

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180 H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

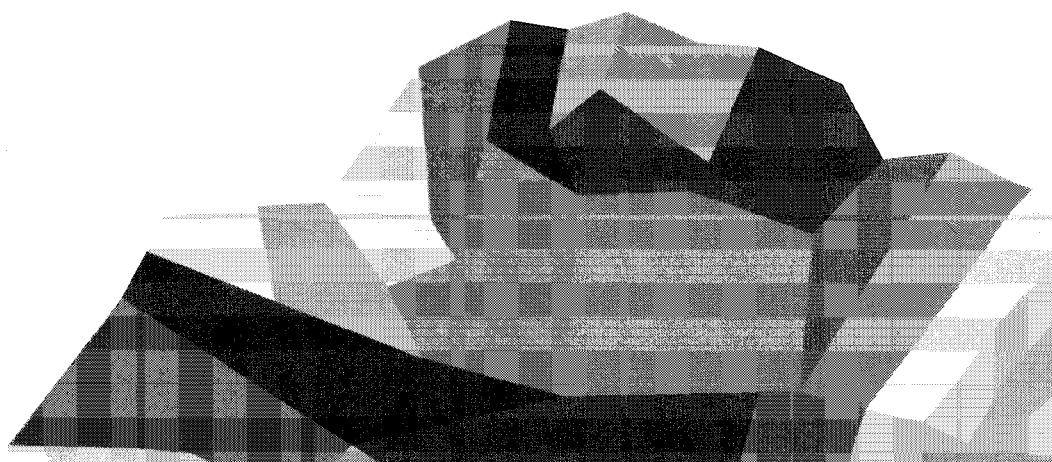
Kull 09 Høst

*”Hvordan fungerer kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode
og hvordan kan den implementeres i sykepleierens
arbeidshverdag”*

Kandidatnr: 268

27.04.2012

[Olsen, Ida Amina Høegsholen]



Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Hensikten med oppgaven.....	2
1.3 Presentasjon av problemstillingen.....	3
1.4 Min førforståelse.....	3
1.5 Oppgavens avgrensing.....	4
1.6 Oppgavens disposisjon.....	4
2.0 Teori.....	5
2.1 Kunnskap i sykepleien.....	5
2.2 Kvalitet i sykepleien.....	6
2.3 Kunnskapsbasert praksis.....	8
2.4 Virginia Hendersons sykepleieteori.....	10
3.0 Metode.....	12
3.1 Hva er metode.....	12
3.2 Intervju som metode.....	12
3.3 Metodekritikk.....	13
3.4 Vitenskapeteoretisk forståelse.....	14
3.5 Etske overveielser.....	14
3.6 Utvalg og fremgangsmåte.....	15
3.7 Litteratursøk.....	15
4.0 Funn.....	16
4.1 Informantenes syn på KBP som arbeidsmetode.....	16
4.2 Informantene om implementering av KBP.....	18
5.0 Drøfting.....	21
5.1 KBP som arbeidsmetode.....	21
5.2 Implementering av KBP.....	24
6.0 Oppsummering og konklusjon.....	29
7.0 Litteraturliste.....	31

Vedlegg:

- 1.0 Trinnene i KBP
- 2.0 Forskningspyramiden
- 3.0 Skjema for tillatelse til innhenting av data
- 4.0 Informasjonsbrev til informantene
- 5.0 Intervjuguide

1.0 Innledning

Antall ord: 9759

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som ferdigutdannede sykepleiere skal vi sørge for for at den pleien og omsorgen vi gir til pasienten, bygger på kunnskap og kvalitet. Kunnskapsbasert praksis (KBP) er en arbeidsmetode som skal kunne benyttes som et verktøy for å sikre kvaliteten i sykepleie og andre profesjonsyrker. Jeg har i løpet av min studietid hørt om KBP, men jeg vet ikke så mye om hvordan denne arbeidsmetoden fungerer i praksis. Om få måneder er jeg ferdigutdannet og skal ut i arbeid. Jeg er derfor spent på hvordan jeg som fersk sykepleier kan tilegne meg sikker kunnskap og hvordan jeg skal bruke kunnskapen i praksis. Er KBP en metode jeg burde bruke som kvalitetssikring av mitt arbeid. Sikrer KBP kvalitet og er den til det beste for pasienten? Hvordan blir den tatt imot av sykepleierne og hvordan kan man implementere den som arbeidsmetode? Hva er hindringene og motivasjonsfaktorene som oppstår når sykepleierne skal ta i bruk denne metoden. Jeg håper at arbeidet med denne oppgaven kan bidra til at jeg får svar på mine spørsmål om kunnskapsbasert praksis.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Min valgte problemstilling er:

”Hvordan fungerer kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode og hvordan kan den implementeres i sykepleierens arbeidshverdag?”

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er at jeg ved å intervju sykepleiere som har erfaring med KBP og ved hjelp av litteratur om temaet, oppnår større innsikt og forståelse i hva kunnskapsbasert praksis egentlig er, og hvordan denne arbeidsmetoden kan benyttes i praksis.

1.4 Min førforståelse

I forbindelse med oppgaveskrivingen har jeg lest en del om KBP og også fått en egen forståelse rundt temaet. Slik jeg forstår det, er bruk av forskning i sykepleien noe som får mer fokus og i større grad enn før blir dratt frem som viktig for sikre kvalitet, effektivitet og utvikling i vår praksis. Under min studietid har jeg lært å fokusere på den helhetlige pleien og omsorgen. At sykepleie består like mye av moralske verdier, skjønn og erfaring som av

teoretisk og forskningsbasert kunnskap. Jeg har derfor en forståelse av KBP, som et tiltak for bruk av forskning i arbeidshverdagen til sykepleiere, i tillegg til at man skal ta pasientens, kollegers og egen erfaring med for å øke kvaliteten i faget. Jeg ser på KBP som i utgangspunktet en god metode, men som en metode som ikke riktig ennå har funnet sin plass blandt sykepleiere og deres praksis.

1.5 Oppgavens avgrensning

KBP er en metode som er ment å kunne benyttes av sykepleiere, leger, fysioterapeuter og andre helsearbeidere i både psykiatrien og i somatikken. I denne oppgaven har jeg valgt informanter som alle enten er eller har vært sykepleiere i somatikken. Teori, funn og drøfting er derfor relatert til sykepleiere ved somatiske sykehusavdelinger.

1.6 Oppgavens disposisjon

Jeg har valgt å dele oppgaven inn i seks hoveddeler. Innledning, teori, metode, funn, drøfting og konklusjon. I teoridelen belyser jeg den teorien jeg mener er aktuell i forhold til problemstillingen. Jeg vil gå litt nærmere inn på kunnskap og kvalitet i sykepleien, før jeg presenterer kunnskapsbasert praksis og Virginia Hendersons sykepleieteori. Deretter presenterer jeg intervju som metode i del tre. Funn fra intervjuene vil jeg legge fram i den fjerde delen. Jeg har valgt å dele funnene opp i to hovedfunn. I del fem drøfter jeg funnene i samme rekkefølge og drøftingen vil bygge på teori, funn og problemstillingen. Tilslutt vil jeg oppsummere de viktigste punktene og utifra dette forsøke å konkludere ved å gi et svar på problemstillingen.

2.0 Teori

2.1 Kunnskap i sykepleien

Kunnskap kommer fra en rekke kilder, og hvilken kunnskap som er sikker og hvilken som er riktig, hører hjemme i filosofenes læren om kunnskap - epistemologien. Kunnskap kan kategoriseres i en rekke ulike grupper. Den greske filosofen Aristoteles delte kunnskapen i i tre ulike typer. Den ene typen er *episteme*, eller påstandskunnskap. Det er den kunnskapen som er vitenskaplig og teoretisk basert. Den andre typen kunnskap er *tecne*, som er ferdighetskunnskapen, kunnskap og ferdigheter til å utføre en handling riktig. Den tredje typen kunnskap er *fronensis*. Denne kunnskapstypen innebærer det moralske, nemlig kunnskap til å handle moralsk riktig. Denne inndelingen har mye til felles med KBP og kan bidra til en forståelse av hva slags kunnskap sykepleie består av, da disse tre kunnskapsformene virker sammen i sykepleieutøvelsen (Mekki og Tollefsen, 2002).

Aadland (2004) velger å dele kunnskap opp fire hoved typer. Disse fire kunnskapstypene har nokså like trekk med Aristoteles kunnskaps inndeling, men Aadland har valgt å legge til en form for kunnskap som blir farget av egen presepsjon og tolkning. Det er som er objektivt og absolutt sant, uavhengig av hvem som påstår den, kaller han for påstandskunnskap. Fortrolighetskunnskap er den tredje typen kunnskap, som Aadland mener viser seg som erfaringsbasert, praktisk, taus, kroppslig og relasjonell kunnskap. Den fjerde typen kunnskap i Aadlands inndeling er den moralske, estetiske og religiøse kunnskapen. Aadland vektlegger at alle kunnskapstypene er like viktige.

En utelatelse av taus kunnskap, kroppslig kunnskap, moralsk og religiøs kunnskap til fordel for en rasjonell og instrumentalistisk tilnærming, ville avkorte og redusere yrkesutøverens område for refleksjon og teoriutvikling. Det mellommenneskelige samspillet ville blitt bundet fast i en tvangstrøye av fornuft og mekanikk, sier Einar Aadland (2004:93).

Videre sier Aadland (2004) at det er viktig og forstå at dersom den tause, moralske og fortrolige kunnskapen vektlegges i for stor grad, vil praksis kunne fremstå som diffus og mystisk. Kunnskap basert på erfaring er like god som nedskrevet kunnskap og begge er nødvendige for at kunnskapen skal bli helhetlig.

I sykepleien veves ulike oppgaver inn i hverandre. I tillegg til omsorgsoppgaver som stell og pleie må vi også følge nøye med på pasientens tilstand og bruke vårt kliniske blikk til å raskt observere endringer i pasientens situasjon. Våre vurderinger kan direkte påvirke den medisinske behandlingen. Det er da viktig at sykepleierne er kompetente og innehar kunnskap om både den enkeltes pasients historie og tilstand at vi har erfaringen som må til, i tillegg til kunnskap om pleie og medisinskfaglige tiltak. Dette er en helhetlig kunnskap som må til i et så komplekst yrke som sykepleie (Ekeli, 2005). Sykepleie er et fag hvor kunnskapen kan være vanskelig og plassere i en bestemt retning fordi den består av både naturvitenskaplige og humanistiske tradisjoner. I tillegg er den relasjonelle kunnskapen viktig i sykepleie fordi arbeidet er rettet mot mennesker. (Gran , 2012).

I følge rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008), skal ferdigutdannende sykepleiere ha kunnskap om menneskesyn, etikk, medisinsk vitenskap, kommunikasjon, samfunn og politikk. Kompetanse til å benytte forskning skal også være en del av den sykepleiefaglige kunnskapen. Dette krever at sykepleierne har ulike kunnskaper fra en rekke ulike områder og kilder. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (ICN, 2011), sier også at sykepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. I tillegg skal sykepleieren holde seg oppdatert på fag og forskningsfronten og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Dette er en kunnskapsinndeling vi vil kjenne igjen i kunnskapsmodellen som KBP består av.

2.2 Kvalitet i sykepleien

Kvalitet omhandler det som kan defineres positivt og beskriver at noe er godt. Hva som er kvalitet, avhenger av en rekke ulike faktorer som personlige oppfatninger, omgivelsenes forventninger og de aksepterte normene for kvalitet (Jakobsen, 2006). For pasienter, brukere og pårørende er god kvalitet i helsetjenestene viktig. Myndigheten har i nasjonal helse - og omsorgsplan (St.meld nr. 16 (2010-2011)), lagt vekt på at kvalitet i helsetjenestene bygger på sikkerhet, trygghet og kontinuitet. Den må også være virkningsfull, kunnskapsbasert og bygge på en god utnyttelse av ressurser og involvering fra brukerne. Videre forutsetninger for kvalitet er nyskaping i tjeneste og utdanning og forskning av høy kvalitet. Relevans, god ledelse, utvikling av kompetanse, samspill mellom tjenestene, tilrettelagte løsninger og innovasjon er også viktig forutsetninger for kvalitet. Som bruker eller pasient forventer man at den behandlingen og pleien man får er av best mulig kvalitet. Sykepleiere har derfor et stort ansvar for å møte disse forventningene.

Jakobsen (2006), mener at det kan være problematisk å avgjøre hva som god kvalitet i sykepleietjenesten, fordi sykepleirenes virksomhet kan være lite målbar og kvalitetsopplevelsen subjektiv. Som sykepleier anvender man ulike kunnskaper på hver enkelt pasient i hver enkelt situasjon, og det kan være vanskelig og sette ord på og gjøre dette synlig for andre. En forutsetning for kvalitetsutviklingen i sykepleien er at sykepleierne blir mer bevisst sin egen rolle og bedre til å begrunne sine egne vurderinger, handlinger og beslutninger. Det er enighet i fagmiljøet at dette må til for at kvaliteten skal videreutvikles og opprettholdes.

Sykepleiere møter hele tiden en rekke ulike krav fra både pasienter, samfunn og ledelse, og det er derfor viktig at kvalitetsutvikling er innlemmet i sykepleiernes arbeidshverdag. I følge helsepersonelloven (1999), skal helsepersonell imøtekomme de kravene om forsvarlighet og omsorg som kan forventes utifra faglig kvalifikasjoner. Dette kan være krav om effektivitet, økonomi, god omsorg, riktig og trygg behandling og faglig oppdatert kunnskap.

Regjeringen har som mål i helse og omsorgsplanen 2011-2015 (St.meld. nr. 16 (2010-2011)), at helsetjenesten skal ligge i front både medisinsk og teknologisk og det er et mål at tjenesten er helhetlig, sammenhengende og av god kvalitet med høy pasient sikkerhet. Forbygging, behandling, oppfølging, pleie og omsorg skal være basert på mest mulig forskningsbasert kunnskap.

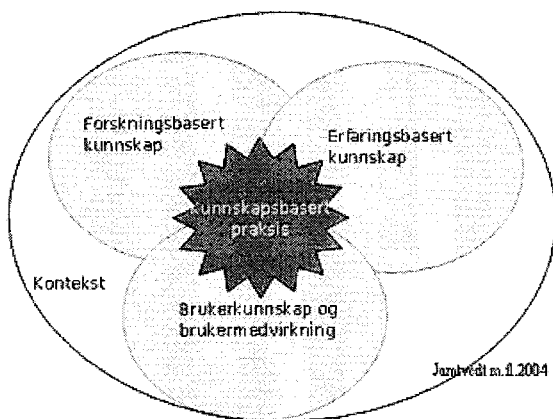
Det forventes at ferdigutdannede sykepleiere skal kunne anvende og ta bruk forskning. Man må kunne lese forskningsrapporter og nyttiggjøre seg av disse i sin yrkesutøvelse og kunne dokumentere, kvalitetssikre og evaluere egen sykepleieutøvelse (Rammeplan for sykepleieutdanningen, 2008). Det er ifølge Jakobsen (2006) lite uenighet om at sykepleiere må kunne begrunne sine arbeidsaktiviteter i større grad enn tilfellet er, dette må til for at kvaliteten opprettholdes og utvikles. Utfordringen er å få en slik type praksis implementert ute i avdelingene. Rita Jakobsen, (2006 :47) sier at, *kvalitetsutvikling handler om å være i en konstant bevegelse mot bedre kvalitet*. Utviklingen mot bedre kvalitet er avhengig av krav fra ulike hold, både sykepleiere, pasienter og samfunnet. Ved at sykepleiere klarer over hva som kreves og forventes av deres rolle og utøvelse, kan kvalitetsutviklingen i faget lettere bli en del av arbeidshverdagen.

2.3 Kunnskapsbasert praksis

I 1991 foreslo legen Gordon Gyatt ved Mc Master University i Hamilton, Canada, at begrepet *evidence-based medicine* burde innføres for å beskrive en metode der forskningsbasert kunnskap skulle benyttes i klinisk praksis. Denne ideen ble fort fanget opp av andre profesjoner, deriblandt i sykepleien. Etterhvert ble begrepet evidensbasert praksis (EBP) et mer dekkende ord for metoden for å vise at den ikke kun var forbeholdt leger (Vandvik, 2009). EBP har som fremgangsmåte å finne, vurdere og anvende vitenskaplig evidens ved utførelse av behandling innen helsessektoren. Målet med EBP er å unngå en ineffektiv, kostbar, uhensiktsmessig og potensiell farlig praksis (Bydam, 2003). I Norge blir evidensbasert praksis ofte oversatt til kunnskapsbasert praksis (Grimen og Terum, 2009) Disse begrepene brukes innenfor sykepleie om hverandre og begge knyttes til forskning og vitenskaplig kunnskap. Intensjonen med KBP er den samme som med EBP, nemlig og gjøre sykepleie mer forskningsbasert (Ekeli, 2005).

I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar (2011) krever KBP mer enn forskningsbasert kunnskap. I KBP må den forskningbaserte kunnskapen integreres med sykepleierens erfaringsbaserte kunnskap og pasientens kunnskap. Å forstå og ta i betraktning konteksten rundt situasjonen er også en forutsetning for at sykepleien skal bli optimal. Det krever en reflektert og skjønnsom bruk av de ulike kunnskapskildene for at det kan kalles kunnskapsbasert praksis. KBP innebærer at fagutøvere holder seg oppdatert og bruker ulike kunnskapskilder i sin praksis.

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen, sier Monica Nortvedt et.al (2011:15).



KBP kan sees på som et verktøy i prosessen med å kvalitetsforbedere praksis. De ulike kildene for kunnskap i KBP kan illustreres ved en modell som viser hvordan tre kilder for kunnskap sammen utgjør KBP. Disse tre kildene for kunnskap, illustrert med sirkler, skal ifølge modellen ha like stor betydning i KBP. *Erfaringsbasert kunnskap*, er den tilegnede

erfaringen og kunnskapen, eller det kliniske blikk som den også kalles. Det er det håndlaget som vil tilegnes over tid. Dette er en hjørnestein i sykepleiefaget og erverves gjennom å praktisere (Nortvedt et.al,2011).*Brukermedvirkning* eller *pasienterfaring* bygger på pasientens syn, meninger og erfaring. Dette skal tas i betraktning når beslutninger om pasientens situasjon skal fattes. Prosedyrer og handlinger skal gjennomføres i samråd med pasientens ønsker og behov og skal gi pasienten gode forutsetninger og mulighet til å ta vare på seg selv (Nortvedt et.al.). Den *forskingsbaserte kunnskapen* skal I følge Nortvedt et.al, er rettet mot bestemte anvendelser og gjøremål. Denne forskningen skal fungere som en veiviser for praksis- og pasientnære situasjoner. Den er også viktig i utøvelsen av praktisk og klinisk sykepleie. Dette forutsetter at sykepleieren har kompetanse til og finne, vurdere og benytte aktuell og oppdatert forskning. Rundt disse tre kunnskapskildene vil man se en større sirkel som utgjør *konteksten* rundt. Denne konteksten består av det miljøet og settingen som KBP skal benyttes i. Det kan være kultur, ressurser, etikk, forståelsesramme og politikk. Denne konteksten vil påvirke de tre ulike kunnskapskildene og bidra til at det oppstår ulike beslutninger og prioriteringer i ulike praksiser og settinger.

KBP er en prosess som i følge Nortvedt et. al. (2011), kan følges trinnvis når man skal gå frem for å bruke og arbeide på en kunnskapsbasert måte.(Vedlegg 1.0) Man starter med å reflektere og erkjenne et informasjonsbehov. Utifra dette former man et spørsmål som man søker svar på ved å lete i forskningslitteratur. Litteratursøket gjøres kan gjøres i Helsebiblioteket som er et nasjonalt elektronisk bibliotek med tilgang til forskningsbasert kunnskap for helsepersonell. Når man har fått treff på sitt søk, må man kritisk kvalitetsvurdere de ulike treffene. Dette kan gjøres ved å plassere forskningen i en pyramide.(Vedlegg 2.0) Denne pyramiden beskrives av Haynes (2007), som S- pyramiden. Dette er en pyramide som systematiserer forskningen inn etter kvalitetsvurdering. Den forskningen som ligger høyt opp i pyramiden ansees som den med høyest kvalitet. Her ligger retningslinjer, randomiserte

studier, oversiktstudier og oppslagsverk. I bunn av pyramiden ligger forskning som av lavere kvalitet, som forskning basert på primærstudier og originale journalartikler (Haynes, 2007).

Når man har funnet frem og kvalitetsvurdert forskningen man ønsker å benytte seg av, skal man forsøke å anvende denne forskningen i praksis. Dette er i følge Nortvedt et. al (2011), ikke alltid like enkelt. Det bør heller ikke være automatisk at all ny og oppdatert forskning settes ut i praksis. Forskningen skal kunne integreres med erfaringskunnskap, pasientens erfaringer og konteksten rundt. Når et nytt tiltak eller prosedyre er utført blir evaluering det siste trinnet. Det er nå man skal spørre seg selv om man jobber kunnskapsbasert? Man må både evaluere det som skjer i praksis og så sammenligne dette med en standard som for eksempel faglig retningslinjer.

2.4 Virginia Hendersons sykepleieteori

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Hendersons sykepleieteori. Hennes teori har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i store deler av verden og flere av de senere års teorier bygger på Hendersons arbeid. Hennes teori beskriver hva som er sykepleierens særegne funksjon og ansvarsområde. Henderson har sammenfattet dette i en nokså presis definisjon i sin publikasjon *Sykepleiens grunnleggende prinsipper* fra 1961: Henderson (sitert i Kirkevold s. 101) formulerer sykepleierens funksjon slik;

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til fredfull død), noe som han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.

Med dette fremhever Henderson tre verdier som er vesentlige for hennes syn på sykepleie. For det første er noen gjøremål nødvendige for helse, helbredelse og en fredfull død. For det andre, er personer normalt sett aktive og selvstendige forhold til disse gjøremålene. For det tredje er målet for sykepleie å gjenvinne selvstendighet for pasienten, eller en fredfull død, når døden ikke kan unngås (Kirkevold, 1998). Denne definisjonen har stor betydning for forståelsen av sykepleierens arbeid og hennes teori er nok fortsatt like aktuell idag (Heggdal, 2006).

Henderson mener at helse er mer en fravær av sykdom. Sykepleieren har ansvar for å bidra til at pasientens liv i tillegg til de grunnleggende behovene også inneholder behov som atspredelse, samvær med andre og meningsfull sysselsetting. Hun gir eksempler på tiltak i forhold til de

ulike behovene. Dette er tiltak som er satt igang av sykepleieren selv, lege eller andre helsearbeidere, men hun understreker sykepleieren må være oppfinnsom i sine tiltak og at pasientenes oppfatning hele tiden skal ligge til grunne (Kirkevold,2009). Sykepleieren må i visse tilfeller ta avgjørelser på vegne av pasienten, men pasientens ressurser og behov skal være styrende for sykepleierens valg (Mekki & Tollefesen, 2002).

Sykepleieren må i følge Henderson, gjøre sitt ytterste for å forstå pasientens opplevde behov. Hun vektlegger både en naturvitenskaplig og humanistisk fortolket tilnærming og hun benytter seg både av vitenskaplig kunnskap både fra naturvitenskapene og samfunnsvitenskapene i sin underbygging av sykepleiens funksjon (Kirkevold,2009). Som sykepleier mener Henderson at man har et ubegrenset behov for kunnskap innen både biologien og de sosiale fagområdene og ferdighetene (Mekki & Tollefesen, 2002).

Det er mange år siden Henderson utarbeidet sin teori og mye er forandret nå, men hennes teori er fortsatt relevant. Jeg mener hennes teori er aktuell for min oppgave fordi den kan fungere som en ramme når en skal se på sykepleierens funksjon og rolle i forhold til pasienten. Hun viser ved sin teori at hun vektlegger en helhetlig sykepleie der både det helhetlige menneskesynet, hensyn og respekt for pasienten og kunnskap fra både samfunns - og natur vitenskapen er viktig i sykepleietfaget. Dette synet finner jeg også igjen i de ulike kunnskapskildene KBP modellen bygger på.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Metode er i følge Dalland (2007) det redskapet vi velger og benytte oss av når vi ønsker å undersøke noe. Metoden hjelper oss til å få den informasjonen vi trenger til vår undersøkelse og forskning. Den metoden vi velger å benytte oss av i innsamling av data velges fordi den gir best mulig utgangspunkt for gode data og en faglig interessant måte å belyse spørsmålet vårt på. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller man gjerne mellom *kvantitativt* og *kvalitative* orienterte metoder. Begge disse metodene forsøker å bidra til større forståelse av samfunnet vi lever i. Forskjellen mellom kvantitative og kvalitative metoder ligger i måten man samler data på. Hvis man ønsker å gjøre om innsamlet data til målbare enheter, som forenkler prosessen med å finne gjennomsnitt, prosenter og mengder, er kvantitativ metode et godt verktøy. Når man ønsker å gå mer i dybden og fange opp meninger, erfaringer og opplevelser, er kvalitativ metode det beste verktøyet (Dalland, 2007). Det er derfor jeg ønsker å benytte meg av kvalitativ metode i denne oppgaven. Kvalitative data består i motsetning til kvantitative data ofte av færre innsamlede data, men man går dypere inn på hver enkelt data og oppnår derfor også gi oss en større forståelse (Lian, 2005). Hovedformålet til kvalitativ forskning er å skape en forståelse for andre personers sosiale virkelighet og fenomener som er knyttet til dette. Ofte er begrepet livsverden brukt i denne sammenhengen. Dette begrepet egner seg godt fordi fokuserer ikke bare på de forholdene rundt mennesket, men også opplevelsen (Dalen, 2011). Forskeren må forsøke å få en innsikt i andre personers livsverden og livssituasjon, men forskeren må selv også være oppmerksom på at egen kunnskap, erfaringer og valgt tilnærming vil være med på og påvirke denne innsikten. Når man benytter seg av kvalitativ metode ønsker man å få frem en helhetlig sammenheng, hvor forskeren erkjenner sin deltakelse og påvirkning (Dalland, 2007).

3.2 Kvalitativt intervju som metode

For å svar på min problemstilling ønsker jeg i denne oppgaven å benytte meg av kvalitativ metode med intervju. Kvalitativ metode som fremgangsmåte vil hjelpe meg i å få innsikt i hvordan sykepleiere kan benytte seg av kunnskapsbasert praksis i sin arbeidshverdag. Et kvalitativt intervju har som mål samle inn kunnskap som kommer til uttrykk gjennom vanlig språk og forsøker å ikke kvantifisere (Dalland, 2007).

Formålet med et intervju er å fremskaffe fyldig og beskrivende om hvordan andre mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon. Et kvalitativt intervju er spesielt godt egnet til å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser sier Monica Dalen (2011:14).

Intervjuet forsøker å beskrive og forstå sentrale og nyanserte sider ved intervjupersonens situasjon. Det er derfor viktig og stille utfyllende spørsmål som kan gi presise beskrivelser av opplevelser, følelser og handlinger (Dalland, 2007). Jeg har benyttet meg av en intervjuguide med ti spørsmål knyttet til deres syn på KBP og hvordan de tenker at KBP skal bli en benyttet arbeidsmetode ute i avdelingen. Jeg lot hver informant og gangen i intervjuet være med på forme de ulike spørsmålene jeg hadde, men alle de tre intervjuene hadde allikevel samme hovedfokus. Hvis jeg følte at jeg manglet informasjon på et området stilte jeg spørsmål utifra det. Ved å bruke kvalitativt intervju som verktøy, fikk jeg innsikt i og forståelse for hvilket syn informantene har på KBP og hvordan de ser for seg at dette skal fungere i praksis. Jeg fikk en annen nærhet og innsikt i de dataene jeg samler inn i forhold til hva jeg ville fått med et rent litteraturstudie.

3.3 Metodekritikk

Med intervju som metode kreves det at man forsøker å gi et mest mulig reelt bilde av hvordan man har gått frem, hvordan dette foregikk og hva som kan ha påvirket resultatet av intervjuet (Dalland, 2007). Jeg har i denne oppgaven valgt å intervju tre personer. Disse tre er ikke tilfeldig valgt ut. De er valgt på grunn av deres befatning med KBP. Tre informanter er ganske få og flere informanter ville kanskje gitt meg fyldigere og rikere data. I forhold til oppgavens omfang og størrelse føler jeg allikevel at disse disse tre intervjuene ga meg nok data og informasjon i forhold til å svare på problemstillingen. Fordi denne oppgaven har en kvalitativ tilnærming fikk jeg også mulighet til å gå i dybden og stille utfyllende spørsmål der jeg følte at det var nødvendig. Alle jeg har intervjuet er nok ildsjeler og veldig interessert i at KBP skal benyttes ute i avdelingene og jeg er klar over at disse informantene alle har et nokså likt syn og meninger om temaet. Dette kan da føre til at informantenes utgangspunkt er nokså likt og at funnene også bærer preg av dette. Dette er også første gangen jeg har benyttet meg av intervju som metode i en oppgave og jeg er derfor utrent i både intervjuprosessen og etterarbeidet. Dette kan ha påvirket både tolkningen og resultatet av arbeidet og jeg kan ha oversett informasjon eller mistolket funn .

3.4 Vitenskapsteoretisk fortolkning

En kvalitativ tilnærming med intervju vil komme innunder fortolkende teorier som hermeneutikken og fenomenologien (Blystad, 2005). I denne oppgaven vil jeg ha en hermeneutisk teoretisk tilnærming. Hermeneutikken er en fortolkningsvitenskap som til forskjell fra naturvitenskapen krever andre metoder når fordi man ønsker å forklare kultur, menneskelig handling og sosialt liv. Man skal forsøke å forstå hvem den andre er og dybden og dimensjonene ved den andres eksistens (Aadland, 2004).

Siden jeg i denne oppgaven ønsker å finne ut av hvordan sykepleiere kan benytte seg av kunnskapsbasert praksis i sitt arbeidet, er jeg interessert i få kunnskap om deres tanker, meninger og syn om kunnskapsbasert praksis. For å oppnå dette, benytter jeg meg av en hermeneutisk tilnærming når jeg fortolker data jeg samler inn under intervjuet. Hermeneutikken kommer til syne ved at jeg ønsker å inkludere informantenes syn og meninger om kunnskapsbasert praksis og det er derfor deres egen oppfatning som er sentral. Finner jeg noen skjult informasjon om hvordan sykepleierne oppfatter og forstår KBP?

Når vi intervjuer, er jeg mitt eget sanseinstrument og det er gjennom våre egne sanser jeg mottar og tolker intervjupersonens budskap. Det er derfor viktig at jeg er bevisst mine egne tanker og forståelse før jeg utfører intervjuer (Dalland, 2007). Hvordan jeg selv forstår og hvilke tanker jeg har rundt KBP vil også påvirke fortolkningen av intervjumaterialet. Ved å være bevisst sin egen førforståelse kan man også gjøres mer sensitiv og åpne for å se muligheter for teoriutvikling i eget intervjumateriale. Det er dette som er den hermeneutiske fortolkningstilnærmingen, nemlig det og sette budskapet inn i en helhet, man vi da finne en dypere mening og sammenheng. (Dalen, 2011).

3.5 Ethiske overveielser

I følge Slettebø (2008) er det hensynet til individet som går foran hensynet og nytten av forskningen. Dette er noe jeg hele tiden har hatt i bakhodet når jeg har arbeidet med denne oppgaven. Hvordan behandler jeg informantene? Hvordan blir de berørt av denne oppgaven? Blir de utsatt for sosiale kostnader og er det positivt for dem og være med i en slik oppgave? Klarer jeg og ivareta informantene og informasjonen jeg får fra dem på en slik måte at de føler seg ivaretatt og rettferdig behandlet? Dette er spørsmål det i følge Dalland (2007) er viktig og repetere og gå igjennom når du arbeider med en oppgave som bygger på intervju som metode. Konfidalitet og vern av person opplysninger er noe jeg har tatt hensyn til ved å

ikke referere til informantenes navn, yrkestittel eller arbeidssted og ifølge Slettebø (2008) er det et senralt og viktig del av forskningsetikken. Jeg har på forhånd gitt alle informantene et skriv, hvor de har fått informasjon rundt oppgaven. Dette skrivet har fungert som frivillig, informert samtykket ved at informantene har signert. I tillegg har deres ledere fått et skjema med min veileders underskrift, hvor hun godkjenner min metode til innhenting av data og hvor lederne undertegner og dermed samtykker. Det er viktig og følge de forskningsetiske normene når man gjør studentarbeid fordi man derfor ivaretar respekt, autonomi og retten delaktighet i beslutninger i eget liv (Slettebø, 2008). Jeg har i mine møter med informantene gitt god informasjon om oppgaven og hensikten med den. Jeg har lagt vekt på at dette er frivillig og forsikret meg om at de synes det var greit å bli intervjuet og fortalt dem hvordan jeg behandler intervjumaterialet. Jeg har også tilbudt dem muligheten til å lese intervjumaterialet og at de også vil få mulighet til å lese den ferdige oppgaven hvis de ønsker det.

3.6 Utvalg og fremgangsmåte

Jeg valgte informanter til oppgaven på bakgrunn av en videreutdanning i KBP som akkurat er avsluttet. Jeg fikk kontakt med disse ved hjelp av min veileder som hadde kjennskap til denne videreutdanningen. Jeg valgte å intervju to sykepleiere som er ansatt ved to forskjellige somatiske sengeposter som har tatt videreutdanningen. Den tredje infomanten er tidligere sykepleier men jobber med nå med videreutdanningen i KBP. Jeg kontaktet informantene og deres ledere per telefon og fikk deretter signert informasjonsark og samtykkeerklæring, før jeg gikk igang med intervjuene. Jeg benyttet meg av båndopptaker under intervjuene og har i transkribert disse opptakene.

3.7 Litteratursøk

Jeg har søkt etter forskning og litteratur i Bibsys, Scopus og helsebiblioteket. Jeg har brukt søkeord som *Evidence based practice*, *evidence based nursing*, *implementation* og *kunnskapsbasert sykepleie*. Jeg har kun benyttet meg av artikler og forskningsartikler som er ti år eller nyere. Jeg har benyttet meg av bøker som er både selvalgt og fra pensum. Jeg har også benyttet meg av offentlige dokumenter og nettsider som jeg mener er relevante for oppgaven.

4.0 Funn

4.1 Informantenes syn på KBP som arbeidsmetode

Alle tre informantene som er intervjuet er positive til KBP ved spørsmål om dette. De har stor tro på at dette er fremtidens sykepleie. De legger alle vekt på at forskning er en viktig del av sykepleien og burde vektlegges i større grad på grunn av samfunnets og sykepleiefagets utvikling. De mener at utviklingen av faget og forskningen går fort og det er viktig at man klarer å følge med på dette, slik at man kan sikre pasienten best mulig behandling. Alle informantene legger mest vekt på utførelse av prosedyrer og ulike behandlingsmetoder når de snakker om KBP.

”Utviklingen går så fort på så mange felter og jeg tror derfor at det veldig viktig at man følger med på forskningen og det nyeste innen faget, og når det så er enkelt å få tilgang til denne informasjonene synes jeg at vi bør benytte den”

I følge informantene mener de også pasientene har større tilgang på informasjon enn tidligere, mye på grunn av internett. Pasientene kan derfor veldig mye om sine diagnoser og situasjon. I tillegg krever pasientene at den behandlingen de får, er den beste behandlingen. Informantene mener derfor det er viktig at man som sykepleier har god kunnskap og er oppdatert slik at man kan møte pasienten på en kvalitetsmessig god måte. Og at dette vil føre til større trygghet både for pasient og sykepleier.

”Pasientene er mer opplyst og oppdatert nå, de har jo også tilgang til forskning og artikler. Da er det viktig å kunne være på et kunnskapsnivå, slik at man slipper å møte pasienten som en fjomp og ikke vite det de vet.....”

”alle ønsker jo å gjøre det riktig i jobben sin, og sykepleierne ønsker å vite at det man gjør med pasienten er riktig.....”

Kvaliteten på sykepleien vil i følge informantene kunne forbedres ved at man benytter KBP som arbeidsmetode. De mener at arbeidet bli mer samordnet og det vil føre til færre variasjoner innen de samme arbeidsmetodene. Man unngår å gjøre ting av gammel vane og man kan faglig begrunne sine arbeidsmetoder både for kollegaer, pårørende og pasientene.

”Jeg tror pasientene vil føle seg tryggere når vi kan begrunne hva vi gjør og vi at vi gjør ting på samme måte og unngår for mye variasjoner”

”Jeg tror det blir enklere hvis vi vet at alle gjør det likt, at vi kan begrunne....at vi vet hvorfor vi gjør det vi gjør og ikke gjør ting bare fordi den garva sykepleieren som har jobbet her i alle år sa vi skulle gjøre.”

Informantene sier også at KBP kan føre til at sykepleierne kan bli mer reflekterte og kritiske til sine arbeidsmetoder. KBP kan være en innfallspport til et større miljø for diskusjon og fagutvikling på avdelingene, ved at sykepleierne blir mer kritiske til eget og andres arbeide. KBP kan skape en trygghet slik at man faktisk tør og stå frem med ting man er usikker på.

”Man må i større grad presentere for hverandre gode metoder og prosedyrer som man vet er kunnskapsbasert.”

Det handler om å få til sånne små drypp som kan starte en diskusjon, at man våger å være usikker på hvordan man har gjort det.”

Informantene mener det er viktig å sikre kvaliteten på sykepleien og at de har stor tro på KBP som et viktig verktøy i denne kvalitetsforbedringen. De ser at sykeleiefaget er under endring. Ny teknologi og forskning fører til at man må være oppdatert og inneha den kunnskapen som er nødvendig for å følge med i utviklingen.

På spørsmål om hvordan informantene ser på KBP i forhold til arbeidshverdagen sier en av informantene:

”Jeg var jo litt skeptisk i begynnelsen, men etterhvert som jeg lærte om dette, så skjønner jeg ikke hvorfor vi ikke har lært dette før og hvorfor ikke alle kan dette. Vi kommer til å få masse nytte av det og vi burde alle kunne dette”

Når jeg spør informantene om hvordan de ulike kunnskapskildene blir benyttet i KBP, svarer alle informantene at de ulike kunnskapskildene burde være likestilt og benyttet i like stor grad. To av informantene sier allikevel at pasient/brukerkunnskapen stilles litt i skyggen av den forskningsbaserte kunnskapen.

”Jeg tror nok pasienterfaringen ofte blir tilbakeholdt i enkelte situasjoner eller prosedyrer, enkelte pasienter vet jo også ikke helt hva ting går ut på...”

Alle informantene legger vekt på de ulike kunnskapskildene må integreres med hverandre. Både sykepleiernes erfaringskunnskap, pasienterfaringer og forskningskunnskapen må benyttes sammen og i samsvar med hverandre. Den ene informanten legger vekt på at

hensynet til pasienten og pasientkunnskapen må løftes frem og være i fokus, men at det er en lang vei og gå og det krever mye før dette er realitet. Når man benytter KBP krever det at pasientene får god informasjon slik at de kan være med å ta beslutninger og valg.

”Pasienten må løftes frem og orienteres om hva slags muligheter som er der. Kan pasienten få et reelt valg? Du må ha ganske stor grad av informasjon til pasienten for at man kan velge mellom de ene eller det andre”

Informantene er alle veldig positive til bruk av forskning og hvordan dette kan sikre god og oppdatert pasientomsorg og behandling. Det var for meg litt overraskende at de overhodet ikke virket kritiske til KBP som arbeidsmetode. KBP er noe som er nokså nytt for to av informantene, da de akkurat har avsluttet sin videreutdanning i KBP så det kan hende at dette er et aspekt som kommer etterhvert som det blir en mer utprøvd og benyttet arbeidsform. Den ene informanten jobber fulltid med KBP og er en pådriver for at dette skal bli en benyttet arbeidsmetode. Hun fokuserer derfor kanskje mest på fordelene med KBP og ikke eventuelle ulemper.

4.2 Informantene om implementering av KBP

For at KBP kan tas i bruk og benyttes av sykepleierne ute i avdelingene, legger alle informantene vekt på at det må skje ved hjelp av små skritt og god opplæring, slik at ingen føler seg overvelmet. Informantene tror at det kan ta tid og ikke bare bli enkelt å få KBP til å bli en utstrakt arbeidsform blandt sykepleierne. De tror mange vil vegre seg og være litt skeptiske i begynnelsen, men informantene forteller også at når deres sykepleiekollegaer får mer informasjon om KBP så er det mange som virker positive og nysgjerrige.

”Jeg tror nok det er stor forskjell på de ansatte. Jeg ser nok for meg at noen vil stille seg på bakkben og virkelig si at det her har de ingen tro på. Men når vi fortalte våre kollegaer hva det handler om er det faktisk mange som er positive”

Noen vil i følge informantene tro at dette er noe svært omfattende og tidkrevende arbeidsform som vil gjøre en hardt presset arbeidsdag ennå verre. Andre vil være skeptiske til det å benytte seg av internett og databaser, mens noen ifølge informantene vil synes det å lese forskning på engelsk kan bli vanskelig.

”Mange synes det å lese engelske artikler er vanskelig, men interessen er økende og folk er nysgjerrige.”

”Jeg tror nok vi blir møtt med de klassiske spørsmålene om tid og betaling, det tenkte jo jeg også når jeg begynte med dette.....selv om det tar tid skal dette ikke være noe spørsmål om vi får penger for dette. Det får vi jo, det skal jo være en del av arbeidsformen vår.”

Informantene sier også at kulturendring er noe som må til og at det må jobbes med tiltak som får folk lyst til å benytte KBP i sin arbeidshverdag.

”Noen mennesker har alltid motstand mot det som er nytt, noen fordi de tror det skal føre til mer arbeid for dem, og noen fordi de generellt ikke liker forandring. Det er det her med kulturendring som er den største utfordringen. Vi må jobbe med å motivere folk. Vi må gi folk lyst til å til å gjøre det beste for å si det sånn”.

På spørsmål på hvordan de har tenkt å introdusere KBP på deres avdelinga og hva som blir deres rolle i dette, svarer informantene at de med sin videreutdanning i KBP, skal fungere som ressurspersoner og mentorer for KBP på sine avdelinger. De vil ved hjelp av kursing og fagmøter undervise sine kollegaer i KBP. De vil introdusere Helsebibliteket og komme med eksempler på hvordan man kan lete frem og benytte kvalitetsvurdert forskning.

Alle informantene mener at de må gå sakte fram og introdusere KBP på en slik måte at kollegaene får tid til og reflektere og lære seg denne arbeidsmetoden.

”Det er klart at det her med tid, det med ressurser i forhold til tid, det er et stort problem i hverdagen, det vet vi alle sammen. Men jeg tror man må prøve å tilpasse det den daglige virksomheten”

En av informantene svarer på spørsmål om deres rolle i avdelingene fremover at ledelsen ikke er med på denne planleggingen og det derfor er opp til henne og en annen kollega med KBP videreutdanningen og planlegge hvordan de skal gå frem.

”Ja...det er jo litt sånn.....,en liten glipp fra ledelsen tror jeg, hvordan de har planlagt at vi skal gjøre dette her. Men jeg og min medstudent tenker at vi skal stå som ressurspersoner og undervise dette videre til våre kollegaer.

Alle informantene sier at de tenker å sette opp en oppslagstavle, hvor sykepleierne på avdelingen kan feste lapper med sine kliniske spørsmål. Disse lappene vil kunne bli brukt som utgangspunkt for refleksjon, diskusjon og søk i forskning og litteratur.

”Vi skal ha en tavle som hvor man skriver opp og reflekterer litt over egen praksis, rett og slett. Hvorfor gjør vi ting slik og hva litteratur, forskning og erfaring sier at vi skal gjøre?”

Informantene nevner at de kan dele kollegaene i mindre grupper som arbeider kunnskapsbasert med et klinisk spørsmål over tid, og etterhvert presentere resultatet til resten av avdelingen og viser hvordan de har gått frem og funnet aktuell forskning.

Informantene som har tatt viderutdanningen i KBP har enda ikke tatt virkelig fatt på arbeidet med å implementer KBP på sine sykehusavdelinger, og det virker derfor enda litt uklart hvordan de skal gjøre dette og at de kanskje er litt uforberedte og alene om ansvaret. Men de virker engasjerte og motiverte til å sette i gang med implementeringsarbeidet.

5.0 Drøfting

5.1 KBP som arbeidsmetode

Hensikten med KBP er som tidligere nevnt å fungere som et kvalitetsforbedringsverktøy. Målet for regjeringens helse og – omsorgsplan (St.meld nr. 16 (2010-2011)), er å bedre kvaliteten på helse og –omsorgstjenestene her i landet. Dette forutsetter at tjenestene som tilbys, bygger mest mulig på forskningsbasert kunnskap og at pasient erfaringer skal få en større plass i kunnskapsgrunnlaget. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og hvis kvaliteten skal sikres i alle deler av helsetjenesten, må kunnskap og retningslinjer være lett tilgjengelig og basert på samme faglig plattform. Da vil praksis i helsetjenesten være kunnskapsbasert.

Informantene i denne oppgaven gir uttrykk for at tryggheten, for både sykepleiere og pasienter vil øke dersom sykepleierne teoretisk kan begrunne de tiltak og metoder de bruker i sin pleie av pasienten. For sykepleieren vil det ha stor betydning å kunne begrunne ovenfor pasienten og pårørende, at deres arbeid har et teoretisk og forskningsbasert grunnlag. At man vet hvorfor man arbeider slik og at det ikke er et resultat av tilfeldigheter og gammel vane. Internett gir pasienter og pårørende enkel tilgang til litteratur og forskning om diagnoser og behandling. Kvaliteten på informasjonen de har tilgang til varierer. Da er det desto viktigere at sykepleierne kan møte pasientene og deres pårørende med kunnskap som er oppdatert og fra kvalitetsvurderte kilder. Det er i følge rammeplanen for sykepleieutdanningen (2008) et mål at sykepleiere skal kunne begrunne sine handlinger ovenfor pasienter utifra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn. Ifølge informantene vil KBP som arbeidsmetode føre til at sykepleierne unngår å gjøre ting av gammel vane og kun basert på erfaringskunnskap. Men at erfaringskunnskapen sammen med forsknings og pasient kunnskapen vil føre til færre variasjoner i praksis. At sykepleiere utfører tiltak og prosedyrer på samme måte og med samme utgangspunkt. Dette vil ifølge informantene også bidra til større trygghet for pasienter og sykepleiere og større faglig kvalitet.

Informantene mener at KBP kan føre til mer kritisk tenkning og refleksjon blandt sykepleierne. Ved å innføre KBP som arbeidsmetode ute i avdelingene vil dette kunne føre til et miljø for diskusjon og fagutvikling. Sykepleierne blir mer kritiske og mer åpne for refleksjon rundt egne og andres arbeidsmetoder. Ifølge Bydam (2003), er det å være kritisk

det samme som å være kvalitetsbevisst, ved at man er istand til å uttrykke en godt gjennomtenkt mening og et godt begrunnet vurdering.

Ifølge St. Meld nr. 16 (2010-2011), skal pasienten i fremtidens helse – og omsorgstjeneste få en tydeligere rolle, hvor de skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet. Når det skal utredes, planlegges og når beslutninger tas, skal pasienten medvirke og syneliggjøres. Pasientrettighetsloven (1999), fastsetter at pasientens meninger skal vektlegges og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. I følge Nortvedt et. al(2011), vil den plassen pasientene har i KBP falle sammen med demokratiseringen i helsevesenet ved at deres syn skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger fattes. Men er pasientens rolle i KBP så fremstående som den utgis for å være?

Alle informantene mener at både den forskningsbaserte, erfaringsbaserte og pasientbaserte kunnskapen, skal ha like stor betydning når man benytter KBP og at ingen kunnskapskilde skal vektlegges mer en de andre. To av informantene mener allikevel at pasientkunnskapen er den kunnskapskilden som kan stå litt i skyggen av den forskningsbaserte kunnskapen og at ikke alle pasientene får informasjon eller mulighet til å kunne forstå og delta i egen behandling. Informantene er allikevel udelt positive til at den forskningsbaserte kunnskapen skal ligge til grunn for utøvelsen av kunnskapsbasert sykepleie.

I følge Gran (2012) er sykepleie et praksisorientert fag, der arbeidet med pasienten og pårørende står i fokus og hvor pasienten legitimerer sykepleiefagets eksistens. Dette er også et syn hun deler med Virginia Henderson som setter pasienten i fokus for sykepleierens arbeid. Sykepleieren må ifølge Henderson gå så langt som mulig for å forstå pasientens opplevde behov og sykepleierens handlinger skal tilpasses pasientens tilstand, preferanser og andre aktuelle faktorer. For å kunne utføre tiltak for å møte pasientens behov må sykepleieren ifølge Henderson å benytte seg av ulike kunnskapskilder. Både humanistiske og naturvitenskaplige kunnskap (Kirkevold, 1998). Pasienten og hans erfaringer skal i følge KBP modellen være en like stor kunnskapskilde som forskning og erfaring.

Som tidligere nevnt mener jeg at evidensbasert sykepleie og kunnskapsbasert praksis er to begreper som benyttes om hverandre. Kim (2006, sitert i Gran s.67 2012), mener allikevel at KBP som begrep benyttes isteden for evidensbasert praksis for å vise at praksis i sykepleien må bygge på mer en begrepet evidens. Ifølge Grimen & Terum (2009) kan det å oversette

evidensbasert til kunnskapsbasert begrunnes med evidensbasert praksis ofte kritiseres for å være reduksjonistisk orientert, men at ingen i utgangspunktet vil være kritiske til at praksis skal være kunnskapsbasert,

Jeg mener at forskningskunnskapen kan synes som mer viktig i KBP modellen og at pasientkunnskap og erfaringskunnskap kanskje kommer i andre rekke. Det er også den forskningsbaserte kunnskapen som er mest fremtredene når informantene snakker om KBP. Selv om Nortvedt et.al (2011) hevder at alle kunnskapskildene har like stor betydning, har beskrivelsen av den forskningsbaserte kunnskapen og forklaringen på hvordan denne kan anvendes absolutt hovedfokuset i deres arbeidsbok for sykepleiere. Nortvedt et. al, mener allikevel at det ikke bør være automatisk at all oppdatert og kvalitetsvurdert forskning settes ut i handling. Det vil være episoder i praksis som ikke lar seg støtte i forskningsbaserte beslutninger.

Nortvedt et al (2011), oppfordrer sykepleiere til å benytte seg av Brian Haynes S-pyramide som hjelpemiddel for å finne frem til den mest mulige kvalitetsvalide forskningen. Det anbefales at man starter høyt oppe i denne pyramiden når man leter etter forskningskilder og at man på denne måten oppnår bedre og kvalitetsvurdert forskningskunnskap enn om du går lengre ned i pyramiden. Men vil man i praksis alltid få svar på sitt spørsmål ved å konsentrere seg kun om oversiktstudier og randomiserte kontrollstudier? Kvalitative enkeltstudier vil også kunne bidra med nyttig og viktig kunnskap som bygger mer på individuelle erfaringer og opplevelser. Hva slags kunnskapskilde som har best evidens og hvilken kunnskap som best svarer på spørsmålet man har, er en egen diskusjon. Jeg synes allikevel sykepleiere burde være klar over dette og ta dette i betraktning når man skal man benytter seg av KBP som metode i praksis. Forskning som bygger på erfaringer, opplevelser og følelser vil kunne oversees, ved at kvalitative primærstudier tilegges nokså lav validitet. Dette er noe sykepleiere må tenke på når man benytter S-pyramiden for å kvalitetsvurdere forskningskunnskap. Den helhetlige og humanistiske sykepleien kan forsvinne litt i skyggen av forskningskunnskapen og plassen den har i KBP, selv om det hevdes at forskningskunnskapen ikke kan tas i bruk uten den erfarings - og pasientbaserte kunnskapen og konteksten rundt. Bydam (2003), mener at ved å ta i bruk evidensbasert forskning i sin praksis vil man ha et positivistisk utgangspunkt for vitenskap. Ved å gi oppslagsverk og systematiske oversikter høy validitet, vil det positivitistiske synet komme ytterligere tilsyne

ved at det som kan måles og telles blir tillagt størst validitet. En hver diskusjon om evidensbasert praksis bør anerkjenne at dominans av enhver forskningsmetode vil kunne føre til en utelukkelse av andre informasjonskilder som er viktige for beslutningsprosessen.

Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack (2004), argumenterer for at kunnskap fra både forskning, praktisk erfaring, pasienter og konteksten rundt, alle er kunnskapskilder som representerer evidens og validitet når man skal benytte seg av KBP. Allikevel har forskningkunnskapen en tendens til å få mer oppmerksomhet enn de andre nevnte kunnskapskildene. Dette samsvarer med min forståelse av KBP modellen, og også med intervju materialet. Informantene fokuserer mest på forskningkunnskapen og to av dem sier jo også at pasientenes erfaring og kunnskap havner litt i skyggen av forskningkunnskapen. Grunnen til dette tror jeg kan være at bevisst bruk av oppdatert forskning kanskje er nokså nytt for mange av sykepleierne og at dette derfor får mer oppmerksomhet. Allikevel mener Rycroft – Malone et. al, at selv om man pusher ut forskningsbasert kunnskap til sykepleiere, vil dette sannsynligvis i utgangspunktet ikke forbedre praksis stor grad. For selv om forskningkunnskapen får mye oppmerksomhet i kunnskapsbasert sykepleie, har denne kunnskapen faktisk en tendens til å miste litt av verdien og betydningen når den blir presentert og skal til å benyttes i praksis, fordi pasient og erfaringkunnskapen sitter dypt hos sykepleierne. Selv om den forskningsbaserte kunnskapen stjeler mye fokus, tror jeg den kan miste litt posisjon og betydning på dens vei fra papiret til praksis. Hvis dette stemmer så er det allikevel kanskje slik at sykepleiefager har et såpass sterkt humanistisk og hermeneutisk grunnlag at selv om det fokuseres mye på den forskningbaserte kunnskapen, vil de andre kunnskapskildene allikevel ikke miste sin betydning i selve praksis.

5.2 Implementering av KBP som arbeidsmetode.

Nasjonal pasientsikkerhetskampanje har ved bruk av Global Trigger Tool kartlagt antall pasientsskader på norskesykehus i 2010. Global Trigger Tool er et standardisert prosedyre for å identifiserer pasientsskader, utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI). I følge Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool (2010), hvor 18 av 19 helseforetak og fem private sykehus leverte inn resultater, fant man ut at 16% av pasient oppholdene førte til minst en skade, mens 8,9 % erfarte skader som førte til forlenget sykehus opphold eller alvorligere konsekvenser. Ved 0,66% av pasientoppholdene døde pasienten av

skader påført under oppholdet. Det vil si at 4732 døde på grunn av pasientskader ved norske sykehus i 2010 (Deilkås, 2011).

Vi har som sykepleiere et stort ansvar for sikkerheten til pasienten ved at våre vurderinger og tiltak direkte påvirker pasienten. Vi skal kunne føle oss sikre på at våre arbeidsmetoder og prosedyrer er til det beste for pasienten. Selv om det ikke alltid handler om liv og død, vil vår pleie og omsorg ha stor betydning for pasientenes og pårørendes følelse av trygget og ivertakelse.

Studier fra USA og Nederland viser at minst 30% - 40% av pasientene ikke mottar pleie som er basert på oppdatert forskning. 20% av pleien de mottar er unødvendig eller direkte skadelig for pasientene (Groel & Wensing, 2004). Dette kan tyde på at helsepersonell, og blandt dem sykepleiere ikke i særlig stor grad implementer og benytter seg av forskning i sitt arbeid. Det er dette jeg ønsker å se nærmere på, nemlig hvordan KBP kan fungere som arbeidsmetode i sykepleiernes arbeidshverdag og hva som skal til for at denne arbeidsformen blir en integrert del av sykepleiernes arbeid?

Informantene i denne oppgaven sier at det er viktig at sykepleiere klarer å holde følge med utviklingen i faget. Forskning oppdateres fortløpende og ny kunnskap er hele tiden med å påvirke sykepleien. En av informantene sier at internett og ulike databaser har ført til større tilgang til forskning og litteratur. Dette bidrar til å gjøre det enklere for sykepleierne å få tilgang til denne kunnskapen. Da er det viktig at man har kompetansen til å benytte seg av denne muligheten, men hvordan har de tenkt at sykepleierne på deres avdelinger skal få denne kompetansen?

De to informantene som har tatt videreutdanningen i KBP forteller deres oppgave etter å ha avsluttet deres videreutdanningen, blir å fungere som ressurspersoner og mentorer i implementeringsarbeidet på deres avdelinger. De vil undervise kollegaer i KBP og forsøke å motivere kollegaene til å benytte seg av denne arbeidsformen. Selv om sykepleierne på avdelingene i følge informantene stort sett virker positive til KBP, betyr ikke dette at det blir en enkel oppgave å implementere KBP som arbeidsmetode. Informantene sier at det alltid finnes noen på en avdeling som vil være skeptiske til KBP. Noen vil tro at dette er en svært komplisert og tidkrevende arbeidsform som vil koste avdelingen både tid og ressurser. I følge to av informantene i denne oppgaven, er en årsak til skepsisen blandt sykepleierne på deres

avdelinger, det å lese engelsk litteratur og forskning. Selv om det finnes mye forskning på norsk, er det meste av artikler og studier internasjonale og dermed skrevet på engelsk. Mange føler at de ikke har gode nok engelskkunnskaper. Jeg tror at dette etterhvert kan bli et mindre problem når flere yngre sykepleiere kommer ut i arbeid, fordi de har et litt annet forhold til engelsk litteratur og språk.

En norsk studie som ser nærmere på operasjonssykepleiere og deres muligheter og begrensninger til å benytte seg av forskning, konkluderer med at selv om de aller fleste sykepleierne i studiet hadde en positiv holdning til forskning finnes det fortsatt en rekke barrierer mot å benytte seg av forskning i deres arbeidshverdag. De største barriererne mot å benytte seg av forskningskunnskap beror seg på at forskningen ikke er tydelig og lett tilgjengelig fra ett å samme sted, at det ikke finnes tid i løpet av arbeidshverdagen til å lese forskning og implementere det i praksis og at det er lite tilgjengelige ressurser og dårlig tilgang på forskningskunnskap. Sykepleierne i dette studiet mener at bedre tilgang til forskningslitteratur, mer tid til å lese og implementere forskning, økt kunnskap om forskning, administrativ og kollegial støtte og oppmuntring, samt ansettelse av egne forskningssykepleiere vil fremme det forskningsbaserte arbeidet på avdelingen (Hommelstad og Ruland, 2004).

Informantene mener at det må en holdnings- og kulturendring til for at KBP skal få større aksept og kan settes ut i praksis. Ved hjelp av god og tilstrekkelig informasjon tror informantene at flere vil fortså meningen med KBP og at derfor flere blir positive og nysgjerrige til arbeidsmetoden.

Cullen og Adams (2012) har laget en modell som de kaller for implementeringsguide. Der legger vekt på at implementeringsarbeidet bør benytte seg av bestemte strategier for å bli vellykket. Selv om KBP får større og større fokus i helsesektoren, er det selve implementeringen som er den utfordrende biten. De mener det er et langt igjen før KBP er en benyttet arbeidsmetode ute blandt sykepleierene. Deres implementeringsguid består av fire steg mot en vellykket implementering. Disse fire stegene er ment som et hjelpemiddel og er beskrevet slik at man kan planlegge implementeringsarbeidet ved bruk av ulike strategier. Det er sykepleierlederne, Cullen og Adams sikter til når de har skrevet denne artikkelen, men selv om informantene i denne oppgaven ikke innehar lederstillinger er deres oppgave som videreutdannede i KBP som å fungere som en type ledere for implementeringsarbeidet på

deres avdelinger. Jeg mener derfor at denne guiden kan være relevant som et eksempel på hvordan de kan jobbe for implementere KBP på sine avdelinger.

Det første trinnet i implementeringsguiden er å lage en strategi for å skape interesse og oppmerksomhet rundt KBP. Dette kan gjøres ved å belyse de positive fordelene ved de forandringer som KBP medfører, som for eksempel økt kollegialt samarbeid, gode resultater og verdier. Informantene sier at de må jobbe mot å gi kollegaene lyst til å jobbe på en kunnskapsbasert måte. At det må vektlegges at denne arbeidsmetoden faktisk forbedrer praksis og derfor både pasientens, pårørendes og pleierens situasjon.

Det andre trinnet i Cullen og Adams implementeringsguide, består av en strategi for å øke kunnskapsnivået og ansvarsfølelsen rundt KBP. Kurs og opplæring kan øke kunnskapsnivået, men det å lære av kollegaer er også en læringmåte som mange sykepleiere foretrekker. Man kan også belyse forskjellen mellom praksis og teori i de arbeidsmetodene som benyttes for å skape en interesse og diskusjon rundt temaet. Informantene mine kommer alle med et forslag til å bruke en prosedyretavle på avdelingen. Denne tavla skal brukes som et utgangspunkt for det kunnskapsbaserte arbeidet ved at man henger opp ulike spørsmål man har rundt prosedyrer og tiltak. De ønsker å bruke disse lappene som utgangspunkt til refleksjon og diskusjon blandt kollegaene. De tenker også dele avdelingen inn i grupper som ved hjelp av søk i litteratur og forskning finner et oppdatert og forskningsbasert svar på de ulike spørsmålene.

Det tredje steget Adam og Cullen (2012) foreslår, består av å implementere og tilpasse praksis til den nye kunnskapen og metodene. Da kan for eksempel noen av sykepleierne gå foran som rollemodeller og mentorer og vise eksempler på hvordan dette kan gjøres. Det er da viktig at ledelse og prosjektansvarlige følger opp og støtter disse sykepleierne slik at deres arbeid blir bekreftet. Et av mine inntrykk etter å ha intervjuet informantene i denne oppgaven, er at selv om de har fullført videreutdanningen i KBP og de nå skal ha ansvaret for at resten av avdelingen blir kjent med å lære seg å benytte KBP, fremstår de som litt uforbredte. En av årsakene til dette kan være at de nylig ble avsluttet med videreutdanningen og ikke har rukket å komme ordentlig igang. En av informantene i denne oppgaven sier at hun opplever det som en glipp fra ledelsen, på spørsmål om hva blir deres rolle på avdelingene fremover. Hun gir uttrykk for at ledelsen ikke helt er med på planleggingen rundt implementeringen av KBP og at hun og hennes medstudent i videreutdanningen selv må planlegge hvordan de skal gå frem.

Cullen og Adams (2012) , mener sykepleierelederen er en nøkkel i implementeringsarbeidet. Ofte blir implemteringsarbeidet overlatt til travle og uforbredte sykepleiereledere. Det er mangel på planlegging og strategier som fører til at implenteringen blir ineffektiv. Informantene mener at det er de som har tatt videreutdanningen i KBP skal fungere som ledere i implementeringsarbeidet. Jeg har forståelse av at dette er en teoretisk en god plan, men at det ikke er sikkert at det blir like enkelt i praksis.Hvis ikke ledelsen ved avdelingene er tilstede og støtter opp rundt deres roller kan det føre til at de føler seg alene og usikre med alt ansvaret.

Det fjerde trinnet i Cullen og Adams (2012) implementeringsguide,omhandler at man fokusere på de forbedringene som har skjedd og vise til eventuelle positive resultater. Hvis pasienter, pårørende, kollegaer er positivt berørt av avdelingens kunnskapsbaserte arbeidsmetode, skal dette løftes frem og settes som eksempel. Det vil føre til motivasjon for å fortsette med en KBP tilnærming og arbeidsform. Cullen og Adams mener videre at man ikke må være for rigid i sin planlegging og utførelse av implenteringsstrategier. Utforming av ulike strategier i implementeringsarbeidet er en dynamisk prosess som hele tiden må evalueres og tilpasses avdelingens situasjon og kontekst.

Informantene vektlegger at introduksjon av KBP som arbeidsmetode må skje ved hjelp av små skritt og en grundig opplæring, slik at kollegaene ikke føler seg overvelmet. Informantene virker engasjerte og motiverte til å sette KBP ut i praksis og har stor tror på at dette vil komme til å bli en velfungerende og effektiv metode. Allikevel mener jeg at de mangler en plan for hvordan de skal gå frem og at dette kanskje kan føre til at implementeringsarbeidet blir tyngre.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Denne oppgaven er avgrenset i omfang og det er derfor områder av KBP som jeg ikke har gått inn på. Det er skrevet og forsket mye rundt dette temaet og jeg tror også at det fremover vil bli ennå mer fokus på KBP. Jeg har derfor kun sett toppen av isfjellet når det gjelder forskning og teori og jeg har kun hatt tre informanter, allikevel føler jeg at jeg har fått et god forståelse i hva KBP er og at jeg har fått belyst min problemstilling. Jeg har fått mye interessant informasjon og meninger om KBP fra mine informanter og litteraturen jeg har valgt å benytte meg av. Jeg har fått kunnskap om hvordan KBP fungerer og hvilke kunnskapskilder den består av. Jeg har fått innblikk i informantenes syn på KBP og hvordan de har tenkt å få KBP til å bli en kjent og benyttet arbeidsmetode blandt sykepleiere i praksis. Jeg har lest mye spennende forskning og sett at det finnes ulike sider ved KBP. Jeg har etter funn i litteraturen valgt å se på KBP og EPB som synonymmer, men noen vil nok være uenige med meg på dette området. Jeg har funnet ut at forskningskunnskapen som på godt og vondt står veldig sterkt i KBP også er den kunnskapskilden som har hovedfokus både i litteraturen og blandt sykepleierne. Men at sykepleiefaget allikevel er så grunnleggende sentrert om pasient og erfaringskunnskap at disse kunnskapskildene allikevel ikke synes å miste sin betydning.

Implementering av KBP blandt sykepleiere er et interessant tema. Jeg har valgt å se på hvilke tanker informantene har rundt dette, for å så sammenlikne det med oppdatert forskning.

Implementeringsarbeidet er komplisert og informantene synes å være klar over dette. De la ikke skjul på at de møtte både motstand og skepsis til KBP blandt kolleger på avdelingene. Det finnes ingen fasit på hvordan man skal introdusere og implementere KBP, men at dette må baseres på de ulike avdelingenes premisser og på grunnlag av god planlegging. Informantene var nok litt uforberedte følte seg nok litt alene om ansvaret og jeg fikk bekreftet mitt inntrykk fra en av informantene om at ledelsen ikke engasjerte seg noe særlig i implementeringsarbeidet. Dette er synd når det i forskningen legges vekt på at ledelsen og god planlegging er sentrale og viktige elementer i implementeringsarbeidet. Informantene er allikevel positive og mener KBP er fremtidens sykepleie. De har tror på at dette kommer til å bli en vanlig arbeidsmetode blandt sykepleiere.

Jeg deler informantenes oppfatningen om KBP som arbeidsmetode og jeg tror nok at dette etterhvert kommer til å bli et kjent og benyttet verktøy i kvalitetsforbedringen av sykepleiefaget. Allikevel har jeg sett at denne, som alle metoder, har sine svakheter og at den

må benyttes på en oppmerksom måte. Dette krever at sykepleiere er kritiske til hvilken kunnskap de benytter seg av i praksis og at pasientens beste hele tiden er målet med arbeidet.

7.0 Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Aadland E. (2004) *"Og eg ser på deg ..."* Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Ekeli V. B. (2005) Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I: Foss C. & Ellefsen B. (Red.) (2005) *Helsetjenesteforskning: perspektiver, metoder og muligheter* Oslo: Universitetsforlaget AS
- Heggdal, K. (2006) *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell av 1. januar 2001. Hentet 07/04/12 fra: http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=pasient*&&
- Jakobsen, R.(2006) *Klar for fremtiden?- om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleieutdanning. Oslo: Departementet
Hentet 04/04/12 fra:
http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lian S. O. (2005) Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. I: Foss C. & Ellefsen B. (Red.) (2005) *Helsetjenesteforskning: perspektiver, metoder og muligheter* Oslo: Universitetsforlaget AS
- Mekki, T. E & Tollefsen, S. (2002) *På terskelen- introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe Forlag
- Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NFS
- Pasient – og bruker rettighetsloven (1999) Lov om pasient – og brukerrettigheter av 1. januar 2001. Hentet 05/04/12 fra: http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient*&& 14/04/12
- Slettebø, Å. (2008) *Forskningsetikk I: Brinchmann, B. S Etikk i sykepleien* (s. 207-221) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Selvvalgt litteratur

Bydam J. (2003) *Evidensbaseret praksis- en grundbog for sundhedspersonale*. Dansk bearbejdelse av: Hamer S. & Collison G. (Red) (1999) *Acheiving evidencebased practice* København : Nyt Nordisk Forlag

9 sider

Cullen L, & Adams S. L (2012) Planning for Implementation of Evidence-Based Practice. *The Journal of Nursing Administration*;42 (4): 222-230

8 sider

Dalen M. (2011) *Intervju som forskningsmetode- en kvalikativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS

10 sider

Deilkås, ET. (2011) Report from a national medical record review using the Global Trigger Tool. Report from the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo. Hentet 12/04/12 fra:

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+kampanjen/_attachment/629?ts=134a8eef5ef

25 sider

Gran, S. V. (2012) Sykepleieteori i møte med pasienten. *Sykepleien* 2012 (4) s. 66-69 Doi: 10.4220/Sykepleiens.2012.0027

3 sider

Grimen H & Terum L.I (2009) Profesjonsutøvelse – kvalitet og legitimitet I:Grimen H. & Terum L.I (Red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-17)Oslo:Abstrakt forlag

Vandvik P. O (2009) Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. I:Grimen H. & Terum L.I (Red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 11-125)Oslo:Abstrakt forlag

14 sider

Groel W. & Wensing M. (2004) What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical Journal of Australia*; 180 (6): 57-60

3 sider

Haynes, B. (2007) Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence Based Nursing* 2007;**10**:6-7 doi:10.1136/ebn.10.1.6

1 side

Hommelstad J, & Ruland CM. (2004) Norwegian nurses perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal* 79(3): 621-634

13 sider.

Kim HS (2006) Knowledge and synthesis and use in practice - debunking ”evidence based” *Klinisk sykepleje*; 20 (2): 24-23

1 side

Kirkevold M.(1998) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk s.100-112

12 sider

Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, & Reinar B. (2011) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

224 sider

Rycroft- Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A & McCormack B. (2004) What counts as evidence in evidence – based practice? *Journal of Advanced Nursing*; 47(1): 81–90

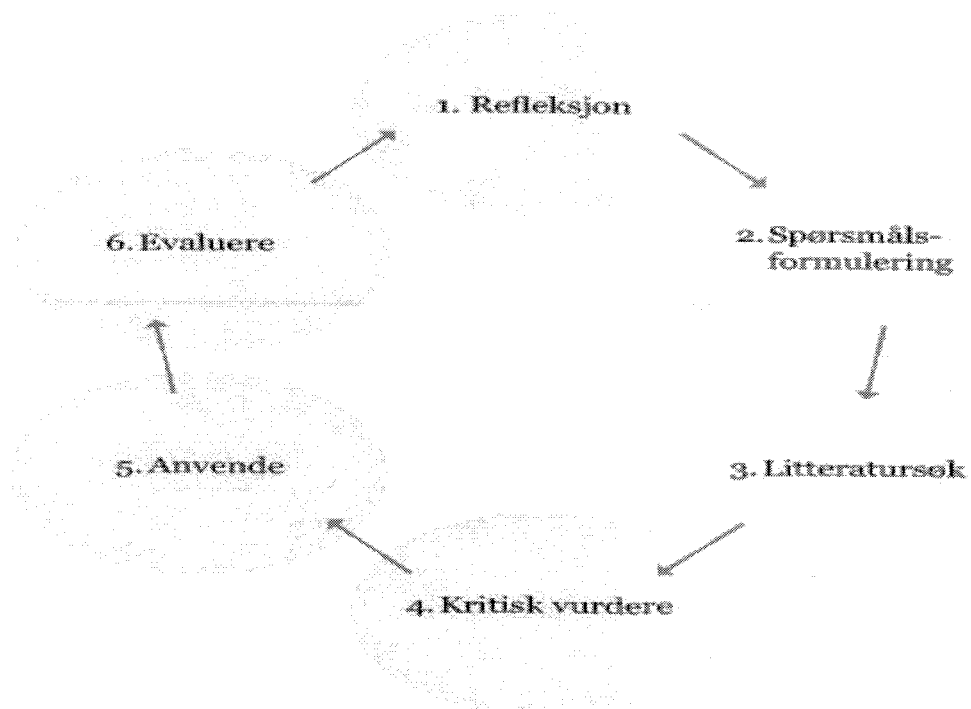
9 sider

St. Meld 16 (2010-2011) (2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan: 2011-2015*. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> 12/04/11

10 sider

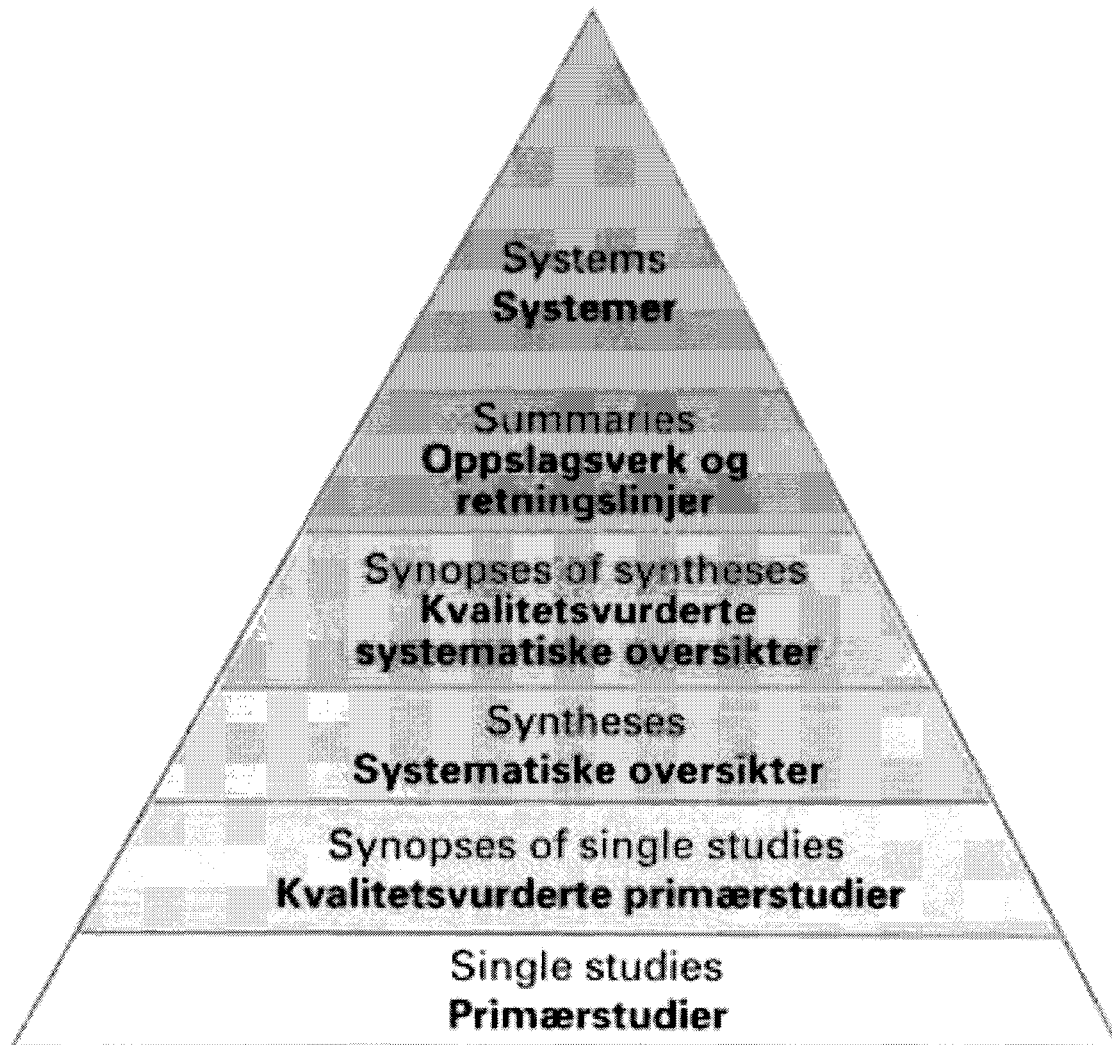
Totalt: 360 sider

Trinnene i KBP:

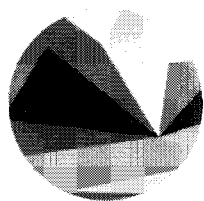


Nortvedt et. al (2011)

Forskningspyramiden



Nortvedt et. al (2011)



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I
FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.**

Stilles til: _____

Avdeling / institusjon

Ved: _____

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med: *Fordypningsoppgave*

søker:

Student: Idun Amina Haugstulen Olsen

Bachelor i sykepleie: Kull: H09

Stuedsted: Bodø

Søker om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Problemstillingen er: *"Hvordan fungerer kunnskapsbasert praksis som arbeidsmetode og hvordan kan den implementeres i sykepleierens arbeidshverdag?"*

Formål: *Å forsøke å finne ut av hvordan sykepleiere ved en somatisk avdeling kan basere sitt arbeid på kunnskapsbasert praksis og og hvordan kunnskapsbasert praksis kan implementeres på hele avdelingen på en grundig og god måte slik at alle her en samkjørt og felles metode og mål.*

Metode v/ datainnsamlingen: *Kvalitativt intervju*

Respondenter / intervjupersoner:

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: *Lyddopptaker og intervjuguide.*

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: *ca. 1 time*

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student:

Faglærer:

Høgskole:

Adresse:

Postnr. / poststed:

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ

Vedtak:

Evt. merknader knyttet til vedtaket:

Introduksjonsbrev til informantene

Jeg er student ved sykepleieutdanningen på universitetet i Nordland og er nå inne i mitt siste semester. Jeg holder derfor på med min bacheloroppgave, hvor jeg ønsker å se nærmere på temaet *kunnskapsbasert praksis*. Jeg er interessert i få vite mer om kunnskapsbasert praksis og hvordan denne formen for kunnskap kan benyttes av sykepleierne ute i sykehusavdelingene.

I denne anledningen ønsker jeg intervju personer som har både teoretisk og praktisk erfaring i å benytte denne typen kunnskap. Jeg vil gjøre lydopptak under selve intervjuet, slik at fokuset mitt ikke sklir bort fra samtalen på grunn av notater. Hvis det ikke ønskelig med opptak av intervjuet, respekteres dette. Jeg ønsker å beholde lydopptakene til oppgaven er levert, men da vil de bli slettet. Lydfile vil være nedlåst til de slettes. Jeg vil etterstrebe å holde intervjuet anonymt og jeg skal ikke bruke navn på personer eller arbeidssted i oppgaven. Hvis det er ønskelig vil intervjupersonene få mulighet til å lese transkribentet av intervjuet og godkjenne innholdet før det blir benyttet i oppgaven. Lydfile fra intervjuet vil bli slettet når intervjuet er nedskrevet.

Jeg håper at denne oppgaven kan hjelpe meg og andre i å få økt forståelse og større innsikt i hva kunnskapsbasert praksis faktisk er og hvordan dette kan benyttes i sykepleiernes arbeidshverdag.

Mvh

Sykepleierstudent:

.....

Sted:.....Dato:.....

Samtykkeerklæring:

Jeg har nå fått informasjon og kunnskap om prosjektet og gir herved samtykke til å la meg intervju, og at anonymisert informasjon fra intervjuet blir benyttet i den ferdige oppgaven.

Sted:.....Dato:.....Underskrift:.....

Intervjuguide

- Hvorfor mener du KBP er så aktuelt/viktig å benytte seg av for sykepleiere?
- Hvordan mener du KBP bør benyttes ute i sykehusavdelingene?
- Hvordan kan det tilrettelegges slik at kunnskapsbasert praksis blir implementert og benyttet ute i sykehusavdelingene?
- Hva blir din rolle på avdelingen fremover?
- Vil du si at alle de ulike kunnskapskildene har like stor betydning i KBP?
Forskningsbasert/erfarings/pasient
- Tror du sykepleierne ute i sykehusavdelingne er villige til og har de forutsetningene som trengs for å benyttes seg av KBP i sin arbeidshverdag?
- Hvordan skal man få sykepleiere på en hel avdeling til å jobbe samkjørt og med samme bevisste tilnærming til KBP?
- Hva slags opplæring kreves for at sykepleiere skal benytte seg av KBP?
- Hvordan kan KBP være til det beste for pasienten?
- Hvordan kan KBP være til beste for arbeidshverdagen til sykepleierne