mente det var viktig å kritisk kunne vurdere forskning, og at de ønsket å basere arbeidet på oppsummert forskning; *“Jeg utfører søk i for eksempel helsebiblioteket eller UpToDate, men er det noe vi har lært i vår utdanning så er det å kritisk kunne vurdere forskning. Det er viktig at forskningen er kvalitetssikret” (1b, 2b).*

En informant trakk fram behandling av Covid som eksempel på at det tar tid å komme fram til gode forskningsresultater, da mange studier om Covid er casestudier. I lys av at kliniske retningslinjer bygger på oppsummert forskning, vil viktigheten av tverrfaglig samarbeid være enda tydeligere i de tilfellene man ikke har nok forskning å basere behandlingen på. Det ble gitt uttrykk for at det ligger en trygghet i å vite at man har tilgang til oppdaterte prosedyrer. Hvis prosedyrene var vanskelig tilgjengelige, ble de ikke brukt like ofte, noe som ble omtalt som en hemmer for KBP.

## 4.2 Samhandling

### 4.2.1 Jobbe i team kvalitetssikrer

*«Det er jo det beste med hele avdelingen at vi jobber i team, det er det jeg liker best» (4a).*

Intensivsykepleierne opplevde at en åpen måte å jobbe på, hvor samhandling står sentralt og der man har tillit til hverandre, var til stor hjelp da konklusjoner skulle tas i vanskelige pasientsituasjoner. Ved opplæring av avansert medisinsk teknisk utstyr så det ut til å gi økt trygghet ved å ta gradvis større ansvar med en erfaren intensivsykepleier i ryggen som kunne utstyret godt og bidro til kvalitetssikring. Intensivsykepleierne var opptatt av å støtte hverandre og gjøre hverandre gode. De viste en stor velvilje til å hjelpe å søke etter forskning og å dele kunnskap. Samhandling og faglige diskusjoner med anestesilegene ble også trukket frem som noe verdifullt, da de opplevdes som støttende og villige til å lære bort. Én trakk frem at også intensivsykepleiere bidro med sin kunnskap tverrfaglig, og turte si ifra hvis retningslinjer ikke ble fulgt. Det kan gjennomgående se ut som at en god samhandling motiverte og gjorde det gøy å jobbe kunnskapsbasert og lære noe nytt.

*“Vi har en åpenhetskultur der vi kan tenke høyt og spørre hverandre, det gir en trygghet. Det er alltid noen som kan det slik at du kan gå til den personen eller selv søke etter kunnskap» (7a).*

Det å ha en ydmyk holdning til egen kunnskap ble av flere intensivsykepleiere trukket fram som en trygg måte å jobbe på. Man måtte ikke være så stolt at man ikke våget å vise manglende kunnskap. Det illustreres godt i følgende utsagn:



*«Det farligste i dette yrket er å være så stolt at du ikke spør, at du ikke skal vise om det er noe du ikke kan. Jeg håper vi aldri kommer dit» (4a).*

Det var bred enighet i begge fokusgruppene om at det var en åpenhetskultur og det var lett å spørre hverandre i avdelingen. Denne åpenheten var også noe intensivsykepleierne var opptatt av å vise til nyansatte, at det ikke var dumt å spørre hvis man lurte på noe og de gav dem råd underveis. Én av deltakerne eksemplifiserte dette med følgende utsagn:

*“Vi har et motto som heter “prestisjefritt samarbeid”. Det er et godt utgangspunkt for å kunne hjelpe hverandre. Man må ikke være redd for å spørre om veiledning, eller oppleve det som en trussel om noen kommer med råd. Det kan bli en felle om man er den som vet best i alle situasjoner” (2b).*

Utsagnet ovenfor var de andre deltakerne i den fokusgruppen støttende, det var en slik åpenhet de ønsket, at andre kom med råd og innspill ville bare være positivt. Ved å ha et åpent miljø hvor spørsmål lett kunne stilles, opplevdes av intensivsykepleierne som trygt og faglig forsvarlig.

*«Ja, jeg skriver ut prosedyrer, eller en oversikt. Så slipper de å begynne forfra igjen, det er jo ofte ting mange ikke har vært borti da» (1b).*

Flere intensivsykepleiere beskrev at det lettet arbeidet å skrive ut en prosedyre i forkant, hvis det var noe man ikke hadde vært borti eller det var en stund siden. Det at en kollega viste initiativ, tok medansvar og var i forkant med å hente frem prosedyrer ble verdsatt. Det sikret også riktig og faglig forsvarlig behandling og var dermed en kvalitetssikring. En fortalte at man da visste mer hva man kunne forvente og hva man skulle se etter av symptomer og hva man skulle gjøre eksempelvis ved spesielle syndromer eller ved ketoacidose. Ved å la prosedyren ligge fremme ved arbeidsstasjonen hjalp det også kolleger, de sparte tid og unngikk å begynne forfra igjen.

#### 4.2.3 Positiv innstilling og engasjement for felles faginteresse

*«God kultur i avdelingen med et ønske om å jobbe kunnskapsbasert er viktig, og en kultur for å bruke innførte protokoller løfter avdelingen» (7a).*

Intensivsykepleiere uttrykket at det var viktig med en god kultur i avdelingen med fokus på å jobbe kunnskapsbasert og det kan synes som det gav en trygghet da man visste at avdelingen ønsket å gjøre det riktig og følge protokoller. Imidlertid gav én av dem også uttrykk for at det å holde engasjementet og interessen oppe var noe man måtte jobbe sammen om kontinuerlig. Det var inspirerende og gjorde det mer lystbetont når det var mange som var faginteresserte.

*«Ved å prate mer om det kan vi bidra til at det blir gjort mer av det og vi trygger hverandre» (1b).*

Det kan synes som om det å ha faglige diskusjoner om betydningen av KBP kan bidra til økt fokus og fremme bruken. Et felles fokus og engasjement, der de støttet og gjorde hverandre gode, gav læringslyst og gjorde dem tryggere. Dette var noe flere intensivsykepleiere ved begge fokusgruppene bekreftet.

*“Samarbeid gjør det gøy å jobbe kunnskapsbasert og vi lærer noe nytt” (4b).*

Intensivsykepleierne beskrev at de ønsket å jobbe kunnskapsbasert og at en felles faginteresse motiverte, inspirerte til videre arbeid og vekket en lyst til å dele kunnskapen videre.

*“Dette kan jeg ikke, det vil jeg lære!” (4a).*

Utsagnet ovenfor kom i forbindelse med at betydningen av å ha en positiv innstilling ble fremhevet i samtalen mellom deltakerne, da det kunne smitte over på andre og motivere dem til å stå på og dra lasset sammen. Flere intensivsykepleiere gav uttrykk for at det kunne være slitsomt under covidpandemien og da kunne det være vanskeligere å finne motivasjonen til å være faginteressert. Samtidig påpekte de at hvis de bestemte seg for at KBP var spennende så kunne det heller virke mer positivt. Én intensivsykepleier uttrykte at det var enklere å være ovenpå og ha energi til å fremme KBP i de periodene arbeidsbelastningen ikke var så høy. Hadde man denne energien, kunne det virke positivt over på kolleger til å anvende KBP.

## 4.3 Intensivsykepleieres kompetanse

### 4.3.1 Betydningen av intensivsykepleiernes kompetanse

*«Ikke bare to hoder, men to videreutdannede hoder!» (7a).*

Flere intensivsykepleiere fremhevet betydningen av intensivsykepleiernes kompetanse og én fremhever at høy dekningsgrad av intensivsykepleiere er viktig og at det er nøkkelen til å jobbe kunnskapsbasert. Kompleksiteten i en intensivavdeling og et høyteknisk miljø fordrer ikke bare tilstrekkelig personell, men tilstrekkelig personell med rett kompetanse. De beskrev at det var viktig å jobbe tett sammen med noen med likt kompetansenivå og dele kunnskap og erfaring, og ikke minst diskutere og få bekreftelse på sine vurderinger i komplekse situasjoner, noe følgende utsagn illustrerer:

*«Vi står i krevende og komplekse situasjoner, og trenger å stå skulder til skulder med en intensivsykepleier og diskutere, slå sammen erfaring og forskningsbasert kunnskap» (3a).*

Utsagnet ovenfor kom fra en deltaker som fremhevet den positive betydningen av å være to intensivsykepleiere. På grunn av de vanskelige situasjonene man ofte står i, kunne det være utfordrende å samarbeide med en som ikke hadde samme kompetanse, eller ha ansvar for opplæring av nyansatte. Det var ofte et savn å arbeide jevnlig med kun intensivsykepleiere. Det kan forstås som at det kjentes trygt å dele ansvaret med noen på samme nivå og dermed gav en mindre byrde på den enkelte. Én annen deltaker fortalte at det nesten kjentes som et privilegium de vaktene man fikk jobbe to intensivsykepleiere sammen og at det gav en ekstra trygghet. Andre deltakere støttet utsagnet.

*«Når en har en videreutdanning og har jobbet en stund, så vet man hva man gjør. Det gir en bedre følelse fordi en vet at det er sikkert» (5a).*

Én deltaker uttrykte at intensivsykepleierne hadde en grunnleggende kunnskapsbase i bunn som man stolte på var basert på ny forskning. Det ble antydnet at fokus på KBP kanskje kunne vært økt ved flere intensivsykepleiere med masterutdanning gjennom følgende utsagn:

*«Jeg tror det er viktig med flere intensivsykepleiere med master, det kan kanskje medføre økt fokus på KBP» (3b).*

#### 4.3.2 Erfaringskunnskapens betydning

*«Det kreves mye av det som en kaller for magefølelse, som ikke er en følelse, men en erfaring som gjør at man reagerer på ting» (3a).*

Betydningen av erfaringskunnskap ble identifisert som et viktig funn. Ved begge sykehusene ble det beskrevet at det var mange med mye og ulik erfaring. Flere av intensivsykepleierne uttrykte at de dro nytte av hverandres erfaring seg imellom og at det var stor vilje til å dele erfaringskunnskap.

*«Det er veldig mange med mye erfaring og de er veldig villig til å dele sin erfaringskunnskap» (3b).*

Én beskrev at kunnskapsbasert utøvelse innebar flere elementer, deriblant erfaring som man trengte for å nå et høyere nivå. Det var også gjennom mange års erfaring man utviklet det man kunne kalle en «magefølelse» om at noe ikke var som det skulle, som igjen gjorde at man reagerte og handlet. Intensivsykepleierne påpekte at det trengtes erfaring for å forstå protokoller og omgjøre teori til praksis. Videre vektla de betydningen av erfaringskunnskap også i det mellommenneskelige i samhandling med både kolleger, pasienter og pårørende. Det var ikke alt man bare kunne lese i en prosedyre. Kollegers erfaring ble verdsatt stort av flere av intensivsykepleierne og én intensivsykepleier trakk frem at veldig mange års erfaring kunne kompensere for manglende videreutdanning. Ved å innhente kunnskap fra noen som hadde praksisen i hendene, slå sammen og dele erfaring og forskningskunnskap så utfylte de hverandre. Det ble også antydnet at en personlig faktor og ulik erfaring kunne få frem ulike nyanser og at det ble trukket ulike konklusjoner.

*«Du må ha erfaring for å holde den babyen, eller forstå pårørende til den donoren, du må ha erfaring for å vite hva du skal si, det nytter ikke bare å ha lest prosedyren» (6a).*

Intensivsykepleierne var klare på at det var mange ulike deler av kunnskap man måtte inneha i yrket. Alt hang sammen og de ulike delene utfylte hverandre, og det ble spesielt trukket frem

viktigheten av erfaringskunnskap i møte med pasient og pårørende. Det nyttet ikke bare å lese forskning og prosedyrer, man var helt avhengig av både praksis og erfaring som intensivsykepleier, for eksempelvis å vite hvordan man skulle gi melk til en baby og bruke C-PAP på dem i praksis og ikke minst hvordan man snakket til pårørende i krisesituasjoner som pårørende til en donor.

## 4.4 Personlig ansvar

### 4.4.1 Bevissthet omkring personlig ansvar

*“Vi har et ansvar til å følge med og ikke bare skyld på systemet til enhver tid. Vi må benytte oss av de mulighetene som faktisk finnes i det daglige” (2b).*

Flere intensivsykepleiere trakk frem at det ikke alltid var travelt på jobb, men at det også var perioder med rolige stunder. Da tok flere til orde for at det var viktig å prioritere tiden og ta personlig ansvar for egen kompetanseutvikling. Det å gjøre en innsats for å tilegne seg kunnskap når en har mulighet ble satt i kontrast til det å for eksempel ta fram strikkesøy. Allikevel var det bred enighet og forståelse for behov for avkobling i tidvis stressende situasjoner.

*“Det er en uting å bruke tiden til å strikke på jobb, selv om jeg forstår behovet for avkobling i krevende situasjoner. Til sammenligning tror jeg ingen av våre leger ville brukt tiden sin til det” (3a).*

Det å øve på utstyr som var satt fram og tilgjengeliggjort i avdelingen, ble løftet fram som eksempel på å benytte ledig tid til egen læring. Det kom også fram at ressurspersoner selv kunne ta initiativ til undervisning, noe som ville bidratt til å trygge kollegaer som enten var nye eller følte seg usikre på en bestemt prosedyre eller behandlingsmåte.

*“Som ressursperson i barnegruppa har jeg også et ansvar om å undervise andre. Vi har en liten babydukke hvor vi kan øve på oppkobling av NIV og Highflow, hvor også retningslinjer ligger framme. Det er så lett å glemme hvis man ikke øver eller får erfaring fra praksis. En dag det var litt rolig på jobb, tok jeg initiativ til å ta en gjennomgang med en kollega som følte seg litt usikker” (1b).*

Viktigheten av å også oppsøke lærings situasjoner belyst med følgende eksempel; *“Hvis vi setter opp prismaskinen og ingen kommer og kikker på eller benytter seg av anledningen til å følge med, føler jeg de kaster bort en mulighet for læring” (2b).*

Fagsykepleiere ble omtalt som en viktig faktor for KBP, da de er med å bidra til opplæring. Intensivsykepleiere bekreftet at de lente seg til fagsykepleiere og ressurspersoner i form av en tillit til at de hadde oppdatert kunnskap, men sa samtidig at det var viktig å kunne søke etter ny forskning selv. Følgende utsagn ble bekreftet av flere; *“Det er fagsykepleierne som har fått opplæring av produsenten og som skal lære oss å bruke utstyret. Jeg forventer at de finner ny kunnskap, men er selvfølgelig ansvarlig for å kunne søke etter forskning selv” (4b).*

Det ble henvist til yrkesetiske retningslinjer i forbindelse med det personlige ansvaret intensivsykepleiere har for å holde seg oppdaterte og basere arbeidet sitt på forskning. Dette ble vektlagt av flere, og kan gjengis med følgende sitat; *“Jeg har alltid hatt den “driven” om at jeg skal lære meg nye ting, om det så er på fritiden. Vi må ikke glemme at vi har en plikt i form av yrkesetiske retningslinjer. Arbeidet vårt er basert på oppdaterte protokoller. Jeg synes også det er viktig at vi må kunne finne forskning selv og ta ansvar for å holde oss oppdaterte. I et større perspektiv handler det om å basere arbeidet sitt på forskning» (4a).*

Med fokus på kvalitet i intensivsykepleie og alltid tenke det beste for pasient og pårørende, mente intensivsykepleierne at de hadde et ansvar og en forpliktelse til å holde seg oppdaterte for å på den måten ivareta pasientsikkerhet. Det å kunne støtte seg til oppdaterte protokoller eller retningslinjer var viktig for intensivsykepleierne. De beskrev fokus på pasientsikkerhet som en faktor som fremmet bruk av KBP.

*“Det viktigste for meg er å jobbe med fokus på pasientsikkerhet. Det å vite at arbeidet vårt er basert på forskning og oppdaterte protokoller, bidrar til KBP” (2b, 3a, 4a).*

Det er stor kunnskap blant befolkningen om sykdom og behandlingsalternativer på grunn av all informasjonsflyten i samfunnet, noe som medfører økte forventninger til intensivsykepleieres kunnskap. Følgende sitat viser refleksjon rundt personlig ansvar; *«Pasienter og pårørende er mer opplyst og stiller større krav til behandlingen de får, samtidig som pasient- og brukerrettigheter står sterkt. Det gjør at jeg har et større ansvar for å dele min kunnskap og etterstrebe å holde meg oppdatert. Pasientsikkerhet har hatt stort*

*fokus i helsetjenesten de siste årene. Vi må ikke glemme våre yrkesetiske retningslinjer, og vi plikter å holde oss oppdaterte” (1b, 3b).*

#### 4.4.2 Viktigheten av pasient- og brukervedvirkning

Flere intensivsykepleiere trakk fram betydningen av pasient- og pårørendemedvirkning som en faktor som fremmer KBP. Det avhenger at et godt samarbeid, dersom pasient og pårørende skal kunne ha innflytelse på behandlingen. Gode kommunikasjonsferdigheter og tillitsvekkende adferd ble trukket fram som avgjørende for å innby til et godt samarbeid mellom intensivsykepleier og pasient og pårørende. Flere intensivsykepleiere ser ut til å mene at det er tillitsvekkende for pasienten at man kan innrømme mangel på egen kunnskap, men evne å innhente den. På grunn av det store spennet av ulike pasienter på en intensivavdeling ser det ut til å være viktig for intensivsykepleier å vite hvor man kan finne god informasjon, og videreformidle dette for å skape trygghet hos pasienten. Én intensivsykepleier uttrykker at det går raskt å finne kunnskapen da man har god bakgrunnskunnskap fra før. Det kan også virke som at intensivsykepleiere opplever en trygghet i å spørre hverandre om det man er usikker på og at man tenker høyt sammen.

*“På grunn av det store spennet av ulike pasienter på en intensivavdeling kan man ikke vite alt. Da er det så viktig at jeg vet hvor jeg kan finne den informasjonen. Det at pasient og pårørende opplever trygghet i vår måte å kommunisere på er viktig for meg” (3a).*

Intensivsykepleiere ønsker å legge til rette for god samhandling. Ved å innhente informasjon om pasienten kan man gjøre sykepleien mer skånsom og tilpasse den på best mulig måte. Hvis pasienten ikke forstår helt hva som skjer, er det viktig å informere for å skape trygghet og tillit. Tilpasset sykepleie fordrer et godt samarbeid mellom intensivsykepleier, pasient og pårørende, noe som intensivsykepleier 1a illustrerer i følgende utsagn: *“Pasienten føler seg trygg hvis de vet hvorfor jeg gjør det jeg gjør. De fleste blir veldig takknemlige for informasjon som kan gi trygghet og motivasjon. Det innbyr til et godt samarbeid. Ved å involvere pasient og pårørende der det er mulig, kan jeg være med å gi de en god opplevelse, i stedet for følelsen av å bli overkjørt” (1a, 1b).*

## 5.0 “Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?”

Studiens formål er å få kunnskap om faktorer som fremmer bruk av KBP for intensivsykepleiere. Diskusjonskapittelet er delt opp i de fire hovedkategoriene hvor vi knytter resultatene opp mot forskning og det teoretiske rammeverket.

### 5.1 Ledelse og organisering

#### 5.1.1 Støtte og tilrettelegging fra ledelsen motiverer

Intensivsykepleierne i denne studien uttrykte at støtte fra ledelsen var vesentlig for motivasjon til å jobbe med egen kompetanseutvikling, og en fremmer for KBP. Intensivsykepleierne vektla at støtte innebar avsatt tid til å reise på eksterne kurs, kongresser, jobbe på andre sykehus og delta på fagdager tross travle perioder for avdelingen. I tillegg til faglig påfyll, ga det også inspirasjon til å gi noe tilbake i form av ny lærdom og vilje til å yte ekstra innsats. En studie ved Rikshospitalet som beskriver viktigheten av overordnede organisatoriske rammer for læring og opplevelsen av et godt læringsmiljø, og hvor avsatt tid til læring gir et økt faglig engasjement (Stafset et al., 2014). Betydningen av ledelsens støtte for kompetanseheving for motivasjon, lojalitet og fleksibilitet blir bekreftet av Lai (2020) og Stubberud (2020), som påpeker at helsepersonells holdninger styrkes dersom arbeidet med kompetanseutvikling er forankret i og lagt til rette for av ledelsen. Vi er kjent med at intensivavdelingen kan være travel og preget av uforutsigbarhet. Tilstrekkelig personell, samt avsatt tid og mulighet til holde seg faglig oppdatert er noe ledelsen til enhver tid må prioritere. Det kan bidra til økt trygghet i utøvelse av praksis og styrke pasientsikkerheten hvis intensivsykepleierne blir kjent med kvalitetssikrede prosedyrer og anvender disse i tråd med anbefalt praksis.

Intensivsykepleierne ønsket mer avsatt tid i turnus til kvalitetsarbeid, og uttrykte at tid til internundervisning, simulering og gjennomgang av prosedyrer var vel så viktig for å fremme KBP. Deltakerne påstod at undervisning om prosedyrer var nødvendig, og ga større forståelse for forskningen som lå til grunn. Stafset (2014) påpeker at forhold som bidrar til læring, er god tilrettelegging i seksjonen, at det er lett å gå fra avdelingen til undervisning, og at studietiden er formalisert. Intensivsykepleierne opplevde det vanskelig å ikke trekke frem barrierer for bruk av KBP som tidspress og mangel på ressurser. Denne erfaringen er forenelig med velkjente barrierer i internasjonal forskning, i tillegg til andre faktorer som



uforutsigbarhet, mangel på personell med kunnskap om KBP, og manglende støtte fra ledelsen (Jordan et al., 2016; Khammarnia et al., 2015; Røkholt et al., 2017). Løsninger spesifikt rettet mot barrierer, vil derimot bidra til at intensivsykepleiere baserer sykepleien på forskning istedenfor erfaring eller råd fra kolleger (Abuejheisheh et al., 2020; Fretheim et al., 2015; Khammarnia et al., 2015; Mudderman et al., 2020; Warren et al., 2016).

Noen intensivsykepleiere uttrykte også at det var sprik mellom ledelsens ønske om å gi de ansatte tid, og hva som i realiteten lot seg gjøre i travle perioder. Det var liten aksept blant intensivsykepleierne for at ledelsen kunne trekke ansatte inn fra fagdager for å jobbe i avdelingen, da de beskrev fagdager som nødvendig for egen kompetanseutvikling. Disse funnene sammenfaller med Stafset (2014) som bekrefter at leder kan påvirke og prioritere, men at det er bemanningsrammene som avgjør kapasitet for læringsaktiviteter. I retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014) kan vi lese at antall leger og sykepleiere på en intensivsenhet alltid skal være tilpasset pasientbelegg, alvorlighetsgrad og overvåkings- og intervensjonsnivå (NAF & NSFLIS, 2014, s. 15).

Tross intensivsykepleiernes misnøye med å ikke alltid få gjennomført fagdager på grunn av bemanningsutfordringer, var det forståelse for at det kunne være tilfeller der ledelsen måtte prioritere den daglige driften. Bemanningsutfordringer bekreftes i koronakommisjonens rapport «Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2» (2022) hvor det kommer frem at intensivkapasiteten og tilgang på kompetent helsepersonell var en kjent kritisk faktor allerede flere år før koronapandemien. Intensivsykepleiere ble trukket frem som uunnværlig for forsvarlig drift av intensivavdelinger, og det påpekes at mangel på intensivsykepleiere utgjør en risiko (Koronakommisjonen, 2022). Dette fremkommer også i Riksrevisjonens rapport «bemanningsutfordringer i helseforetakene» (2019), som påpeker at helseforetakene har styringsdokumenter som skal sørge for nok personell med nødvendig kompetanse på jobb, og konkluderer med at det er store utfordringer når det gjelder å rekruttere, mobilisere og beholde spesialsykepleiere (Riksrevisjonen, 2019, s. 78). NSF jobber for å bedre lønns- og arbeidsvilkår for spesialsykepleiere, da budskapet er at det ikke nytter å utdanne flere hvis man ikke klarer å beholde de som allerede er der (NSF, u.å.). Det samsvarer med vår erfaring om at intensivsykepleiernes kompetanse er attraktiv på arbeidsmarkedet også utenfor intensivavdelinger. I tillegg kan tidspress og stadige krav til effektivitet være medvirkende årsaker til at intensivsykepleiere ønsker å bytte jobb. Mange intensivsykepleiere nærmer seg pensjonsalder og har sluttet som følge av alder, mens andre slutter av helsemessige årsaker, da

arbeidsbelastningen er generelt høy på en intensivavdeling. Slik vi ser det er årsakene mange og sammensatte. Stramme budsjetter og krav om kostnadskutt er en velkjent problematikk for helseforetakene, noe Riksrevisjonen (2019) påpeker som bekymringsfullt og påpeker at kortsiktige økonomiske prioriteringer kan forsterke mangelen på kritisk kompetanse på sikt (Riksrevisjonen, 2019, s. 78).

### 5.1.2 Tilgjengelige, velfungerende og oppdaterte prosedyrer

Flere intensivsykepleiere trakk frem retningslinjer og prosedyrer som et viktig arbeidsverktøy. Oppdaterte retningslinjer som var basert på nasjonal og internasjonal forskning bidro til KBP ifølge informantene. Dette sammenfaller med Flottorp & Aakhus (2013) som utdyper at retningslinjer som bygger på systematiske oversikter, kan fungere som et bindeledd mellom forskning og praksis. Intensivsykepleierne påpekte at retningslinjene måtte være tilgjengelige og enkle å finne fram til for at de skulle bli brukt. McKinney et al, (2019) bekrefter at tilgang til forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å oppnå god KBP. Flere informanter omtalte utilgjengelige retningslinjer som en hemmer for KBP, der tungvint tilgang førte til at retningslinjer ikke ble brukt. I Mld. St. 6 (2017-2018) kan vi lese at det største risikoområdet for pasientsikkerhet er at kliniske retningslinjer ikke blir fulgt. Vi mener det utgjør en stor risiko for pasientsikkerhet dersom retningslinjer er utilgjengelige. Faktorer som bidrar til å sikre pasienten best mulig behandling vil i så måte være tilgang på PC at databasen med oppdaterte retningslinjer er brukervennlig og oppdatert med opplagte søkeord. At det eksisterer et gap mellom forskningskunnskap og praksis er velkjent, og det antas gjennomsnittlig 17 år for at det som er «kjent» skal bli en del av sykepleiepraksis (Flottorp & Aakhus, 2013; McKinney et al., 2019). Målet må være at forskningen skal implementeres raskere og at denne kunnskapen kommer pasientene til gode. Vi mener at fokus på KBP blant intensivsykepleiere vil bidra til dette arbeidet.

## 5.2 Samhandling

### 5.2.1 Jobbe i team kvalitetssikrer

Intensivsykepleiere i studien opplevde at god samhandling fremmet KBP. Samhandling innebar eksempelvis å delta i tverrfaglig simulering, faglige diskusjoner og være behjelpelig med å søke etter forskning og retningslinjer. De opplevde det givende å jobbe i team og samhandling så ut til å gi dem ekstra motivasjon til å lære noe nytt og gjorde det spennende å

jobbe kunnskapsbasert. Betydningen av samhandling fremheves i litteraturen. Orvik (2015) og Xyrichis og Ream (2008) påpeker at en viktig del av tverrprofesjonell samhandling er teamarbeid, der profesjonsutøvere komplimenterer hverandre i en behandlingssituasjon og er avhengig av samhandling for å nå felles mål. Salah og Abu-Moghli (2020) trekker også fram kompleksiteten på en intensivavdeling som avgjørende faktor for at intensivsykepleiere må anvende KBP, ved blant annet å delta i tverrfaglig samhandling. Vi mener det er avgjørende for pasientsikkerheten at samhandling er velfungerende, både intensivsykepleierne seg imellom, men også på tvers av profesjonene. Spesielt kan det være viktig med tverrfaglig simulering, slik at helsepersonell blir trygge i sine roller og trygge i utførelse av prosedyrer, i en avdeling der pasienter er ustabile og det raskt kan oppstå akutte og stressende situasjoner.

For intensivsykepleierne var det viktig å få tid til å simulere i team og gjennomgå prosedyrer. Det var lærerikt og gav dem følelse av utvikling og mestring. Tverrfaglig simuleringstrening er et ledelsesansvar og skal inngå i intensivens dokumenterte fagutviklingsprogram (NAF og NSFLIS, 2014). Som eksempel ble prosedyren om intubering og vanskelig luftvei trukket fram. Det var av stor betydning å trene og kjenne både arbeidsoppgaver og roller i utførelsen av prosedyren. Det fremmet trygghet og mestring i egen rolle i teamet. Funnene samsvarer med deler av intensivsykepleiers behandlende og rehabiliterende funksjon (NSFLIS, 2017), som blant annet innebærer å anvende avansert medisinsk teknisk utstyr hensiktsmessig og forsvarlig. Betydningen av trening i team bekreftes i litteratur og forskning som fremhever at teamarbeid kan utvikles og styrkes gjennom trening, som eksempelvis simuleringsovelse, samt bedrer pasienters behandlingsresultater (Bang, 2010; Lapkin et al., 2013; Reime et al., 2016; Stubberud, 2020a; Xyrichis & Ream, 2008). Dette samstemmer med egne erfaringer fra simuleringstrening hvor vi har erfart at vi blir tryggere i vår rolle som sykepleier og våger å si ifra, noe som er betydningsfullt for pasientsikkerheten. Vi anser det som nyttig at intensivsykepleierne trener på simulering. Det kan bidra til at teamet blir kjent med hverandres roller og ansvarsoppgaver, trener på å si ifra når beste praksis ikke blir fulgt, samt opparbeider og vedlikeholder praktiske ferdigheter.

Intensivsykepleierne var opptatt av å støtte kolleger og gjøre hverandre gode ved å hjelpe med å søke etter forskning og dele kunnskap. Ved opplæring av avansert medisinsk teknisk utstyr gav det trygghet og kvalitetssikring med en erfaren intensivsykepleier i ryggen. Det ble verdsatt at kolleger viste initiativ og medansvar ved å hjelpe med å finne frem prosedyrer slik at de var i forkant og sparte tid. Bruk av fagprosedyrer bidro også til kvalitetssikring ved at

intensivsykepleierne da visste hva de skulle observere og hvilke intervensjoner som var ved ulike tilstander. Det å hjelpe hverandre slik at prosedyrer blir brukt mener vi fremmer bruk av KBP og er betydningsfullt da det bidrar til en riktig og faglig forsvarlig behandling. Funnene samsvarer med deler av intensivsykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon (NSFLIS, 2017), som blant annet innebærer å bruke systematisk observasjon og vurdering for å identifisere helsesvikt eller oppdage en tidlig forverring.

Intensivsykepleierne opplevde en samhandlingskultur med åpenhet og tillit var til stor hjelp for å konkludere i vanskelige pasientsituasjoner. Samhandling med anestesilegene ble også fremhevet som verdifullt. Det var nyttig med faglige diskusjoner for å holde seg oppdatert på forskning og anestesilegene opplevdes som støttende og villige til å lære bort. Samtidig kom det frem at intensivsykepleiere også bidro med sin kunnskap tverrprofesjonelt og eksempelvis kunne si ifra hvis ikke en retningslinje ble fulgt. Vi mener det er viktig at intensivsykepleierne viser yrkesstolthet og våger å stille spørsmål til legene, samt argumenterer og viser sin kunnskap. Det kan bidra til å fremme KBP slik at pasienten får den beste behandlingen. Litteratur bekrefter betydningen av teamtrening, da det kan bidra til at deltakerne blir bedre i stand til å snakke for seg for å sikre god pasientpraksis og sier ifra der faglige retningslinjer ikke benyttes. Videre påpekes viktigheten av å diskutere kunnskapsgrunnlaget for faglige avgjørelser, da det bidrar til å styrke og synliggjøre sykepleiefaget og de unike bidragene kan verdsettes i de tverrfaglige teamene (Lapkin et al., 2013; Reime et al., 2016; Sandvik et al., 2011; (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5, 6).

Våre funn viste en tydelig åpenhetskultur der det var en holdning til at det var positivt om noen stilte spørsmål til deres praksis. Dette bekreftes også i andre studier (Ammouri et al., 2014; Røkholt et al., 2017). Intensivsykepleierne viste også nyansatte at det ikke var dumt å spørre hvis man lurte på noe og de gav dem råd underveis. Antagelig har det en verdi ved at man da blir bedre kjent og da vet hvor man har hverandre i forhold til kunnskap og ferdigheter, eksempelvis med tanke på hvor mye ansvar nyansatte kan ha. En ydmyk holdning til egen kunnskap ble løftet frem av flere intensivsykepleiere. Et imøtekommende miljø hvor spørsmål lett kunne stilles, opplevdes av intensivsykepleierne som trygt og faglig forsvarlig.

## 5.2.2 Positiv innstilling og engasjement

Intensivsykepleierne gav uttrykk for at en kultur for KBP ville fremme bruken. Et felles fokus og engasjement, der de støttet og gjorde hverandre gode, fremmet læringslyst og gjorde dem tryggere. En kultur for faginteresse gav inspirasjon til videre arbeid og vekket en lyst til å dele kunnskapen med kolleger. Det kan synes som om det å ha diskusjoner om betydningen av KBP i intensivmiljøet kan bidra til økt fokus og eksempelvis fremme bruken av fagprosedyrer. Dette stemmer overens med studier som bekrefter at diskusjoner om KBP i det kliniske miljøet løfter frem en begeistring for KBP. Det at arbeidsmiljøet er positivt og mottakelig for endring er nødvendig for å implementere forskning i praksis (Røkholt et al., 2017; Sandvik et al., 2011; Thorsteinsson & Sveinsdóttir, 2014). Likeledes var det av betydning at de ansatte hadde tro på KBP og så verdien av det både for sykepleierne og pasientene (Ammouri et al., 2014; Salah & Abu-Moghli, 2020; Sandvik et al., 2011).

Betydningen av å ha en positiv innstilling perioder med stor arbeidsbelastning i ble fremhevet, da det kunne gi smittende energi og motivere kolleger til å stå på og dra lasset sammen. Flere intensivsykepleiere uttrykte at det å være motivert og faginteressert kunne være slitsomt under covidpandemien på grunn av den høye arbeidsbelastningen. Samtidig påpekte de at ved å endre innstilling fra at det var slitsomt, til å være spennende, kunne det oppmuntre til anvendelse av KBP. Én intensivsykepleier sa det var enklere å være ovenpå og ha energi til å fremme KBP i de periodene arbeidsbelastningen ikke var så stor. Dette ser vi på som forståelig, at det har vært ekstra viktig under pandemien å holde motivasjonen oppe under krevende arbeidsforhold. Pandemien som brøt ut i 2020 har stilt ekstraordinære krav til helsepersonell i tillegg til ordinære arbeidsoppgaver, der høy arbeidsbelastning kan øke risiko for å gjøre feil (Mld. St. 11).

I likhet med våre funn om at holdninger er vesentlig for hvordan man håndterer en situasjon, skriver Lai (2021) at holdninger er en viktig side av kompetansebegrepet og kan være avgjørende for om en person er kompetent eller ikke. En persons kompetanse handler ikke bare om kunnskap og ferdigheter, men i stor grad også om holdninger til den jobben som skal gjøres og til menneskene man omgås (Lai, 2021, s. 50). Intensivsykepleierne uttrykte at det var viktig med en god kultur i avdelingen med fokus på å jobbe kunnskapsbasert og det kan synes som det gav en trygghet. Da visste de at avdelingen ønsket å arbeide etter beste praksis og følge kvalitetssikrede protokoller. Det var mer inspirerende og lystbetont når det var

mange medarbeidere som var faginteresserte. Dette samstemmer med Lai (2021) som bekrefter at aktiv deltakelse i kompetanseutvikling gir eiendomsforhold til tiltakene, samt det kan øke motivasjon og ansvarliggjøring medarbeidere og ledere.

## 5.3 Intensivsykepleieres kompetanse

### 5.3.1 Betydningen av intensivsykepleiernes kompetanse

Intensivsykepleiere trakk frem intensivsykepleiernes kompetanse som uunnværlig for å jobbe kunnskapsbasert. Én mente at nøkkelen til å jobbe kunnskapsbasert var å ha høy dekningsgrad av intensivsykepleiere. Deltakerne henviser til kompleksiteten i en travel intensivavdeling for å understreke betydningen av kompetanse, noe som også er velkjent fra tidligere litteratur og forskning. Arbeidstempoet kan være høyt og akutt og/eller kritisk syke pasienter krever høyst kompetente intensivsykepleiere med praktiske og teoretiske kunnskaper og samtidig ivaretagelse av mellommenneskelige behov (Abuejheisheh, 2020; Conley, 2019; NSFLIS, 2017; Salah & Abu-Moghli, 2020; Stubberud, 2020 s. 36, 42-43). Det fordrer at intensivsykepleieren er årvåken og raskt kan endre fokus, selvstendig vurdere kritiske situasjoner og evne å iverksette livreddende behandling i påvente av legen (Stubberud, 2020, s. 43; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Intensivsykepleiere uttrykker at de mangfoldige problemstillingene og ulike pasientsituasjonene i intensivavdelingen ikke bare fordrer nok personell, men tilstrekkelig personell med rett kompetanse. Lai (2021) hevder at medarbeideren er kompetent når det er samsvar mellom personens potensial, situasjonen og kompetansekravene, dog ved manglende samsvar ville det være inkompetanse. Vi mener det er helt essensielt for kvaliteten i sykepleien, at man har den kompetansen som trenges for å kunne jobbe på en intensivavdeling. Denne kompetansen får man hovedsakelig gjennom intensivutdanningen. Lynkurs av sykepleiere med andre spesialiteter, slik det ble presentert under koronapandemien, har på langt nær den kvaliteten som trenges for å ivareta sikkerheten til intensivpasientene slik vi ser det. I henhold til Mld. St. 11 (2015-2016) vil en trygg og sikker helsehjelp til pasienten forde tilstrekkelig kompetent personell, der kvaliteten er avhengig av helsepersonellens kompetanse må samsvare med oppgaven som skal gjøres. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014) påpeker at for å gi omsorg og behandle skadde og kritisk syke pasienter i intensivavdelinger er det en forutsetning med spesialutdannet personell. Som nevnt tidligere (kap. 5.1.1) har helseforetakene styringsdokumenter som skal sørge for

tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse på jobb (Riskrevisjonen, 2019). Det er et mål at alle sykepleierne skal ha videreutdanning i intensivsykepleie (NAF og NSFLIS, 2014).

Intensivsykepleierne beskrev det som viktig for dem å kunne jobbe tett sammen med andre intensivsykepleiere da det er likt kompetansenivå. Det gav dem mulighet for å dele og slå sammen kunnskap og erfaring, samt det å diskutere og få bekreftelse på sine vurderinger i komplekse situasjoner. Samtidig uttrykte de at det kunne være utfordrende å samarbeide med en med mindre kompetanse, eller stadig ha ansvar for opplæring av nyansatte på grunn av de vanskelige situasjonene de ofte stod i. Det var ofte et savn å arbeide jevnlig med kun intensivsykepleiere. Det kan forstås som at det gav dem en ekstra trygghet å være to intensivsykepleiere. Ved å dele på ansvaret gav det mindre belastning for den enkelte som dermed kunne de dra hjem med en bedre følelse. Intensivsykepleierne har fått undervisning om KBP gjennom utdanningen, dermed mener vi det kan fremme integreringen av KBP i praksis. Intensivsykepleiere er forpliktet til å holde seg oppdatert på forskning og legge kunnskapsbasert praksis til grunn for beslutninger i yrkesutøvelsen (NSFLIS, 2017). Ny kunnskap utvikles kontinuerlig og kompetansekravene i helsetjenesten endres, derfor må intensivsykepleiere holde seg faglig oppdatert gjennom hele yrkeslivet og blir aldri utlært (Polit & Beck, 2022; Stubberud, 2020).

Funnene i vår studie belyser betydningen av videreutdanning som intensivsykepleier for å kunne jobbe kunnskapsbasert i intensivavdeling med et komplekst miljø. Jordan et al. (2016) og Warren et al. (2016) hevder at yngre sykepleiere er mer kjent med KBP, noe som trolig kan ha sammenheng med undervisning om KBP under utdanningen. Nyere internasjonal forskning viser til sammenheng mellom høyere utdanning av intensivsykepleiere og kunnskap om KBP (Conley, 2019; Ekvall Hansson et al., 2017; Phillips, 2015; Salah & Abu-Moghli, 2020). Studien til Abuejheishah et al. (2020) avdekket at den sterkeste signifikante indikator for bruk av KBP var kunnskap. Utdanningsprogrammer og inkludering i læreplaner ved sykepleieskoler angående KBP er essensielt for å øke bruken av KBP og bidra til økt kvalitet på sykepleie og helsehjelp (Abuejheishah et al., 2020). KBP er fra 2022 lovpålagt i intensivutdanningen og det forventes at kandidaten innen intensivsykepleie har inngående kunnskap om kunnskapsbasert praksis og kvalitetsarbeid (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2022, §19-7). Slik vi tolker det kan undervisning om KBP i utdanningen bidra til økt bruk i praksis. Samtidig bør også ansatte som ikke har fått

opplæringen under sin utdanning, få mulighet til å øke sine kunnskaper om KBP gjennom undervisning.

Intensivsykepleiere i vår studie hadde i kraft av sin utdanning kunnskap om hvordan de kritisk kunne vurdere forskning. Flere uttalte at de ønsket å basere arbeidet på oppsummert forskning. Én intensivsykepleier antydte at søk etter forskning ble gjort i UpToDate eller via Helsebiblioteket. En annen intensivsykepleier, uttrykte derimot at det ble utført søk i google, uten å utdype hva slags forskning det ble søkt etter. Her ser vi noe språk i funnene, der én gjorde søk i kliniske oppslagsverk, mens den andre ikke gjorde det. Man kan spørre seg om det skyldtes mangel på tid eller mangel på ferdigheter til å finne kvalitetssikret forskning. Både tidsbegrensninger og manglende ferdigheter til å søke forskning er kjente barrierer for anvendelse av KBP (Dalheim et al., 2012; Flottorp & Aakhus, 2013; Khammarnia et al., 2015). Manglende ferdigheter og kunnskap i bruk av KBP ser ut til å være vesentlig for hvordan det utøves i praksis, da høyere grad av ferdigheter assosieres med økt bruk av KBP (Dalheim et al., 2012).

Internasjonale studier vektlegger betydningen av videreutdanningsprogrammer for å øke forståelsen og søkeferdigheter, engasjere sykepleierne i KBP og fremme bruken for å forbedre pasientutfall (Ammouri et al., 2014; Makik et al., 2015; Sciarra, 2011). Én deltaker trakk frem at hvis flere intensivsykepleiere hadde masterutdanning kunne det kanskje ført til et økt fokus på KBP. Sykepleiere med mastergrad kan være bedre rustet til å finne, utføre og kritisk vurdere relevant klinisk forskning, utføre KBP og dermed fremme god fagutøvelse (Conley, 2019; Weum et al., 2017). Krav om å jobbe kunnskapsbasert og drive med forskning er også et argument for at masterutdanning kan bidra til å sette sykepleiefaget i front (NSF u.å.). Som masterstudenter får man erfaring med forskning i forbindelse med gjennomføringen av masteroppgaven. Vi mener denne erfaringen er nyttig for å styrke ferdigheter til å finne og kritisk vurdere forskning, samt øke forståelsen av verdien ved å bruke KBP. Kunnskapen kan deles videre kollegialt, noe som kan bidra til økt fokus på KBP. Masterkompetanse mener vi er en styrke for å drive kunnskapsbasert praksis intensivavdelingen.

### 5.3.2 Erfaringskunnskapens betydning

Intensivsykepleierne i studien vår fremhevet erfaringsbasert kunnskap som en viktig faktor i KBP i intensivavdelingen. Det var mange kunnskapsrike intensivsykepleiere med lang og



varierte erfaring, både på det teoretiske, praktiske og mellommenneskelig plan som ble benyttet for å utføre ulike oppgaver i praksis. Det kunne være sammensatte og vanskelige problemstillinger der de hadde behov for å dele og slå sammen hverandres erfaring.

Betydning av erfaring i pasientsituasjoner som preges av uforutsigbarhet, kommer også frem i litteraturen. Erfarne intensivsykepleiere har et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å redusere uønskede pasienthendelser ved at intensivsykepleieren benytter tidligere erfaring kombinert med teoretisk kunnskap for å kunne forutse forverring og til å løse nye og ukjente problemstillinger (Conley, 2019; Stubberud, 2020). Slo sammen ref slik at det gav mer mening, tror du det kan være slik?

Det var mange kunnskapsrike intensivsykepleiere som hadde lang og variert erfaring, både på det teoretiske, praktiske og mellommenneskelig plan som ble benyttet for å utføre ulike oppgaver i praksis. Intensivsykepleierne viste stor velvilje til å dele erfaringskunnskap, både fra praksis og forskning, noe som var betydningsfullt for dem og ga et viktig bidrag for å yte KBP. Erfaringskunnskap er et av komponentene i KBP og er en viktig del av kunnskapsbasert praksis når hele modellen skal anvendes i praksis i møtet med den individuelle pasient (Nordtvedt et al., 2021, s. 20-21). Nordtvedt et al. (2021) henviser til Higgs et al. (2004) som sier erfaringsbasert kunnskap er grunnleggende i helsefag og læres gjennom praksis og refleksjon. Nordtvedt et al. (2021) viser til Ericsson et al. (2018) som hevder at uten praksiserfaring kan uerfarne sykepleiere ha vansker med å organisere kunnskap og gjenkjenne detaljer i ulike situasjoner. Vi mener det er viktig å oppdage tegn til forandring hos pasienten for å starte behandling tidlig, men du må ha erfart det før for å kunne gjenkjenne det.

Betydningen av taus kunnskap ble også trukket frem i vår studie. Det var gjennom mange års erfaring at intensivsykepleierne utviklet det man kunne kalle en «magefølelse» om at noe ikke var som det skulle, som igjen gjorde at man reagerte og handlet. Det synes som intuisjon eller taus kunnskap kan være viktig for å gjenkjenne symptomer og raskt forstå sammenhenger. Vår erfaring fra praksis er at man ved et klinisk blick kan oppdage små nyanser i endringer hos pasienten, tross fine vitale parametere. Ved og dele de erfaringene med andre kan også de oppdage tegn på forverring tidlig og bedre pasientutsikter. Stubberud (2020) skriver at det er avgjørende under overvåking at intensivsykepleieren bruker sitt kliniske blick, da det aldri er sikkert at teknisk utstyr ikke kan ha feil. Lai (2021) skriver at taus kunnskap er viktig individuelt, men også at det gir organisasjonen en styrke. Kunnskapen opparbeides gjennom

læring, all øvelse og perfektionering av en oppgave over tid. Man gjør vurderinger og handlinger, basert på denne erfaringen. (Lai, 2021, s. 45, 46).

Lai (2021) hevder taus kunnskap kan være vanskelig å dele, men ved å jobbe tett på hverandre deles den mellom kolleger. Det fordrer tilrettelegging fra ledere og at de også ser verdien i denne kunnskapsdelingen (Lai, 2021, s. 47). Vi har erfart at ved å jobbe tett sammen med erfarne intensivsykepleiere, har det gitt oss tilgang til verdifull taus kunnskap, som vi kan reflektere over og bygge videre på. Man kan ikke kun basere seg på teori, man trenger også «noen knagger å henge det på». Dette må sees i lys av betydningen av intensivsykepleierens kompetanse som vi har beskrevet tidligere (kap. 5.3.1) om nettopp det å kunne jobbe tett sammen i vanskelige situasjoner, slik at erfaringskunnskap kunne deles og slås sammen. Vi anser intensivsykepleierens erfaringskunnskap som verdifull for avdelingen. Gjennom mange års praksis setter denne kunnskapen seg «i ryggraden» og blir som en ekstra ressurs både for intensivsykepleieren og for avdelingen. Lai (2021) hevder kompetansekapitalen, som er organisasjonens samlede kompetanse, bør sees på som en forvaltningskapital, organisasjonen kan bli sårbar hvis sentrale medarbeidere slutter i arbeidet. Vi mener at intensivavdelingene trenger å beholde erfaringskompetansen i avdelingen. Som tidligere nevnt (kap. 5.1) er det store utfordringer når det gjelder å beholde spesialsykepleiere (Riksrevisjonen, 2019). Med det forsvinner det også verdifull erfaringskompetanse som ikke nyutdannede sykepleiere kan erstatte.

Kollegers erfaring ble verdsatt stort av flere av intensivsykepleierne og én intensivsykepleier uttrykte at veldig mange års erfaring kunne kompensere for manglende videreutdanning. Ved å innhente kunnskap fra noen som hadde praksisen i hendene, slå sammen og dele erfaring og forskningskunnskap så utfylte de hverandre. Polit & Beck (2022) fremhever betydningen av klinisk erfaring i beslutningstaking, da ikke alltid forskning passer for alle pasienter. Imidlertid kan en personlig erfaring være for snever og ikke nødvendigvis generelt nyttig (Polit & Beck, 2022). Dalheim et al. (2012) sin studie viste at sykepleiere stort sett benyttet egen eller kollegers erfaringsbasert kunnskap som støtte i praksis, og evidensbasert forskning ble lite brukt. Vi tolker det som at man må gjøre vurderinger i den enkelte situasjon og reflektere over hvor erfaringskunnskapen kommer fra, om det er fra bredt eller smalt erfaringsområde. Avhengig av hvilken situasjon man står i eller oppgave som skal utføres, så må man være bevisst hvordan man vektet de ulike delene i KBP før handling. Nordtvedt et al. (2021) skriver det er viktig å stille seg spørsmål hvorfor man gjør det man gjør og ta faglige

avgjørelser basert på de ulike kunnskapskildene. Helsepersonell må evne å finne, vurdere og anvende forskningsbasert kunnskap, men også de det i lys av erfaring i møte med den enkelte pasient i en gitt kontekst (Nortvedt et al. (2021, s. 16-23).

For å kunne oppnå faglig forsvarlighet i komplekse situasjoner, kreves det en integrering av praksis og teori, samt muligheter for refleksjon og læring av erfaring (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 6). Dette var også noe intensivsykepleierne i vår studie påpekte, at det trengtes erfaring for å omgjøre teori til praksis. Erfaringskunnskap var også betydningsfullt i det mellommenneskelige i samhandling med både kolleger, pasienter og pårørende. Intensivsykepleierne var klare på at det var mange ulike deler av kunnskap man måtte inneha i yrket og de ulike delene utfylte hverandre. Det ble spesielt trukket frem viktigheten av erfaringskunnskap i møte med pasient og pårørende i krisesituasjoner. Tross det at intensivsykepleiere i vår studie vektlegger erfaringskunnskapens betydning som et ledd i KBP har vi funnet lite forskning som belyser det.

## 5.4 Personlig ansvar

### 5.4.1 Bevissthet omkring personlig ansvar

Intensivsykepleierne oppga at de hadde et personlig ansvar og en forpliktelse til å holde seg oppdaterte for å ivareta pasientsikkerhet. Hensynet til pasientsikkerhet ble omtalt som en fremmer for KBP. Pasientsikkerhet har vært et satsningsområde både nasjonalt og internasjonalt de siste årene. I “nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)” kommer det fram at arbeidskulturer der medarbeidere har eierskap til kvalitetsforbedring gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019). Våre informanter viser tydelig et slikt eierskap.

Flere intensivsykepleiere refererte til egen plikt i forhold til funksjons- og ansvarsområde, og kjente tydeligvis til det lovpålagte ansvaret for kvalitetsarbeid (helsepersonelloven, 1999; NSF, 2019; spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Stubberud (2018) beskriver kvalitetsforbedring som en kontinuerlig prosess hvor man jobber med forbedring og kvalitetssikring, tradisjonelt kalt fagutvikling. Knutheim & Bjørk (2013) konkluderer med at vedlikehold, videreutvikling og bruk av kompetanse til fagutvikling i hovedsak skjer gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis. Det samsvarer med våre funn hvor intensivsykepleierne tok til orde for at det var viktig å prioritere tiden man har til rådighet i rolige stunder, til både

undervisning og læring. Intensivsykepleierne fremhevet viktigheten av å ta initiativ til gjennomgang av utstyr sammen med mindre erfarne sykepleiere, som for eksempel respiratoroppsett til barn eller klargjøring av dialysemaskin for kvalitetsarbeid. Dette er i tråd med intensivsykepleieres funksjons- og ansvarsområde for undervisning som utdyper at intensivsykepleier initierer, samarbeider om og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2017). Vi har selv erfart at intensivsykepleiere ofte benytter rolige vakter til å ta ansvar for egen læring ved å gjennomføre e-læringskurs. Fretheim et al., (2015) viser til at nettbasert læring kan bidra til mer kunnskap, bedre ferdigheter, forbedret atferd blant helsepersonell og bedre pasientbehandling. Vår forståelse er at intensivsykepleiere har et reflektert forhold til intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse. De tar ansvar for seg selv og tar også et medansvar overfor mindre erfare kolleger.

Intensivsykepleierne uttrykte en tillit til fagsykepleiere og andre ressurspersoner. De forventet at fagsykepleiere hadde kunnskapen om å finne forskning og formidle ny kunnskap i tillegg til å være ansvarlig for at forskning ble implementert. Selv om intensivsykepleierne uttrykte at de hadde et personlig ansvar for å basere arbeidet sitt på forskning, kom det ikke frem noe som forklarte hvordan de selv kunne bidra til anvendelse av ny kunnskap. I betydningen av personlig ansvar mener vi det også ligger et ansvar i å finne kunnskapshull i praksis hvor man kan bidra med å videreformidle behov for ny praksis, endring av eksisterende praksis eller foreslå utarbeidelse av nye prosedyrer. Ved å løfte frem en problemstilling og synliggjøre dette overfor fagsykepleiere og ledelse, er man i enda større grad med på å ta ansvar for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.

Intensivsykepleierne ga uttrykk for et behov for å holde seg oppdatert for å imøtekomme økende forventninger fra pasienter og pårørende, og ivareta pasientsikkerhet. Denne oppfattelsen er forenlig med Thornton et. al., (2017) som påpeker at arbeidet med å inkludere pasienter og familier i prosessen med kvalitetsarbeid, er med på å danne grunnlag for pasientsikkerhet i en intensivavdeling. Den store informasjonsflyten i samfunnet har gitt befolkningen mulighet til å søke kunnskap om egen helse. Helse- og omsorgsdepartementet har utviklet «Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023)», og har som mål å øke den generelle kunnskapen om helse i befolkningen, slik at pasienter i større grad kan være med på beslutninger som omhandler dem. En persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse, blir referert til som Helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2021). Man kan anta at selv

om pasienter og pårørende har anledning til å søke kunnskap via internett, evner de ikke alltid å vurdere kvaliteten på det de finner av informasjon. Intensivsykepleierne uttrykte det var lett å innhente kunnskapen som ble etterspurt, da de som intensivsykepleiere hadde en solid kunnskapsbase i bunn. Det sammenfaller med Weum et al., (2017) som uttrykker at helsepersonell er opptatt av å søke ny kunnskap, og helsehjelpen baseres i større grad nå enn tidligere på forskningskunnskap.

#### 5.4.2 Viktigheten av pasient- og brukervedvirkning

Flere intensivsykepleiere trakk frem samarbeid med foreldre til barn på intensiv som eksempel på hvordan pårørende ble brukt som en ressurs, og hvordan tilpasset sykepleie fremmet KBP. Én intensivsykepleier brukte et eksempel hvor foreldre bidro med kunnskap rundt en tilstand som var normal for dette barnet, men som avvek fra normalen. Denne nyttige informasjonen som intensivsykepleier kunne videreformidle til behandlende lege, bidro til at pasienten kunne skrives ut av intensivavdelingen. Dette samsvarer med Topaz et al., (2016) som skriver at pasienters erfaringer blir sett på som viktig og er med på å bidra til KBP.

Intensivsykepleierne fremhevet gode kommunikasjonsferdigheter og tillitsvekkende atferd som vesentlig for et godt samarbeid. Stubberud (2020) skriver at samhandling med akutt- og/eller kritisk syke intensivpasienter kan by på utfordringer da pasienten ofte ikke er i stand til å uttrykke seg. Intensivsykepleieren kan innhente kunnskap fra pårørende om pasientens spesielle behov. Ved å trekke inn pårørende som en ressurs kan de oppleve å bli sett og kjenne seg betydningsfulle (Stubberud, 2020, s. 49). Vi har selv erfart at intensivsykepleiere legger stor innsats ned i relasjon med pasienter og pårørende for å optimalisere sykepleien. Det er ikke alltid lett å sette ord på hva som konkret blir gjort og sagt for å skape et tillitsforhold med pasient og pårørende, men det vi har sett av tilstedeværelse, empati og medmenneskelighet, personlig engasjementet i tillegg til et høyt faglig nivå mener vi er avgjørende i så måte. Med fokus på kvalitet i intensivsykepleie og alltid tenke det beste for pasient og pårørende, er intensivsykepleiere med på å ivareta pasientsikkerhet.

## 6.0 Metodediskusjon

### 6.1 Troverdighet og gyldighet

Begreper som gyldighet og pålitelighet brukes i kvalitativ forskning for å vise ulike aspekter ved troverdighet som går ut på i hvilken grad av tillit forskeren viser til data og analyseprosessen (Polit & Beck, 2022, s. 276, 402). Malterud (2018) henviser til Kvale (1996) og skriver at forskere må stille seg spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskerprosessen, da det kan åpne for overveielser angående gyldighet (Malterud, 2018, s. 192).

Gyldigheten av kunnskapen avhenger av om den kan brukes til noe, eller om den utgjør en forskjell (Malterud, 2018, s. 198). Vi har kritisk reflektert over om vårt fokus og problemstilling var relevant, og om den omfavnet det vi faktisk lurte på. Videre har vi stilt oss spørsmål om metoden og utvalget kunne gi oss svar på problemstillingen, og hvilken kunnskap deltakerne kunne bidra med. Vi har ved dette forsøkt å fange opp svakheter ved vårt prosjekt, noe Malterud (2018) mener alle forskningsprosjekter har. Vi har nøye fulgt anbefalt fremgangsmåte for prosjektet. For at leseren skal få tillit til studien vår har vi begrunnet hensikt, bakgrunn for valg av metode, etiske overveielser, fremgangsmåte for datainnsamling og detaljert beskrevet analyseprosessen og vist eksempler i tabell 2 (jfr. kap.3.6.2). Innledende litteratursøk avdekket lite forskning omkring temaet vårt og vi vurderte kvalitativ metode med fokusgruppeintervjuer som egnet for å få svar på vår problemstilling. Kunnskap om intensivsykepleiernes opplevelser, erfaringer og refleksjoner er en styrke for oppgaven. Prosjektlogg gir støtte for fleksibilitet og bidrar til å gjøre nye avgjørelser og veivalg i arbeidsprosessen (Malterud, 2018, s.54). Ved å bruke prosjektlogg har det bidratt til at vi har kunnet få oversikt over arbeidsprosessen og gitt oss muligheter til å gå tilbake for å se endringer og begrunnelser for avgjørelser.

Før datainnsamlingen gjennomførte vi et pilotintervju av en fagsykepleier. Umiddelbart så vi ikke behov for å gjøre noen endringer i intervjuguiden, men til ettertanke var det flere aspekter vi reflekterte over om vi kunne gjort annerledes. Et annet intervjuobjekt kunne gitt andre svar eller stilt oss spørsmål. Flere pilotintervjuer kunne fanget opp uklarheter i spørsmålsformuleringer. Pilotintervju av en gruppe kunne vært hensiktsmessig, siden vi skulle benytte fokusgrupper til datainnsamling. Vi valgte å intervju kun én person, da det ga

fleksibilitet i forhold til tid og tilgjengelighet. Under analysen så vi enkelte steder der vi kunne benyttet flere oppfølgingsspørsmål for å få mer utdypende svar som kanskje kunne beriket funnene våre. Det relaterer vi til manglende erfaring med å intervjuer. En svakhet kan ha vært at vår forforståelse kan ha påvirket spørsmålene vi stilte og på hvilken måte vi vekta svarene. Under intervjuene forsikret vi oss om vi hadde forstått deltakerne riktig, ved å stille spørsmål som «Forstod jeg deg riktig ...?». Malterud (2018) viser til Kvale (2007) og skriver at denne måten å spørre på sikrer at man ikke snakker forbi hverandre og styrker intersubjektiviteten mellom deltaker og forsker, samt leser og forsker.

Vi intervjuet to fokusgrupper og opplevde at det gav oss tilstrekkelig og relevante data for å kunne gjøre en forsvarlig analyse. Ved frafall ville vi vurdert en tredje fokusgruppe. For få eller for mange deltakere kan gi overfladiske eller tunge samtaler, og to til tre fokusgruppeintervjuer kan gi relevant datainnsamling ved god samhandling og dialog Malterud (2018). Etter råd fra veileder gjorde vi intervjuene på forskjellige intensivavdelinger, da ulike kulturer kan bidra til mangfold og flere nyanser i dataene. Vår tilknytning til avdelingene kan ha påvirket svarene vi fikk. Halvorsen (2009) reflekterer rundt problemstillingen ved at man forsker blant “sine egne”. Når man er en del av et allerede etablert miljø som kollega, har man en taus kunnskap om kulturelle forhold i avdelingen (Halvorsen et al., 2009). Det kan ha virket positivt på den måten at praten gikk lett, og at deltakerne åpnet seg enklere. Samtidig kan det ha skapt utfordringer med at vi som forskere ikke har den nødvendige forskningsmessige distansen man bør ha for å klare å få fram deltakernes synspunkt og ikke våre egne.

Vi som studenter har begge vært delaktig i alle ledd i denne prosessen. Alt fra utforming av problemstilling, litteratursøk, utarbeidelse av intervjuguide, transkribering, analyse og diskusjon. Det å være to har vært nyttig ved at man ser datamaterialet fra to ulike perspektiver som kan bidra til flere nyanser av kunnskap, som Malterud (2018) beskriver. Som tidligere omtalt under metodekapittelet (kap 3.6.2) har vi har gjennomgått analyseprosessen nøye sammen og har vært gjennom intervjuene flere ganger. Dette for å forsikre oss om at vi har forstått det riktig og at vi har fått alt med oss. Videre har vi gjennom forskningsprosjektet hatt tett dialog med vår veileder, samt fått tilbakemeldinger på deler av oppgaven fra medstudenter på masterseminar. Vi har vært mottakelig for forslag til forbedring og har gjort noen justeringer underveis.

## 6.2 Relevans og overførbarhet

Forskere må stille seg spørsmål om relevans gjennom alle ledd i den kvalitative forskerprosessen, da det kan åpne for overveielser angående gyldighet (Malterud, 2018, s. 192). Validitet handler om overførbarhet, og i hvilken grad våre resultater kan være nyttige utover den konteksten der vi har gjort våre undersøkelser. I den forbindelse snakker man om ekstern validitet (Malterud, 2018, s. 24). Det anses som intern validitet å stille seg spørsmål om hva vi kan kalle for sannhet. Etter anbefaling av Malterud (2018) har vi gjort nøye overveielser om validitet gjennom alle stadier av forskningsprosessen, og vi har vist refleksivitet ved å være klar over metoden og designets begrensninger og svakheter.

I oppgavens resultatdel vises sitater slik at leseren kan få inntrykk av hva som egentlig ble sagt. Videre er sitater nummerert slik at det viser varierte datafunn og på den måten styrker det overførbarhet. Vi har beskrevet utvalg og datainnsamling, samt kontekst, dermed er det lagt til rette slik at leseren kan vurdere grad av overførbarhet. Vi mener at studien og spørsmålsformuleringen har vært relevant og at vi har fått nyanserte funn som svarer på problemstillingen vår. Intensivsykepleiernes subjektive meninger og erfaringer om hva som fremmer kunnskapsbasert praksis mener vi er et aktuelt og praksisnært tema. Underveis i arbeidet med studien så vi ikke noen grunn til at vi skulle endret problemstilling eller metode. Vår vurdering er at funnene kan være relevante og overførbare til andre intensivavdelinger.



## 7.0 Konklusjon

### 7.1 Oppsummering

Støtte fra ledelsen og avsatt tid til undervisning, fremmer bruk av KBP da det kan bidra til økt motivasjon og inspirasjon til å jobbe med kvalitetsarbeid. Intensivsykepleiere ønsker frigitt tid til å delta på kurs og fagdager for å holde seg oppdaterte. God tilgang på kvalitetssikrede retningslinjer og prosedyrer bidrar til at retningslinjer blir brukt, som igjen bidrar til pasientsikkerhet. At retningslinjer er oppdaterte og basert på oppsummert forskning er vesentlig for at ny kunnskap skal komme pasienten til gode.

Intensivsykepleiers kompetanse er betydningsfull for KBP fordi det kreves høy kompetanse for å jobbe på en intensivavdeling, og utøve trygg intensivsykepleie. Tilstrekkelig bemanning med intensivsykepleiere må til for å lette arbeidsbelastningen på hver enkelt og gir intensivsykepleieren mulighet til å holde seg faglig oppdatert. Flere intensivsykepleiere med masterkompetanse kan være en styrke for å drive kunnskapsbasert praksis intensivavdelingen. Erfaringskunnskap er en betydningsfull faktor for KBP, ikke bare fordi det gir grunnlag for et klinisk blikk og gode mellommenneskelige egenskaper, men er også betydningsfullt for å forstå prosedyrer og evne å benytte forskningsbasert kunnskap i praksis. Samhandling fremmer KBP fordi man deler kunnskap og ansvar. Gjennom samhandling lærer intensivsykepleierne både praktisk og taus kunnskap, samt hjelper hverandre med å søke og finne forskning som igjen kvalitetssikrer praksis. Tverrfaglig simulering fremmer KBP fordi man øver på prosedyrer og blir trygg i sin rolle. Undervisning og øving gjør at man får en helhetlig forståelse. Positiv innstilling og interesse for KBP innbyr til motivasjon for egen og andres kompetanseutvikling. Hensynet til pasientsikkerhet er en viktig motivasjonsfaktor for å jobbe kunnskapsbasert.

### 7.2 Implikasjon for praksis

Både ledere og intensivsykepleiere må være klar over det lovpålagte ansvaret for å jobbe kunnskapsbasert, og hva det innebærer for praksis. Studien har særlig relevans for intensivsykepleiere som ønsker å i enda større grad enn tidligere integrere KBP i sin utøvelse av intensivsykepleie.

Ledere og organisasjonen bør se betydningen av høy dekningsgrad av intensivsykepleiere, da de innehar kompetanse som kan styrke fagmiljøet og fremme KBP i intensivavdelingen. Avsatt tid til trening på prosedyrer og simulering i team bør prioriteres. Ledelsen bør tilrettelegge slik at erfaringskunnskap kan deles mellom kolleger ved å jobbe tett sammen, spesielt nye sykepleiere sammen med erfarne intensivsykepleiere. Det bør tilbys undervisning i KBP, særlig med tanke på ansatte som ikke har fått det gjennom utdanningen. Ved å eksempelvis holde felles undervisning på tvers av profesjoner, kan det stimulere til tverrfaglige diskusjoner om betydningen av KBP. Avdelingen er dynamisk, og kompetanse er noe som forvaltes. Tiltak for å beholde sårbar erfaringskompetanse i avdelingen bør etterstrebes.

Det er en forventning om at hovedansvaret for at ny kunnskap blir implementert i praksis ligger hos fagsykepleiere og ledelsen. Imidlertid kan intensivsykepleiere ta medansvar ved å synliggjøre kunnskapshull, etterspørre manglende retningslinjer, ta initiativ til utarbeidelse av prosedyrer, og følge opp fagsykepleiere og ledelse i dette arbeidet. Som det fremkommer i vår studie, har positiv innstilling en smittende effekt. Dette bør intensivsykepleiere ta inn over seg og tilstrebe å være en ildsjel som er med på å løfte frem betydningen av KBP. Det kan gi motivasjon og læringslyst.

### 7.3 Forslag til videre forskning

Som en oppfølgingsstudie kunne det vært interessant å gjøre en kvalitativ studie med individualintervjuer for å undersøke om intensivsykepleiere som fikk delta i utarbeidelsen av kliniske fagprosedyrer, ble mer motivert for å jobbe med kvalitetsarbeid og styrket det personlige ansvaret for å videreformidle ny kunnskap. Også studier som belyser erfaringskunnskapens betydning som et ledd i KBP kunne vært interessant. Det kunne videre vært interessant med en longitudinell studie som undersøkte om mer avsatt tid i turnus til kompetanseheving og simulering, kunne gi positive effekter som bedre pasientutfall, pasientsikkerhet, kollegialt samspill og økt jobbmotivasjon. En kvantitativ studie kunne vært brukt til å sammenligne avdelinger med ulik dekningsgrad av intensivsykepleier, for å undersøke om det ga utslag for anvendelse av KBP. Det kunne også vært nyttig å undersøke om ledere selv har tilstrekkelig tid til å jobbe med sine oppgaver, eller om ansvaret må løftes videre til organisasjonsledelsen.

## Referanser





























































- Abuejheisheh, A., Tarawneh, O., Qaddumi, J. A. S., Almahmoud, O. & Darawad, M. W. (2020). Predictors of Intensive Care Unit Nurses' Practice of Evidence-Based Practice Guidelines. *Inquiry*, 57, 46958020902323-46958020902323.
- Ammouri, A. A., Raddaha, A. A., Dsouza, P., Geethakrishnan, R., Noronha, J. A., Obeidat, A. A. & Shakman, L. (2014). Evidence-based practice: Knowledge, Attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 14(4), e537-e545.
- Bang, H. (2010). Teamarbeid - et gode eller et onde? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Bowers, C., Morton, D. & Jordan, P. (2016). Barriers to implementing evidence-based practice in a private intensive care unit in the Eastern Cape. *The Southern African journal of critical care*, 32(2), 50-54.
- Conley, P. (2019). Certified and Advanced Degree Critical Care Nurses Improve Patient Outcomes. *Dimens Crit Care Nurs*, 38(2), 108-112.
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M. & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Serv Res*, 12(1), 367-367.
- Flottorp, S. & Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk epidemiologi*, 23(2).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata.
- Halvorsen, A., Johnsen, H. C. G., Repstad, P., Aasland, T. & Balsnes, A. H. (2009). *Å forske blant sine egne : universitet og region - nærhet og uavhengighet*. Høyskoleforl. Helsebiblioteket. (2016). [Illustrasjon ]. [Modell over kunnskapsbasert praksis ].
- ICN- International Council of Nurses. (2006). *INC's etiske retningslinjer for sykepleiere, Norsk utgave 2007 NSF*
- Khammarnia, M., Haj Mohammadi, M., Amani, Z., Rezaeian, S. & Setoodehzadeh, F. (2015). Barriers to Implementation of Evidence Based Practice in Zahedan Teaching Hospitals, Iran, 2014. *Nurs Res Pract*, 2015, 357140-357145.
- Koronakommisjonen. (2022 ). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2* (Norges offentlige utredninger 2022: 5).
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utg.). Fagbokforlaget
- Lapkin, S., Levett-Jones, T. & Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today*, 33(2), 90-102.
- Makic, M. B. F., Rauen, C., Jones, K. & Fisk, A. C. (2015). Continuing to challenge practice to be evidence based. *Crit Care Nurse*, 35(2), 39-50.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget
- McKinney, I., DelloStritto, R. A. & Branham, S. (2019). Nurses' Use of Evidence-Based Practice at Point of Care: A Literature Review. *Crit Care Nurs Q*, 42(3), 256-264.
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Mudderman, J., Nelson-Brantley, H. V., Wilson-Sands, C. L., Brahn, P. & Graves, K. L. (2020). The Effect of an Evidence-Based Practice Education and Mentoring Program on Increasing Knowledge, Practice, and Attitudes Toward Evidence-Based Practice in a Rural Critical Access Hospital. *J Nurs Adm*, 50(5), 281-286.
- Nordtvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W. & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- NSD. (u.å.). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*.
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund Yrkesetiske retningslinjer
- NSF. (u.å.). *Rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere*.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- pasient- og brukerrettighetsloven. (1999 ). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.
- Phillips, C. (2015). Relationships between duration of practice, educational level, and perception of barriers to implement evidence-based practice among critical care nurses. *Int J Evid Based Healthc*, 13(4), 224-232.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer
- Reime, M. H., Johnsgaard, T., Kvam, F. I., Aarflot, M., Breivik, M., Engeberg, J. M. & Brattebø, G. (2016). Simulated settings; powerful arenas for learning patient safety practices and facilitating transference to clinical practice. A mixed method study. *Nurse Educ Pract*, 21, 75-82.
- Røkholt, G., Davidsen, L.-S., Johnsen, H. N. & Hilli, Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. I (Bd. 7, s. 195-208). Universitetsforlaget.
- Salah, M. A. & Abu-Moghli, F. A. (2020). Perceived Knowledge, Attitudes, and Implementation of Evidence-Based Practice Among Jordanian Nurses in Critical Care Units. *Dimens Crit Care Nurs*, 39(5), 278-286.
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien forskning (Oslo)*.
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*, 16(3), 176-185.
- Stafseth, S. K., Alfheim, H. B., Alpers, L.-M., Austenå, M., Gjellum, T., Storsveen, A.-M., Vårdal, M. & Tøien, M. (2014). Evaluering av klinisk stige ved intensivseksjonen Rikshospitalet-Norge. *Evaluation of clinical ladder in Division of Emergencies and Critical Care at Rikshospital-Norway*, 34(1), 9-14.
- Stokke, K., Olsen, N. R., Espehaug, B. & Nortvedt, M. W. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nurs*, 13(1), 8-8.
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet* Gyldendal Akademisk
- Stubberud, D.-G. (2020a). Intensivsykepleiernes funksjon og ansvar IT. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 41-78). Cappelen Damm Akademisk
- Stubberud, D.-G. (2020b). Intensivsykepleiernes målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 27-40). Cappelen Damm Akademisk

- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Thornton, K. C., Schwarz, J. J., Gross, A. K., Anderson, W. G., Liu, K. D., Romig, M. C., Schell-Chaple, H., Pronovost, P. J., Sapirstein, A., Gropper, M. A. & Lipshutz, A. K. M. (2017). Preventing Harm in the ICU—Building a Culture of Safety and Engaging Patients and Families. *Crit Care Med*, 45(9), 1531-1537.
- Thorsteinsson, H. S. & Sveinsdóttir, H. (2014). Readiness for and predictors of evidence-based practice of acute-care nurses: a cross-sectional postal survey. *Scand J Caring Sci*, 28(3), 572-581.
- Topaz, M., Lisby, M., Morrison, C. R. C., Levtzion-Korach, O., Hockey, P. M., Salzberg, C. A., Efrati, N., Lipsitz, S., Bates, D. W. & Rozenblum, R. (2016). Nurses' Perspectives on Patient Satisfaction and Expectations: An International Cross-Sectional Multicenter Study With Implications for Evidence-Based Practice: Nurses' Perspectives on Patient Satisfaction and Expectations. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 185-196.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005, 1. desember 2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie* Regjeringen.
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L. & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15-24.
- Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2017). *Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. Sykepleien forskning (Oslo)*.

# Vedlegg

## Vedlegg 1. Søkehistorikk

<a href="#">Search ID#</a>	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S15	 (S12 AND S6) AND (S10 AND S6)	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (47)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S14	 S12 AND S13	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (82)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S13	 Qualitative or phenomenolog* or interview* or themes or thematic or «focus group*» or grounded or ethogra* or experience*	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (2,772,960)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S12	 S10 AND S11	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (298)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S11	 Barrier* or knowledge or attitude* or experience* promot* or educat* or improv*	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (7,286,675)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S10	 S8 AND S9	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (462)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S9	 (Intensive or critical*) N3 (nurs* or care)	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20221231; English Language <b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (412,793)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S8	 TI («Evidence based practice*» OR EBP)	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20221231; English Language <b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (9,539)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S7	 S3 AND S5	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (197)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S6	 S3 AND S4 AND S5	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (49)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S5	 Barrier* or knowledge or attitude* or experience* or promot*	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20221231 <b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (2,975,283)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S4	 Qualitative or phenomenolog* or interview* or themes or thematic or «focus group*» or grounded or ethogra* or experience*	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20221231; English Language <b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (1,587,249)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S3	 S1 AND S2	<b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (462)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S2	 (Intensive or critical*) N3 (nurs* or care)	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20221231; English Language <b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (412,793)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S1	 TI («Evidence based practice*» OR EBP)	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20221231; English Language <b>Search modes</b> - Find all my search terms	 <a href="#">View Results</a> (9,539)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>

## Vedlegg 2. Spesifisering av studentbidrag

### **Redegjørelse av arbeidsfordeling av masteroppgaven**

Student 1

Birgitte Stensland – Spesialisering i intensivsykepleie

Bidraget mitt inn i masteroppgaven samsvarer med min medstudent og jeg har vært delaktig i alle ledd i denne prosessen. Alt fra utforming av problemstilling, litteratursøk, utarbeidelse av intervjuguide, transkribering, analyse og diskusjon, samt utarbeidelse av søknader, skjemaer og tabeller.

Student 2

Helene Jacobsen – Spesialisering i intensivsykepleie

Bidraget mitt inn i masteroppgaven samsvarer med min medstudent og jeg har vært delaktig i alle ledd i denne prosessen. Alt fra utforming av problemstilling, litteratursøk, utarbeidelse av intervjuguide, transkribering, analyse og diskusjon, samt utarbeidelse av søknader, skjemaer og tabeller.

Kristiansand 28.04.22

Birgitte Stensland

Helene Jacobsen

## Vedlegg 3. Intervjuguide

### Intervjuguide

*Vi vil vise til informasjonsskriv og takke for deltakelse, samt forklare litt om spørsmålene vi skal stille. Innledningsvis vil vi også informere om at det ikke må gis situasjonsbeskrivelser som bryter med taushetsplikten.*

#### Generelt:

- Antall år med sykepleiererfaring på en intensivavdeling?
- Har dere videreutdanning eller masterutdanning?

Vår problemstilling er; «Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis»?  
Definisjon av kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket.no).

#### 1. Hva legger dere i det å arbeide kunnskapsbasert?

#### 2. Hvilke erfaringer har dere med bruk av kunnskapsbasert praksis i intensivavdelingen?

- Hva fremmer din bruk av kunnskapsbasert praksis?

#### 3. Kan dere fortelle om en gang dere mestret bruk av KBP på en god måte?

- Hva var det som gjorde at det gikk så bra denne gangen?

#### 4. Hva mener dere kan bidra med til for å fremme bruk av KBP?

- Individuelle faktorer: Tid, holdninger, erfaring, evne til å søke etter artikler, kritisk vurdere disse, forstå begrepene innenfor KBP, engelsk kunnskaper, påvirkningskraft/innflytelse.

#### 5. Hvordan opplever dere støtte fra ledelsen til å jobbe kunnskapsbasert?

- Organisatoriske forhold: Bemanning, kultur, tilrettelegging.

#### 6. Hvordan opplever dere støtte fra kollegaer til å jobbe kunnskapsbasert?

- Kultur, holdninger.

#### Oppfølgingsspørsmål;

Kan du fortelle mer om det du nå fortalte...

Kan du gi noen eksempler på det du nettopp sa...

Hvis jeg forstår deg riktig så mener du altså...

Er det riktig å si at du føler at...

Hvis du skal oppsummere dette, hva synes du er det viktigste...

#### Avslutning:

**Har dere noe å tilføye, noe som ikke har kommet frem som kan være med å belyse problemstillingen?**



## Vedlegg 4. Godkjenning NSD



### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjekttittel**

Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?

#### **Referansenummer**

470319

#### **Registrert**

06.09.2021 av Helene Jacobsen - helenej@student.uia.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Ellen Benestad Moi, ellen.b.moi@uia.no, tlf: 91175942

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Helene Jacobsen , post@helenejacobsen.no , tlf: 92244170

#### **Prosjektperiode**

30.08.2021 - 31.10.2022

#### **Status**

10.09.2021 - Vurdert

#### **Vurdering (1)**

---

**10.09.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.09.2021. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.10.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 5. Godkjenning FEK



Helene Jacobsen

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 20/09/2021

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

1. Informasjonsskrivet skal ikke inneholde spørsmål om deltakernes bakgrunn.
2. Info/samtykkeskriv: Må også påføres personvernombud UiA Johanne Warberg Lavold (johanne.Lavold@uia.no) tlf +47 38 14 13 28

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

#### **UNIVERSITETET I AGDER**

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - [post@uia.no](mailto:post@uia.no) -

[www.uia.no](http://www.uia.no)

#### **FAKTURAADRESSE:**

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

## Vedlegg 6. Samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å synliggjøre og løfte fram de gode erfaringene og bidra til en kultur på en intensivavdeling med fokus på bruk av kunnskapsbasert praksis (KBP). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Kort om KBP**

KBP innebærer å integrere forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. De ulike kildene til kunnskap hentes fra kolleger, forskning og retningslinjer, samt pasientens preferanser i den gitte situasjonen (Helsebiblioteket, 2021). I Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2021) beskrives blant annet at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og sykepleieren har et selvstendig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

#### **Formål**

Hensikten med studien er å undersøke intensivsykepleieres positive erfaringer med hva som fremmer bruk av KBP i en intensivavdeling. Vi har sett at det finnes mye forskning som avdekker barrierer, men foreløpig har vi funnet lite forskning om hva som fremmer bruk av KBP. Når man belyser hva som fremmer bruk av KBP, vil man også avdekke eventuelle barrierer, slik at tiltak kan rettes mot dem. Dermed kan man videre i praksis synliggjøre og løfte fram de gode erfaringene og bidra til en kultur på intensivavdeling med fokus på og bruk av KBP.

Studien gjennomføres som en del av masterprogrammet i intensivsykepleie ved UiA.

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

Universitetet i Agder (UiA) er ansvarlig for prosjektet.

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

Din stemme er viktig! Vi ønsker å høre din erfaring med hva som stimulerer til fokus og bruk av KBP, og hva som gjør at du klarer å anvende KBP i konkrete situasjoner. For å belyse problemstillingen best mulig vil det gjøres et strategisk utvalg av deltagere. Du er altså valgt ut ifra dine egenskaper og kvalifikasjoner.

Vi ønsker å intervju intensivsykepleiere som jobber i intensivavdeling, både med og uten masterutdanning. En kombinasjon av deltakere med ulik erfaring, alder og kjønn som representerer

## Vedlegg 7. Plansje over KBP

### “Hva fremmer intensivsykepleieres bruk av kunnskapsbasert praksis?”

**Kunnskapsbasert praksis (KBP);** integrere forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap.

De ulike kildene til kunnskap hentes fra kolleger, forskning og retningslinjer, samt pasientens preferanser i den gitte situasjonen (Helsebiblioteket, 2021).

Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og sykepleieren har et selvstendig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Yrkesetiske retningslinjer NSF, 2021)

“Intensivsykepleier initierer, samarbeider om og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning» (NSFLIS, 2017).



Bilde tatt av Helene Jacobsen